



Pedagogická
fakulta
Faculty
of Education

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Pedagogická fakulta

Katedra psychologie

Bakalářská práce

Poruchy příjmu potravy u tanečníků

Vypracovala: Evelína Marková

Vedoucí práce: Mgr. Tomáš Mrhálek, Ph.D.

České Budějovice 2023

Prohlašuji, že jsem autorkou této kvalifikační práce a že jsem ji vypracovala pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu použitých zdrojů.

V Českých Budějovicích dne: 19.4. 2023

Podpis: Evelína Marková v.r.

Ráda bych zde poděkovala Mgr. Tomáši Mrhálkovi, Ph.D., za cenné rady a čas věnovaný konzultacím k obsahu této práce. Také bych ráda poděkovala všem respondentům, kteří byli ochotni se zúčastnit této studie.

Abstrakt

Tanečníci jsou považováni za rizikovou skupinu pro rozvoj poruch příjmu potravy (PPP) (Baraníková & Nesrstová, 2005; Fuentes et al., 2009; Ribeiro & Veiga, 2010; Solomon & Solomon, 1996). Studie naznačují, že nelze skupinu tanečníků vnímat jako homogenní, protože existují rozdíly ve výskytu PPP mezi jednotlivými tanečními styly a výkonnostními kategoriemi (Arcelus et al., 2014; Swami & Tovée, 2009; Diogo et al., 2016). Cílem práce je posoudit, zda existuje rozdíl mezi tanečníky různých stylů v míře patologického stravování. Zároveň je u tanečníků prozkoumáván výskyt specifické formy narušeného stravování, kterou je ortorexie. Současně je také cílem zjistit vztah mezi symptomy PPP a sebehodnocením tanečníků. Data byla získána pomocí dotazníků EDE-Q, ORTO-15 a Rosenbergovy škály sebehodnocení. Výzkumu se zúčastnilo celkem 314 tanečníků. Respondenti byli tanečníci klasického tance, moderního tance, street dance a latinskoamerických tanců. Výsledky práce neukazují signifikantní rozdíly ve výskytu PPP napříč těmito tanečními styly, což nepodporuje dosavadní studie, které uvádějí jako nejrizikovější skupinu tanečníky klasického tance. Mezi tanečními styly byly nalezeny statisticky významné rozdíly v ortorektickém chování. Nejnižší ortorektické tendence vykazovali tanečníci latinskoamerických tanců. Dotazníky EDE-Q a ORTO-15 statisticky významně korelovaly s Rosenbergovou škálou sebehodnocení, tyto výsledky podporují tvrzení, že nízké sebehodnocení působí jako univerzální rizikový faktor pro patogenezi různých typů PPP (Colmsee et al., 2021).

Klíčová slova

poruchy příjmu potravy, ortorexie, sebehodnocení, tanec

Abstract

Dancers are considered a high-risk group for the development of eating disorders (EDs) (Baraníková & Nesrstová, 2005; Fuentes et al, 2009; Ribeiro & Veiga, 2010; Solomon & Solomon, 1996). Studies suggest that the group of dancers cannot be viewed as homogenous, as there are differences in the prevalence of EDs between dance styles and performance categories (Arcelus et al., 2014; Swami & Tovée, 2009; Diogo et al., 2016). The aim of this study is to assess whether there is a difference in the rate of EDs between dancers of different styles. At the same time, the prevalence of a specific form of disordered eating, orthorexia, is investigated in dancers. At the same time, the aim is also to investigate the relationship between ED symptoms and the dancers' self-assessment. Data were collected using the EDE-Q, ORTO-15 questionnaires and the Rosenberg Self-Evaluation Scale. A total of 314 dancers participated in the study. The respondents were dancers of classical dance, modern dance, street dance, and Latin dance. The results of the study showed no significant differences in the prevalence of EDs across these dance styles. Such research outcome does not support previous studies that cite classical dancers as the highest risk group. Statistically significant differences in orthorexic behaviour were found between dance styles. Latin American dancers showed the lowest orthorexic tendencies. The EDE-Q and ORTO-15 questionnaires were statistically significantly correlated with the Rosenberg Self-Evaluation Scale, these results support the claim that low self-esteem acts as a universal risk factor for the pathogenesis of different types of ED (Colmsee et al., 2021).

Key words

eating disorders, orthorexia, selfesteem, dance

ÚVOD.....	7
TEORETICKÁ ČÁST	8
1 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY	8
1.1 KLASIFIKACE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY.....	8
1.2 MENTÁLNÍ ANOREXIE.....	8
1.3 MENTÁLNÍ BULIMIE.....	9
1.4 ORTOREXIE.....	10
1.5 ETIOLOGIE PPP	12
1.5.1 Faktory vzniku PPP u tanečníků.....	13
1.6 VÝSKYT PPP	16
1.6.1 Výskyt PPP u tanečníků.....	16
1.7 PREVENCE A LÉČBA PPP	19
2 TANEC.....	22
2.1 TANEC A JEHO PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY.....	22
2.2 TANEČNÍ STYLY	23
2.2.1 Klasický tanec.....	23
2.2.2 Moderní tanec	24
2.2.3 Street dance	26
2.2.4 Latinskoamerické tance	26
3 SELF-ESTEEM	28
EMPIRICKÁ ČÁST	30
4 CÍL PRÁCE	30
5 METODIKA	31
5.1 VÝZKUMNÉ NÁSTROJE.....	31
5.1.1 Rosenbergova škála sebehodnocení (RSES)	31
5.1.2 Dotazník ORTO-15	31
5.1.3 Dotazník EDE-Q	32
5.2 VÝZKUMNÝ SOUBOR	33
5.2.1 Popis souboru.....	33
5.2.2 Postup sběru dat.....	35
5.2.3 Etické aspekty.....	35
5.3 METODY ZPRACOVÁNÍ A ANALÝZY DAT	35
6 VÝSLEDKY	36
6.1 DESKRIPTIVNÍ STATISTIKY	36

6.2	OVĚŘOVÁNÍ HYPOTÉZ	41
7	DISKUZE	48
8	ZÁVĚR.....	51
9	SOUHRN.....	52
	SEZNAM LITERATURY.....	54
	SEZNAM ZKRATEK.....	67
	SEZNAM TABULEK	67
	SEZNAM PŘÍLOH.....	68

Úvod

Poruchy příjmu potravy (PPP) jsou závažná onemocnění. Všeobecně známé jsou především anorexie, bulimie a záchvatovité přejídání. Poruchy příjmu potravy mají z psychických nemocí jednu z nejvyšších úmrtností. I přesto jsou často podceňované, a to jak v rodinách či školství, tak ve zdravotnictví. Počet nemocných se stále zvyšuje a objevují se nové formy těchto poruch. Mezi nové poruchy patří ortorexie, kdy touha po zdravé stravě je vstupní branou do patologického stravování. Diagnostická kritéria a přesné vymezení této poruchy jsou zatím nejasné a jsou předmětem diskusí mezi odborníky. Ve své práci zahrnuji ortorexiu do poruch příjmu potravy a popisuji její souvislost s ostatními druhy patologického stravování.

Každý člověk má jen jedno tělo na celý život, je za něj zodpovědný a je na něm, jak tento jedinečný vztah uchopí. Tanečník používá vlastní tělo jako umělecký nástroj ke sdělování myšlenek a pocitů. V tanci je vedle umělecké a vizuální stránky důležité také technické provedení. Tanečníci jsou ohroženi poruchami příjmu potravy kvůli požadavkům na fyzický výkon a tělesnou estetiku. Tanečníci jsou označováni za rizikovou skupinu pro poruchy příjmu potravy, ale přesný výskyt poruch je třeba objasnit. Vzhledem k mnoha tanečním stylům a přístupům je nutné skupinu tanečníků nevnímat jako homogenní. Výskyt poruch příjmu potravy se může lišit v závislosti na provozovaném tanečním stylu i na výkonnostní úrovni tanečníka. Na vzniku poruch příjmu potravy se významně podílejí vnější faktory, které jsou spojené s tanečním prostředím. Cílem této práce je tedy zmapovat riziko vzniku PPP v rámci jednotlivých tanečních stylů. Současně bude také cílem zjistit vztah mezi symptomy PPP a sebehodnocením tanečníků.

V současné době se vedou mezi tanečnický diskuse orientované na problematiku prevence PPP a negativních faktorů ve vnímání obrazu vlastního těla. Na toto téma upozorňuje čím dál více interpretů formou performativního umění. Toto téma jsem si vybrala také kvůli vlastnímu působení v taneční sféře. Přes deset let se pohybuji v tanečním prostředí a problematiku poruch příjmu potravy jsem zaznamenala u svého blízkého okolí. Zároveň se podílím na jednom z tanečních představení, které skrze tanec upozorňuje na problematiku poruch příjmu potravy. To mě přimělo k tomu zabývat se otázkou, jak je tato porucha mezi tanečníky v českém prostředí rozšířená a co může ovlivňovat její výskyt.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Poruchy příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy (PPP) jsou duševní onemocnění, jejichž následky jsou patrné v celém bio-psycho-sociálním systému člověka. PPP se vyznačují nedostatečným či naopak nadměrným příjmem potravy, který vede k vážným metabolickým změnám. Jedná se patologickou změnu postoje k vlastnímu tělu, doprovázenou patologickým stravovacím chováním, které může vyústit do dvou nejzávažnějších variant, mentální anorexie a mentální bulimie. Tyto dvě formy mohou v klinickém obrazu přecházet jedna v druhou, mohou se vyskytovat příznaky obou variant střídavě i současně (Smolík, 1996).

1.1 Klasifikace poruch příjmu potravy

Diagnostická kritéria pro PPP stanovuje Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN, vydávaná Světovou zdravotnickou organizací) a Diagnostický a statistický manuál duševních poruch (DSM, vydávaný Americkou psychiatrickou asociací).

Do poruch příjmu potravy je dle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) kromě mentální anorexie (F50.0) a mentální bulimie (F50.2) řazeno také přejídání – psychogenní nebo spojené s jinými duševními poruchami (F50.4), zvracení – psychogenní nebo spojené s jinými duševními poruchami (F50.5), jiné poruchy příjmu potravy – pica u dospělých osob a psychogenní ztráta chuti k jídlu (F50.8) a porucha příjmu potravy nespecifikovaná (F50.9) (Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky [ÚZIS], 2016).

Někteří autoři zvažují zařazení nočního přejídání do této kategorie poruch, podobně jako ještě jiné poruchy, ale tato problematika dosud není po stránce klasifikačního hodnocení uzavřena (Faltus, 2007).

1.2 Mentální anorexie

Mentální anorexie je charakterizovaná zejména úmyslným snižováním tělesné hmotnosti. Význam slova „anorexie“ je „nechutenství“ (Vokurka & Hugo, 2015). Nicméně nechutenství je až sekundárním znakem tohoto onemocnění. Krch (2005) uvádí, že důvodem

odmítání jídla u pacientů není to, že by neměli chuť, ale to, že jíst nechťejí a uvádějí různé (někdy do určité míry srozumitelné) důvody, proč jíst nemohou.

Tato porucha se vyznačuje intenzivním strachem z přibrání na váze i přesto, že má jedinec podváhu. Nemocný má zkreslené vnímání ve vztahu k tělesné váze a tvaru postavy. Jedinec prožívá přehnaný vliv tvaru postavy na svou náladu a sebehodnocení (Gordon et al., 2018).

Mezi diagnostická kritéria dle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) patří snížení tělesné hmotnosti minimálně o 15 % nebo hodnota BMI pod 17,5 (kg/m²). Úbytek tělesné hmotnosti si pacient způsobuje úmyslně prostřednictvím vynecháváním jídla, zvracením, nadměrným cvičením, nebo užíváním laxativ (projímadla), anorektik (léky snižující chuť k jídlu) a diuretik (léky navozující zvýšené močení). Objevuje se neustálá obava z tloustnutí, která vede jedince k určení si velmi nízké optimální váhy. U žen se objevuje porucha menstruačního cyklu. V případě, že začátek onemocnění nastane před pubertou, jsou pubertální projevy opožděny, nebo dokonce zastaveny (Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky [ÚZIS], 2016).

Pokud je stanovena diagnóza mentální anorexie, měla by být zastoupena všechna popisovaná kritéria. Pokud chybí jeden nebo více projevů, ale jinak je klinický obraz téměř typický, hovoříme o atypické mentální anorexii. Atypické mentální anorexie lze zařadit do několika skupin. Velmi širokou oblastí jsou subklinické příznaky PPP, kdy pacienti vykazují problémy v některých nebo ve všech diagnostických kritériích, avšak intenzita příznaků není velká. Jedná se o skupinu pacientů s častým zabýváním se jídlem a strachem z tloušťky. Mnoho pacientů se subklinickými příznaky mentální anorexie nacházíme mezi modelkami, gymnastkami a baletkami (Baraníková & Nesrstová, 2005).

1.3 Mentální bulimie

Mentální bulimie se vyznačuje zejména opakujícími se záchvaty přejídání, spojenými s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti. Přehnaná kontrola tělesné hmotnosti zahrnuje střídavé období hladovění nebo extrémního cvičení (Krch, 2005).

Diagnostická kritéria mentální bulimie podle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) jsou opakované epizody přejídání (nejméně dvakrát týdně po dobu 3 měsíců), při nichž je v krátkém čase konzumováno velké množství jídla. U pacienta je přítomné neustálé zabývání se jídlem a silná, neodolatelná touha po jídle. Pacient se snaží potlačit

„výkrmný“ účinek jídla některým z následujících způsobů: vyprovokované zvracení, střídavá období hladovění, užívání léků typu anorektik, laxativ nebo diuretik. V neposlední řadě mezi diagnostická kritéria řadíme neodbytnou obavu z tloustnutí a pocit nadměrné tloušťky. Často se může v anamnéze pacienta vyskytovat epizoda anorexie nebo intenzivnějšího omezování se v jídle (Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky [ÚZIS], 2016).

Na rozdíl od mentální anorexie se u mentální bulimie nevyskytuje závažnější úbytek tělesné hmotnosti. Pro stanovení diagnózy mentální bulimie je třeba vyloučit primární poruchu horního gastrointestinálního traktu vedoucí ke zvracení a neurologickou poruchu. Pocity ztráty kontroly nad jídlem a nutkání se přejíst se mohou objevovat u některých obsedantních pacientů a depresivních poruch. Přejídání se vyskytuje i u mánie a oligofrenie (Krch, 2005).

1.4 Ortorexie

Snaha o zdravou výživu je považována za chvályhodný zvyk. Tento postoj se může změnit v patologický, když kognice a obavy o zdravou výživu vedou k tak přesnému výběru potravin, že se správná strava stane nejdůležitější součástí života, což vede k dietním omezením, stereotypnímu stravování a celkovému dysfunkčnímu fungování.

Ortorexie je porucha příjmu potravy, která byla poprvé popsána v roce 1997, autorem tohoto konceptu je Steven Bratman. Mentální ortorexie je nový koncept poruch stravovacího chování a spočívá v patologické posedlosti zdravou stravou, která může způsobovat značná dietní omezení. Ortorexie může vést k obsedantním myšlenkám na potraviny, afektivní nespokojenosti a intenzivní sociální izolaci (Bratman & Knight, 2000).

Osoby trpící ortorexií mají specifický postoj k jídlu, připravují si jídlo určitým způsobem a také se vyhýbají konzumaci některých potravin, protože je považují za zdraví škodlivé (Donini et al., 2004). Kvalita potravin, které konzumují, je pro ně důležitější než osobní hodnoty a mezilidské vztahy (Bosi, 2007). Touha konzumovat zdravé potraviny není sama o sobě patologickým chováním a jako ortorexie nervosa je definována až tehdy, když způsobí, že se člověk vzdá svého běžného životního stylu (Donini et al., 2004).

Tato porucha není zanesena v žádné oficiální klasifikaci nemocí, jelikož stále neexistuje oficiální definice ani validizovaná diagnostická kritéria (Brytek-Matera, 2012). Stále se vedou rozsáhlé diskuse o diagnostických kritériích, metodách a nástrojích

používaných pro její klasifikaci (Niedzielski & Kaźmierczak, 2021). Moroze et al. (2015) předpokládají, že pokud by byla ortorexie zařazena do klasifikace nemocí DSM, stala by se subtypem vyhubavé/restriktivní PPP. Nicméně Gleaves et al. (2013) ortorexiu řadí spíše k mentální anorexii či ji považují za subtyp obsedantně-kompulzivní poruchy. To poukazuje na určitý nesoulad ve vymezení symptomů ortorexie a jejich diagnostiky. Dunn a Bratman (2016, s.16) stanovují diagnostická kritéria následovně:

Kritérium A. Obsedantní soustředění na „zdravé“ stravování, definované dietní teorií či souborem přesvědčení, jejichž konkrétní detaily se mohou lišit; vyznačující se přehnaným emocionálním distresem ve vztahu k volbě potravin, jež jsou vnímány jako nezdravé; důsledkem volby potravin může být ztráta hmotnosti, která ale není primárním cílem. To potvrzuje i následující výčet příznaků:

1. Kompulzivní chování a/nebo znepokojení týkající se pozitivních a negativních dietních postupů, o nichž jedinec věří, že podporují optimální zdraví.
2. Porušení vlastních dietních pravidel způsobuje přehnaný strach z nemoci, pocit nečistoty a/nebo negativní fyzické prožitky doprovázené prožitky úzkostí a studu.
3. Dietní omezení se postupně stupňují a mohou zahrnovat eliminaci celých skupin potravin a jsou postupně spojovány s častějším a/nebo přísnějším „pročišťováním“ (částečný půst), které je považováno za očištění nebo detoxikaci. Tato eskalace často vede ke ztrátě hmotnosti, přičemž touha po ztrátě hmotnosti chybí, je skrytá či podřízená myšlenkám na zdravé jídlo.

Kritérium B. Kompulzivní chování a mentální zaujetí zdravou stravou mohou být negativně ovlivňovány a posilovány následujícími jevy:

1. Malnutricí, vážnou ztrátou hmotnosti nebo jinými zdravotními komplikacemi plynoucími z restriktivní diety.
2. Intrapersonálním distresem nebo narušením sociálního, akademického nebo profesního fungování. Tyto aspekty života jsou druhotné k přesvědčením či chování týkajícím se zdravého stravování.
3. Pozitivním obrazem těla, sebehodnocením a/nebo spokojeností nadměrně záviselými na dodržování jedincem definovaného zdravého stravovacího chování.

Podle výzkumu Bartela et al. (2020) jsou příznaky ortorexie silně spojeny s příznaky PPP. Výsledky studie podporují zařazení ortorexie do spektra PPP. Není však jisté,

zda ortorexie představuje předstupeň PPP, PPP s přidávanými zdravotními obavami nebo poruchu, která se z PPP vyvíjí.

1.5 Etiologie PPP

Poruchy příjmu potravy mají mnohočetnou etiologii, zahrnující biologické, psychologické, vývojové a sociokulturní vlivy. Předpokládá se, že PPP vznikají v důsledku interakce více rizikových faktorů. Studium etiologie těchto poruch je velmi náročné kvůli provázané síti příčin, symptomů a následků PPP. Některé rizikové vlivy PPP jsou zároveň definované jako součásti syndromu PPP, jako je nespokojenost s tělem a perfekcionismus, nebo jako důsledek dlouhodobého neuspořádaného stravování, jako jsou funkční změny serotoninu a některé poruchy nálady (Rikani et al., 2013).

Mezi neovlivnitelné psychosociální faktory řadíme věk, pohlaví a etnicitu. Nejčastěji zmiňované rizikové faktory u PPP jsou faktory osobnostní. Především jde o impulzivitu, perfekcionismus, depresivní a úzkostné poruchy (Papežová, 2010). Mentální anorexie je spojována především s úzkostí, kognitivní rigiditou, vyhýbavým chováním, perfekcionismem a obsedantními rysy. Mentální bulimie se uvádí v souvislosti s emoční labilitou, nezdrženlivostí, impulzivitou, hraniční osobností a depresivní náladou. Vztah těchto faktorů k PPP je nespecifický, přítomný i u dalších duševních poruch. Specifické rizikové faktory pro PPP jsou zážitky studu, neadekvátní tlak ze strany rodičů a dlouhodobé problémy v rodině (Krch, 2005).

Teoretický koncept založený na předpokladu, že rozvoj mentální anorexie způsobují rodinné vztahy, prosazoval Minuchin a jeho spolupracovníci. Zdůrazňovali zejména slabé mezigenerační hranice, které mohou vytvářet problematické aliance mezi jejími členy, vyznačující se nadměrnou ochranou rodiny a rigidní modely rodinné interakce (Minuchin, 1978). Tento koncept nerespektuje multifaktoriální podmíněnost PPP ani skutečnost, že symptomatické chování nemocného a model rodinného jednání se navzájem ovlivňují. Změnu v rodinné kohezi, snahu potlačovat problémy nebo vyhrocení některých jiných rodinných charakteristik lze vnímat jako reakci na ohrožení dítěte a pocity viny (Russell et al., 1987).

Významná role rodiny je z hlediska vzniku PPP především ve formování konceptu úspěchu, krásy a představy o vlastním těle, při vytváření jídelních a pohybových návyků a také při formování představy o nezbytné míře spoluúčasti při utváření vlastního osudu

a řešení problémů (Krech, 2005). V souvislosti s rozvojem PPP je ve studiích poukazováno na nadměrně vysoká očekávání a kritičnost rodičů, nedostatek empatie a některé nedostatky v rodičovské péči (Fisher, 2003; Hsu, 1990).

Dalším faktorem, který zvyšuje riziko vzniku PPP, je zážitek sexuálního zneužívání. V rámci výsledků meta-analýzy 53 studií Smolak a Murnen (2002) uvádí, že mezi sexuálním zneužíváním v dětství a PPP je malý, ale významný pozitivní vztah. Zatímco některé studie prokázaly vztah mezi sexuálním zneužíváním v dětství a PPP, jiné studie tento vztah důrazně odmítají. Rikani et al. (2013) uvádí, že rozpory mezi výsledky různých studií mohou být způsobeny nejednotností operacionalizace pojmu sexuální zneužívání.

Rostoucí počet studií dvojčat potvrdil, že existuje nepopiratelná souvislost mezi genetickými faktory a poruchami příjmu potravy. Zjištění podporují výzkumy, které poukazují na významné genetické a nesdílené environmentální vlivy na vznik mentální anorexie (Klump et al., 2001).

Vedle genetických vlivů se na PPP podílejí také neurobiologické mechanismy. Zejména serotoninové systémy mohou vytvářet změny související s úzkostí, obsesemi a extrémní kontrolou impulzů, které činí jedince náchylnějším k rozvoji poruchy příjmu potravy (Kaye et al., 2005). Avena a Bocarsly (2012) ve své studii uvádí, že patologické stravovací chování může potenciálně změnit funkci serotoninu, a vést tak k přetrvávání funkčních změn serotoninu i po zotavení z poruch příjmu potravy.

1.5.1 Faktory vzniku PPP u tanečníků

Svět tance zahrnuje několik prvků prostředí, které utvářejí vztah tanečníka k jeho tělu a přispívají ke specifickému diskurzu, který ho obklopuje. Taneční prostředí obecně může vytvářet mnoho překážek, které tanečníkům ztěžují sebevědomé utváření pozitivního vztahu k tělu (Doria & Numer, 2022). V porovnání s kontrolními skupinami, které netancují, dosahují tanečníci vyššího skóre v měřeních PPP, nespokojenosti s tělem a mají vyšší poruchy v chování při kontrole hmotnosti a v postojích k jídlu (Solomon & Solomon, 1996).

Vyšší riziko vzniku PPP u tanečníků je dle studií připisováno (kromě jiných faktorů) osobnostním rysům tanečníků, jako je perfekcionismus, nízký self-esteem a vysoké nároky na sebe sama (Anshel, 2004; Arcelus et al., 2014; Penniment & Egan, 2012; Ringham et al., 2006; Thomas et al., 2005). Druss a Silverman (1979, s. 121, vlastní překlad) v souvislosti s rozvojem PPP u studentů klasického baletu vyslovili hypotézu, že hlavním důvodem je

snaha o dokonalost, protože „rituálně cvičí, aby přestali myslet, cítit, aby zredukovali své tělo na minimum tuku a svalů a odepřeli si všechny ostatní požitky, aby dosáhli tohoto cíle. Odvažují se doufat, že se na nějaký krátký čas stanou dokonalými.“

Někteří autoři zmiňují, že kombinace perfekcionismu a nízkého self-esteem, který se obvykle vyskytuje u tanečníků, může vysvětlovat, proč se PPP zdá být u této skupiny častější (Nordin-Bates et al., 2011; Zoletić & Duraković-Belko, 2009). Nicméně toto tvrzení zůstává kontroverzní s ohledem na rozdílnost výsledků, pravděpodobně v důsledku metodologických rozdílů mezi studiemi (Arcelus et al., 2014).

Battle et al. (2001) uvádějí, že studentky baletu ve věku 11–17 let mají signifikantně vyšší obavy ohledně stravování, jsou více nespokojené se svým tělem a vykazují vyšší míru perfekcionismu než normální populace. V porovnání s ostatními tanečnicemi ale Schluger (2010) uvádí, že v provedené studii nebyly zjištěny žádné statisticky významné rozdíly mezi studenty klasického a moderního tance v hodnotách perfekcionismu. Autor toto překvapivé zjištění vysvětluje tím, že výzkumnou populací byli studenti tanečních konzervatoří. Ti mají podle autora perfekcionista tendence a vysoké nároky na sebe sama, a to bez ohledu na jejich taneční specializaci. Rozhodnutí zapsat se do prestižní taneční školy mohlo být spojeno s perfekcionismem podobně jako u studentů baletu ve studii Thomase et al. (2005).

Thomas et al. (2005) tvrdí, že ženy s vyšší mírou perfekcionismu častěji tančí na lepší výkonové úrovni, což způsobuje, že jsou ještě více vystaveny prostředí, kde se může vyžadovat štíhlost. Klump et al. (2001) uvádí, že studentky baletu vykazují signifikantně vyšší přítomnost PPP v rodinné historii než kontrolní skupina netanečniců. Mladé dívky geneticky náchylné pro rozvoj PPP se mohou s vyšší pravděpodobností rozhodnout pro vstup do určité subkultury, jako je balet, která oceňuje nadměrnou štíhlost. Pokud tanečníci vykazují vysokou míru perfekcionismu vůči tanci a tvaru těla, pak kombinace sociokulturního tlaku na štíhlost, který je vlastní taneční profesi, v kombinaci s očekáváním vysokého výkonu vytváří ideální sociální klima pro rozvoj PPP (Garner & Garfinkel, 1980).

Je třeba zdůraznit, že vyšší míru prevalence PPP u tanečniců nevytváří samotná taneční praxe, ale především vysoká míra vlivu vnějšího prostředí tanečniců (Toro et al., 2009). Sociokulturní vlivy podporují rozvoj poruch tělesného obrazu a PPP prostřednictvím dvou mechanismů: posilování – například komentářů, které podporují udržování ideálu štíhlosti – a modelování – napodobování pozorovaného chování (Fairburn & Brownell, 2005). Mnoho studií uvádí specifické faktory spojené s tanečním prostředím, jež z tanečniců činí rizikovou skupinu pro tento typ poruchy. Mezi nejvlivnější environmentální rizikové

faktory patří častý výskyt zrcadel a taneční úbory (Price & Pettijohn, 2006; Radell et al., 2004).

Mezi další významný faktor tanečního prostředí patří konkurence a soutěživost mezi tanečníky. Ve studii zaměřené na faktor konkurenčního prostředí autoři porovnali studenty tance se studenty hudby, kteří se rovněž pohybují ve velmi konkurenčním prostředí, ale štíhlá postava je pro dosažení jejich profesních cílů irelevantní. Výsledky studie ukázaly, že konkurenční prostředí samo o sobě pravděpodobně nesouvisí s vyšším výskytem PPP, ale zdá se být významné v prostředí, kde je současně i vysoký tlak na štíhlost (Garner & Garfinkel, 1980). Významnou roli konkurenčního prostředí mezi tanečníky uvádí i Hamilton et al. (1985), kteří porovnávali národní a regionální baletní soubory. Zároveň ale existují také důkazy, že PPP se vyskytují i u tanečníků na méně soutěživé, neprofesionální úrovni (Ravaldi et al., 2003).

Garner a Garfinkel (1980) identifikovali profesní tlak na štíhlost jako rizikový faktor a prokázali zvýšenou prevalenci PPP mezi baletními tanečnicemi. Annus a Smith (2008) uvádějí, že důležitým aspektem bývá specifické učení se o štíhlosti v tanečních hodinách. Výsledky studie ukázaly, že zkušenosti s předpokladem štíhlosti v tanci se zdají být důležitější než doba strávená v hodinách tance. Toro et al. (2009) zmiňují, že studentky taneční konzervatoře, které vykazaly vyšší riziko PPP, vnímaly vyšší tlak tanečních pedagogů ohledně tělesného vzhledu, váhy a uměleckého výkonu. Tyto tanečnice se vyhýbaly vystupování na jevišti, aby nemusely ukazovat své tělo veřejnosti, což je vzhledem ke studovanému oboru paradoxní. Zajímavé je, že hodnota BMI neměla s těmito pocity téměř žádnou souvislost.

Ribeiro a Veiga (2010) uvádí, že na vznik PPP má větší vliv tělesný obraz (body image) než objektivní váhová hmotnost jedince. Guimarães et al. (2014) ve své studii uvádí, že vysoký podíl baletních tanečníků trpících PPP vykazuje nespokojenost se svou body image.

Ve studii Vaquero et al. (2017) zjistili, že ke zkreslení body image dochází v závislosti na praktikovaném tanečním stylu. Tanečníci klasického a současného tance se vnímali jako tanečníci s vyšším BMI, než jaký ve skutečnosti měli. U tanečníků španělského tance byla tato tendence opačná. Navíc hodnoty, které vykazovali tanečníci klasického tance, byly celkově nejnižší. Autoři uvádí, že jedním z vysvětlení těchto zjištění mohou být rozdíly v tanečním úboru. Odkazují se na experimentální studii, ve které Price a Pettijohn (2006) analyzovali vliv oblečení na body image a výkonnost tanečníků. Autoři zjistili, že když

tanečníci nosili upnuté oblečení, vykazovali horší body image a nižší výkonnost, než když nosili volnější oblečení.

Proměnné související s tanečním stylem, včetně počtu hodin tréninku a tanečních zkušeností, mohou hrát roli při vzniku PPP u tanečníků, a to jednoduše proto, že intenzivní trénink od útlého věku v oblasti, kde se často předpokládá, že být lehčí a štíhlejší přináší výkonnostní výhody, může zvýšit riziko PPP (Nordin-Bates et al., 2011). Takový intenzivní trénink spolu se zaměřením na váhu a tvar postavy je typický pro tanec vysoké výkonnostní úrovně. Je i méně typický pro moderní tanec ve srovnání s klasickým baletem (Benn & Walters, 2001; Tseng et al., 2007). Tyto potenciální prediktory PPP však byly systematicky zkoumány jen zřídka, proto je ve výzkumu zohledňují. Vzhledem k tomu, že každý taneční styl má své vlastní faktory prostředí (např. balet je z hlediska tanečních kostýmů mnohem přísnější než moderní tanec), je logické předpokládat, že budou existovat rozdíly ve vzniku PPP na základě tanečního stylu, kterým se tanečník zabývá.

Zároveň je třeba zmínit, že PPP je komplexní porucha, jejíž výskyt závisí na mnoha faktorech, přičemž vliv tanečního prostředí je pouze jedním z nich.

1.6 Výskyt PPP

Nejnovější studie potvrzují, že PPP je celosvětově velmi rozšířená, zejména u žen. Vážené průměry bodové prevalence PPP se navíc během sledovaného období zvýšily z 3,5 % v období 2000–2006 na 7,8 % v období 2013–2018 (Galmiche et al., 2019). Jedním z důvodů zvyšujícího se výskytu těchto poruch může být změna diagnostických kritérií (Qian et al., 2013). Papežová (2010) uvádí, že v porovnání s ostatními evropskými zeměmi v České republice prevalence mentální anorexie výrazně roste.

1.6.1 Výskyt PPP u tanečníků

Tanec je forma uměleckého vyjádření, při které tanečníci používají vlastní tělo ke sdělování myšlenek a pocitů. Proto je přirozené, že usilují o ideální fyzickou kondici, aby mohli své umění provozovat co nejlépe. Toto úsilí je často vede k tomu, že své tělo vystavují náročnému cvičení a omezujícím dietám, které z nich činí rizikovou skupinu pro poruchy příjmu potravy (Fuentes et al., 2009; Ribeiro & Veiga, 2010). Prevalence PPP

u tanečníků různých tanečních stylů se pohybuje v rozmezí 12-26,5 % (Arcelus et al., 2014; Liu et al., 2016).

Je známo, že tanečníci ve srovnání s netanečníky trpí vedle PPP také větší nespokojeností s tělesným obrazem, zkreslením tělesného obrazu a neurotickým perfekcionismem (Herbrich et al., 2011; Ringham et al., 2006; Zoletić & Duraković-Belko, 2009). Mnoho tanečnic také trpí zdravotními problémy, které jsou spojené s PPP, jako je amenorea, zažívací problémy, úzkost, deprese a snížený self-esteem (Bettle et al., 2001; Ringham et al., 2006; Zoletić & Duraković-Belko, 2009).

Na základě studií prevalence PPP u tanečníků dospěla řada autorů k závěru, že tanečníci by měli být považováni za rizikovou skupinu (Arcelus et al., 2014; Ringham et al., 2006; Thomas et al., 2005; Tseng et al., 2007). V některých výzkumech byla však pozorována i relativně nízká míra patologického stravování (Toro et al., 2009, De Bruin et al., 2009). Nordin-Bates et al. (2011) uvádí, že některé z těchto rozporů lze vysvětlit nedostatečnou velikostí výzkumného vzorku.

Existují různé studie srovnávající všechny tanečníky vs. netanečníky a také srovnávající baletní tanečníky vs. netanečníky. Podle výsledků meta-analýzy 33 studií z let 1966–2013 Arcelus et al. (2014) uvádí, že celková prevalence PPP u všech tanečníků byla zjištěna na úrovni 12 %. Tanečníci obecně mají více než dvojnásobné riziko vzniku PPP a více než trojnásobné riziko vzniku mentální anorexie a poruchy příjmu potravy nespecifikované než netanečníci. Nejvíce ohroženou skupinou jsou baletní tanečníci, u kterých je celková míra výskytu PPP 16,4 %. Z toho tvoří 4 % mentální anorexie, 2 % mentální bulimie a 14,9 % nespecifikované poruchy příjmu potravy. Pokud se studie zaměřily na všechny tanečníky vs. netanečníky, je třeba poznamenat, že populace tanečníků je obvykle velmi různorodá (balet, moderní tanec, latinskoamerické tance atd.), než aby bylo možné dospět k jednoznačným závěrům.

Diogo et al. (2016) zkoumali profesionální a amatérské tanečníky několika stylů. Výzkumný soubor zahrnoval tanečníky klasického baletu, jazzové tanečníky a tanečníky street dance, všechny starší 13 let. U 34,6 % tanečníků se objevilo riziko PPP, které bylo nejčastější u dívek, baletních tanečníků a tanečníků s vysokým skóre úzkosti. Téměř 20 % vzorku vykazovalo riziko bulimie, která postihla jak profesionální, tak amatérské tanečníky. Amatérští tanečníci byli více nespokojeni se svým tělem. Hodnota BMI všech tanečníků byla v normě, přesto 96 % amatérských tanečníků považovalo svou tělesnou hmotnost za příliš vysokou, u profesionálních tanečníků byla tato hodnota pouze 54,1 %.

Ve studii zaměřené na tělesný obraz jedinců, kteří se věnují street dance, výsledky neprokázaly žádný významný rozdíl mezi skupinou tanečníků a netanečníků v rozdílu mezi skutečnou a ideální hmotností (Swami & Tovée, 2009).

Toro et al. (2009) zkoumali prevalenci PPP na taneční konzervatoři, výzkumu se nezúčastnily pouze studentky baletu, ale také studentky španělského tance. Autoři nenalezli statisticky významný rozdíl mezi studentkami taneční konzervatoře a běžnou populací adolescentních dívek. Skutečnost, že se studie účastnily i nebaletní tanečnice, mohla výsledek zkreslit, protože v baletním prostředí je riziko rozvoje PPP vyšší než u ostatních tanečních stylů (Arcelus et al., 2014).

Ve studii zaměřené na studenty taneční konzervatoře Schluger (2010) uvádí, že nebyly zjištěny žádné statisticky významné rozdíly mezi studenty baletního tance a moderního tance v patologickém stravování. K podobným výsledkům došli také Kalyva et al. (2021), kteří zkoumali abnormální stravovací chování u profesionálních tanečníků baletu, latinskoamerického a tradičního tance. Mezi třemi tanečními skupinami nebyly zjištěny statisticky významné rozdíly. Když však bylo přihlíženo k indexu tělesné hmotnosti (BMI), byly zjištěny významné rozdíly. Výsledky naznačují, že BMI, a nikoli taneční styl, je důležitým faktorem pro riziko vzniku PPP.

Naproti tomu ve výzkumu na tanečních školách Vaquero et al. (2017) došli k zjištění, že riziko rozvoje PPP bylo patrné u tanečníků španělského a současného tance, přičemž u baletních tanečníků nebyl zjištěn žádný případ. Autoři tyto výsledky vysvětlují tím, že tanečníci španělského a současného tance měli vyšší BMI než baletní tanečníci, takže mohou být dále od hodnoty, která je považována za ideální. Tato nespokojenost by mohla vést ke vzniku PPP. Tyto výsledky korespondují také se studií García Dantas et al. (2013), ve které autoři uvádí, že 18,2 % tanečníků moderního tance a 20,5 % tanečníků baletu má dle hodnot BMI podváhu. Ačkoli 10,2 % baletních tanečníků vykazuje chování indikující riziko vzniku PPP, toto procento je o něco vyšší u těch, kteří se specializují na flamenco (12,3 %) a španělský tanec (12,2 %). Výsledky podporují závěry předchozích studií, které uvádí vysoké riziko vzniku PPP u baletních tanečníků (Arcelus et al., 2014). Neočekávaným zjištěním však bylo vysoké riziko PPP u nebaletních tanečníků. Tato zjištění také poukazují na otázku, zda nespokojenost spojená s vyšší hodnotou BMI zvyšuje riziko patologického stravování u tanečníků.

Mnohé studie prokázaly, že jedinci provozující sport, včetně těch, kteří reprezentují sportovní disciplíny vyžadující štíhlou postavu, jsou vystaveni zvýšenému riziku ortorexie.

Metaanalýza 24 studií, která se zaměřovala na obecně cvičící populaci, ukázala celkovou prevalenci ortorexie 55,3 % (Hafstad et al., 2023). Výsledky naznačují, že tendence ke vzniku ortorexie může být u cvičící populace častým jevem. Ve studii zaměřené na tanečníky, kteří se účastní tanečních soutěží, Szöllösi a Prieara (2021) uvádějí riziko vzniku mentální ortorexie 80 %. Nicméně vzhledem k velkým obtížím při stanovení diagnózy je nutné výsledky interpretovat s opatrností (Grajek et al., 2022).

Profesionální tanečníci jsou jednou ze skupin zvláště vystavených ortorektickému chování, které může být počátečním stadiem rozvoje pokročilejších PPP (Grajek et al., 2022). Segura-Garcia et al. (2015) uvádí, že příznaky ortorexie jsou mezi pacienty s anorexií a bulimií vysoce prevalentní a mají tendenci se po léčbě zvyšovat.

V českém tanečním prostředí na problematiku PPP upozorňuje Mikysková, která uvádí, že „v oblasti profesionálních tanečníků na sebe nahlas upozorňují především problémy výživy (stravování na konzervatořích – vhodné složení jídelníčku pro dospívající se zátěží na úrovni vrcholového sportu, čas a podmínky konzumace...), tak v oblasti amatérského tance se tichounce šíří a bují latentní poruchy příjmu potravy, tedy ty, které zvenčí téměř nelze zaznamenat, ale v psychice už dávno páchají dlouhodobou neplehch a málokdo by je tam, například na ZUŠ, čekal.“ (Mikysková, 2021)

Je poměrně málo známo o výskytu PPP u amatérských nebaletních tanečníků, protože většina studií byla provedena mezi profesionály, případně studenty tanečních konzervatoří. Vzhledem k tomu ve své práci cílím na prozkoumání PPP mezi tanečníky různé výkonnostní úrovně a tanečního stylu.

1.7 Prevence a léčba PPP

Léčba PPP by měla být komplexní, individuální a diferencovaná. Musí být stanovený přesný postup léčby pacienta. Na léčbě se podílí více odborníků z lékařské praxe (Papežová, 2010). Často je praktický lékař prvním odborníkem, na kterého se nemocný nebo jeho rodina obrátí. Ten řeší především somatickou problematiku, kdy je třeba vyloučit jiné tělesné onemocnění a posoudit celkový zdravotní stav pacienta. Zároveň poskytuje základní informace o možnostech léčby a důsledcích onemocnění. Praktický lékař zprostředkuje cílenou léčbu u psychiatra nebo klinického psychologa, případně další vyšetření nebo léčbu u jiných odborníků (Krch, 2007).

Léčba PPP probíhá buďto ambulantní formou, nebo hospitalizací. Hospitalizace na psychiatrii je indikována při závažnější psychiatrické komorbiditě, nebezpečí suicidálního chování a současném abúzu návykových látek. Důvodem hospitalizace jsou i závažné somatické komplikace a výrazný hmotnostní úbytek. Doporučována je i při výrazné sociální izolaci nemocného a opakovaném neúspěchu ambulantní léčby (Krch, 2007).

Výhodou hospitalizace může být vytržení z domácího prostředí, kde pacient nebo rodina nezvládá patologické formy stravování či vzájemnou komunikaci a emoce s ní spojené. V rámci hospitalizace dochází k postupnému obnovení jídelních návyků. V rámci terapie je důležitý především režim, ten spočívá v dodržování denního rytmu a nastavených pravidel. Jedná se především o nastavení stravovacího a spánkového režimu. Součástí hospitalizace jsou také psychotherapeutické aktivity, návštěvy blízkých a další aktivity navozující kladné přijímání těla a sebehodnocení. Pozitivní aspekt hospitalizace spočívá i v kontaktu s jedinci se stejnými poruchami, při němž má pacient možnost navazování kontaktu a komunikace (Papežová, 2010).

Důležitou roli při léčbě hraje psychoterapie, její konkrétní podoba je zvolena dle individuálních potřeb pacienta. Hlavními cíli psychoterapií je změna jídelního chování a postojů ke stravování, váze, vzhledu a sebehodnocení. Často využívanou metodou je kognitivně-behaviorální terapie, rodinná a individuální psychoterapie. Na úspěšné léčbě se podílí jak pacient, tak i jeho rodiče a širší rodina (Papežová, 2010).

Prevenici bychom mohli rozdělit na primární, sekundární a terciální. Primární prevence má své místo především ve výchově v rodině, v působení společenských vlivů a kultuře stravování. Důležitým aspektem je i sebehodnocení, na které mají vliv média a kulturní vzorce. Sekundární prevence spočívá ve vyhledávání ohrožených skupin, ke kterým patří jedinci se somatickým onemocněním provázeným dietou a hubnutím. Do ohrožené skupiny Papežová (2010) řadí také jedince ze zájmových aktivit, které souvisí s kontrolou váhy a vzhledu, jako je balet, modeling či gymnastika. Posledním typem je terciální prevence, která se zaměřuje na prevenci relapsu, obnovu plného zdraví a na zabránění přenosu patologických stravovacích návyků na další generaci (Papežová, 2010).

Preventivní programy na tanečních konzervatořích, které uvádí Piran (1999), se zaměřily na environmentální změny a ukázaly se jako velmi úspěšné. Na zúčastněných školách bylo v rámci programu například tanečním pedagogům zakázáno dělat jakékoliv poznámky hodnotící postavu studentek. Na škole byl také ustanoven pracovník, na kterého se mohli studenti obrátit v případě obav o svůj tělesný vzhled. Postoj k obrazu svého těla má

vliv na stravovací návyky, proto by měl být kladen důraz na dostupnost poradenství v této oblasti (Jin-Sook & Eun-Ju, 2016).

Preventivní a intervenční programy pro studenty tance by měly zahrnovat rozpoznávání a zvládání emočních poruch a strategie podporující pozitivní vnímání těla a snižující výskyt negativních komentářů týkajících se hmotnosti studentů (Liu et al., 2016).

Szászi a Szabó (2021) uvádí, že v taneční výchově by měl být realizován intervenční program, který by poskytoval teoretické i praktické znalosti za účasti odborníků z oblasti zdravotnictví, školství a péče o děti. Prioritou této iniciativy má být především prevence PPP. Zároveň to může tanečnickům pomoci zlepšit celkové zdraví, vytrvalost, obraz těla a sebevědomí.

2 Tanec

Tanec je fenomén kulturní, umělecký a antropologický. Tanec je obohacující, povznáší lidskou duši i komunikaci. Pomáhá překonat to, co nejde překonat jinak (Dosedlová, 2012). Payne (2011) uvádí, že je tanec pro lidi stejně přirozený jako hra, námluvy, jídlo nebo boj a často bývá pro tyto činnosti vyjádřením. Na celém světě je tanec součástí rituálů a našeho kulturního dědictví.

2.1 Tanec a jeho psychologické aspekty

Tanec je aktivita jak fyzická, tak psychická. Tanec emoce probouzí nebo je vyjadřuje. Sledujeme-li někoho při tanci, vyvolá to v nás afektivní reakci. Ve chvíli, kdy sami začneme pohybově improvizovat, náš taneční projev uvolní něco z našeho psychického stavu (Blížkovská, 1999). Emoce a pohyb jsou vzájemně neoddělitelně provázané. Toto propojení může vést ke změně v sebepojetí, sebepochopení a celkové fyzické a psychické integraci (Payne, 2011).

Tanec a pohyb obecně můžeme označit jako aktivní, expresivní a komunikativní prostředky založené na práci s tělem. Prostřednictvím tance lze snížit množství adrenalinu v těle a společensky přijatelným způsobem se zbavit agresivity, strnulosti a apatie. Pohybovým znázorněním pocitů, jako například vztek nebo radost, zvyšuje jedinec svou schopnost tyto pocity vyjadřovat. Kreativní pohyb přispívá k propojení mysli, těla a ducha. Toto propojení není při tanečních hodinách vědomě zpracováváno a ovlivňování psychiky je tak jakýmsi vedlejším produktem tance (Payne, 2011).

Tanec výrazně podporuje kromě fyzické kondice také psychickou pohodu. V oblasti působení tance na psychiku studie poukazují na snížení stresu (Berger & Owen, 1988) a úzkosti (Lesté & Rust, 1990), zvýšený wellbeing (Hui et al., 2009) a self-esteem (Murcia et al., 2010).

Ve studii taneční motivace Maraz et al. (2015) zmiňují, že intenzita tanečních aktivit (tj. počet týdenních tréninků) byla úzce spjata s motivy intimity, socializace a mistrovství. Zdá se, že příležitost ke společenskému a fyzickému kontaktu je stejně důležitá jako zlepšování dovedností, pokud jde o četnost tance. Autoři uvádí, že tanec jakožto rekreační aktivita je provozován převážně pro zlepšení nálady, to odráží schopnost této aktivity snižovat stres.

Tanec ale nevyhnutelně zahrnuje také potenciálně stresové situace, jako je prezentování svého těla na veřejnosti, porovnávání postavy s ostatními tanečnicemi, vysoká soutěživost a další (Toro et al., 2009). Zároveň může docházet ke zkreslení ideálního a reálného obrazu těla u tanečnic v závislosti na provozované taneční technice (Vaquero et al., 2017).

Zmiňované aspekty je nutné vždy posuzovat s ohledem na taneční prostředí, ve kterém se jedinec ocitá. Choreografka a pedagožka Eliášová uvádí: „Tanec má potenciál k tomu vychovávat v dětech zdravý přístup k tělu, vnímat tělo pozitivně a přijímat ho takové, jakým jsme byli obdařeni. Možná to vnímám spíš u amatérského tance. V momentě, kdy přichází profesionální hledisko, je tlak mnohem víc směřován na tělo, které vytváří produkt, na výkon a výkonnost.“ (2021, dle Mikysková, 2021)

2.2 Taneční styly

2.2.1 Klasický tanec

Historické kořeny baletu sahají až do 15. století, kdy se v Itálii začal objevovat na rozmařilých dvorních zábavách. Postupně začal balet přerůstat v samostatnou formu tance i uznanou uměleckou kategorii. Významným podporovatelem baletu se stal francouzský panovník Ludvík XIV. Balet se dále přetvořil v profesionální zábavní průmysl, kdy se tanec přesunul do divadel. Prvním střediskem baletu se stala Francie, proto jsou baletní názvy dodnes ve francouzštině (Kassing, 2007).

Balet má tři formy, a to romantický, klasický a moderní. Počátek romantického baletu spadá do období průmyslové revoluce, tato forma baletu působí lehkým a vzdušným dojmem. Klasický balet byl formovaný mnoha tanečními lektory a školami, a to především francouzskými, dánskými, ruskými a italskými. Tato forma baletu je založena na precizních postojích a pohybech, kroky jsou náročnější než u romantického baletu. Jedním z nejznámějších děl tohoto stylu je Labutí jezero. Moderní balet je relativně mladá taneční forma. Za jeho průkopníka je považován Nijinsky, který se odvrátil od klasického vytáčení nohou a jejich dokonalého propnutí. V moderním baletu jde spíše o vyjádření pocitů než o převyprávění příběhu. Choreografové často spolupracují a inspiroují se choreografy moderního tance (Scheff et al., 2010).

Z fyziologického hlediska je klasický tanec velmi náročný. Vyžaduje aerobní vytrvalost, svalovou sílu, pružnost, dobrou stabilitu kloubů a nervosvalovou koordinaci.

Taneční prvky jsou složité a mohou zahrnovat velký rozsah pohybu. Proto je nutná statická a dynamická síla, stabilita a rovnováha. Z těchto důvodů baletní tanečníci často přetěžují kosterní soustavu, svaly a okosticové vazy (Aquino, 2010). Balet je oproti ostatním tanečním stylům striktnější z hlediska taneční uniformy (trikot a punčocháče). Tanečníci obouvají měkké taneční piškoty nebo vyztužené špičky.

Balet obsahuje precizně vybudovaný systém pohybů, který sahá až za samé hranice anatomických možností lidského těla, fungující na základě specifických estetických hodnot. Časté jsou taneční duety, v baletu označovány jako „pas de deux“, které vyžadují zvedání taneční partnerky. V tomto ohledu je estetickým ideálem mezi baletními tanečnicemi extrémní štíhlost (Benn & Walters, 2001). Baletní tanečníci jsou vedeni k provádění precizních pohybů a zdokonalování kondice, v profesionální sféře je tělo tanečníka vnímáno spíše jako nástroj, kterým vzniká dokonalý produkt. Svět profesionálního baletu je pouze pro ty, kdo mají fyzické předpoklady (přirozené vytočení nohou v kyčlích) a také dobrou psychickou odolnost. Balet je sice nádherný, ale také značně náročný. Dramaturg národního divadla Weigl (2001, dle Ambruzová, 2001) uvádí, že nároky na přesně formulovanou taneční formu a technický výkon jsou, v porovnání s ostatním tanečním uměním, v baletu nejvyšší. Díky pohybu na špičkách a vysokým skokům se vytváří dojem lehkosti a neskutečnosti. Tato snaha o neskutečnost se vyjadřuje i touhou jakoby porušit neměnitelné zákony fyziky, překonat gravitační vazby člověka, oddělit se od zemského povrchu do iluze vznášení (Ambruzová, 2001). Tato snaha o dokonalost a nereálnost se propisuje také do estetického ideálu těl baletních tanečníků. U baletních tanečníků je častá snaha o štíhlost, tvrdá disciplína, vysoké osobní standardy a tělesný perfekcionismus, tyto charakteristiky mohou přispívat k dysfunkčnímu stravovacímu chování (Lobera, 2012).

2.2.2 Moderní tanec

Pojem moderní tanec je velmi široký a můžeme mezi něj zařadit například tanec výrazový, scénický a jazzový. Moderní tanec byl dříve znám pod různými jmény, proto je v jednotlivých pramenech uváděn pod různými názvy. Nový, novodobý, umělecký nebo plastique, german dance, ale také free dance (Kröschlová, 1964).

Historie moderního tance sahá až ke kořenům renesančního baletu. Reformu baletu provedla Duncanová. Reforma spočívala ve vyjádření nejhlubších lidských myšlenek a pocitů přirozenou taneční formou, bez baletní vyumělkovanosti. Za dalšího průkopníka

novodobého tance je považován Laban. Usiloval o to, aby se tanec stal součástí života, aby byl přístupný všem. Ve světě moderního tance je důležitou osobností také Grahamová, jejímž největším přínosem je vypracování systému taneční techniky. Na ni navazují Limon, Cunningham a další, kteří také vytvářejí své osobní techniky (Kloubková, 1989).

Učitelé moderního tance jsou obecně flexibilnější, pokud jde o to, co studenti nosí. Tanečníci netančí v taneční obuvi, ale naboso. Taneční kostýmy jsou často volnější, aby dokreslovaly tanečníkův pohyb. Při tanečních lekcích se zrcadlo nepoužívá příliš často.

Tento styl charakterizuje kreativita a akceptace různých typů pohybu. Moderní tanec vědomě pracuje s propojením těla a psychiky, vede tanečníky k vyjadřování svých pocitů a myšlenek skrze pohyby. Oproti baletu se gravitace nepřehlíží, ale naopak se účelně využívá při kontrolovaných pádech a převalech. Důraz je kladen na fyziologicky přirozenou práci s dechem a jeho využití v tanečních pohybech. Tanečník pracuje se zemí, těžištěm, časté jsou rotace a skoky mimo osu tanečníka. Usiluje se o plynulost a přirozenost pohybu. Podporuje se improvizace, skrze niž je tanečník veden k objevování nových pohybových vzorců. Zároveň se od tanečníků moderního tance často vyžaduje, aby navštěvovali hodiny baletu, aby se zdokonalili v taneční technice.

Na moderní tanec navazuje a částečně se s ním prolíná tanec postmoderní (současný), který experimentuje s pohybem. Šťávová (2011) uvádí, že na tanec je nazíráno jako na specifický řečový systém, tělo je chápáno jako věta, kterou je možné rozložit až na jednotlivá písmena a zpětným skládáním vytvářet nové významy. Tanečník svým projevem často nic nesděljuje ani nevypráví žádný příběh. Jedná se spíše o abstraktní pohybové ztvárnění. Stává se odrazem lidské mysli a často zhmotňuje samotný proces myšlení. Na tomto principu vznikají nové umělecké druhy na pomezí tanečního, divadelního a výtvarného umění (Šťávová, 2011). Ruší se přímá návaznost na hudbu a pevná choreografie. S tanečním pohybem se zachází do krajností a zpochybňují se stávající jistoty, tudíž může být tancem jakýkoli pohyb, anebo naopak úplné ustrnutí. Cílem mnohých choreografií bylo provokovat skrze nabourání konvenční estetiky a běžných standardů (Dosedlová, 2012). Tanečníci se snaží při představeních komunikovat s diváky, předat jim určitou emoci (častokrát i negativní). Balet vycházející z dlouholeté tradice, založený na jasně vymezených pohybech, je vnímán jako systém pohybů, které ztratily obsahovou hloubku a možnost individuálního vyjádření. Zvýrazňována je svoboda, oslava jedinečnosti a přirozenosti lidského těla.

2.2.3 Street dance

Street dance v překladu znamená pouliční tanec, je to zastřešující pojem pro více tanečních stylů, jako je house dance, dancehall, break dance a další. Street dance vznikl jako způsob vyjádření vzpoury proti klasickým tanečním školám. Street dance se utvářel mimo taneční centra a studia, přímo v ulicích amerických měst. Jeho počátky spadají do 70. let 20. století. Velký vliv na utváření tohoto tanečního stylu měla hip hopová a funková hudba. Prostřednictvím různých hudebních stylů se objevily různé taneční styly. Jako první se začal objevovat v klubech a ulicích New Yorku breakdance. Tomu se začala věnovat mládež především z menšinových skupin jako Afroameričané a Latinoameričané. Fenomén street dance se postupně rozšířil po celém světě a dodnes dochází k vývoji jednotlivých stylů (Návrátová & Vašek, 2010).

Původní podstatou street dance není choreografie, ale battle, což znamená vzájemný taneční souboj. Ten může být individuální nebo skupinový. Tyto taneční souboje jsou jak o schopnostech jednotlivých tanečníků, tak o vzájemné spolupráci a souhře. O vítězi v počátcích rozhodoval přihlízející dav, dnes je to však porota složená ze zkušených a uznávaných tanečníků. Klíčová je především tanečnickova pohotová reakce na hudbu a její ztvárnění pohybem. Velmi důležitá je také tanečnickova jedinečnost a schopnost improvizace. V choreografiích se pak také cení synchronizace jednotlivých tanečníků, postavení formace a její změny. Obvykle se street dance choreografie nesnaží o vyjádření pocitu nebo příběhu, ale důležitější jsou zajímavé pohyby, které nejlépe vystihují danou hudbu a její rytmus. Svoji nezastupitelnou roli má i taneční kostým a celková image skupiny (Návrátová & Vašek, 2010).

Tento taneční styl především ve svých počátcích sloužil jako druh zábavy. Proto zde oproti tanci klasickému není kladen největší důraz na přesné technické provedení prvků. Jelikož tento tanec nemá historicky pevnou základnu, tanečníci se učí jeden od druhého a vzájemně se obohacují. Názvy a formy pohybů se neustále přetvářejí a doplňují o nové.

2.2.4 Latinskoamerické tance

Latinskoamerické tance se na tanečních parketech začaly objevovat v poválečné době. Vývoj latinskoamerických tanců se prolínal a ovlivňoval s řadou tanců afroamerického, později jazzového původu. Angličané se významně podíleli na novém

charakterizování repertoáru latinskoamerických tanců, stejně jako v případě tanců standardních. Přizpůsobili je evropskému způsobu tančení a standardizovali je. Tento úkon měl za následek to, že z původního charakteru lidových latinskoamerických tanců, provozovaných často přímo na ulicích měst, nezbylo téměř nic (Degen, 2003).

Do skupiny latinskoamerických tanců řadíme tanec sambu, cha-chu, rumbu, paso doble a jive. Tyto tance jsou společně s jejich doprovodnou hudbou pestré v rytmice, velmi temperamentní a plné citového prožitku. Latinskoamerické tance se tančí především v páru, kdy je velmi důležitá vzájemná souhra, originalita a image páru. Základní principy vytváření dobrého vzhledu páru spočívají v určité odlišnosti od ostatních soupeřů na parketu, ta by však měla být v souladu s typem osobnosti daných tanečníků. Stejně tak image páru by měla být skloubena s osobitým stylem tanečního projevu. Také při tvorbě kostýmu je cílem vyzdvihnout především přednosti a zakrýt nedostatky jedinců. Je důležité znát své proporční křivky a přizpůsobit jim veškerý výběr souvisejících komponent kostýmu. Jednotlivé páry se pyšní vlastními tanečními kvalitami, ve kterých ostatní tolik nevynikají, a je důležité, aby jim přizpůsobily i svůj kostým (Winkelhuis, 2001).

3 Self-esteem

Pojem self-esteem můžeme z angličtiny přeložit jako sebehodnocení nebo také sebeúcta. Sebehodnocení úzce souvisí se sebepojetím (self-concept), kdy jedinec formuluje soud o své vlastní hodnotě (Fialová, 2001). Dříve byly tyto pojmy používány synonymně, dnes někteří autoři chápou sebehodnocení pouze jako část sebepojetí (Blatný, 2010). Sebehodnocení je vyjádření vztahu k sobě, charakterizované emocionálními prožitky Já, který se realizuje v rámci základní dimenze hodnocení, pozitivní – negativní.

Hodnocení vlastní osoby se děje především pomocí kritérií, která jsou podstatná pro úspěch. Toto hodnocení je individuální a má behaviorální a emocionální souvislosti. Sebehodnocení představuje podstatnou součást vlastní individuality. Sebehodnocení patří mezi jedny z důležitějších předpokladů k dobré psychické pohodě (well-being) (Fialová, 2001).

Ohledně názoru na množství dimenzí sebehodnocení panuje názorová nekonzistence. Rosenberg (1965) pohlíží na sebeúctu jako na jednodimenzionální konstrukt. Oproti tomu Tafarodi a Swann (1995) rozlišují dvě dimenze globálního sebehodnocení – kompetentnost (self-competence) a sebepřijetí (self-liking). Kompetentnost je považována za místo potenciální síly Já, spočívá v našich záměrech k činnosti a jejich naplňování. Pokud se očekávání naplňují, kompetentnost stoupá. Dimenze sebepřijetí odráží emoční soud o nás samých, odráží fungování v sociálních situacích. Branden (2000) rozděluje sebeúctu do dvou dimenzí – pocit osobní účinnosti (self-efficacy) a pocit osobní hodnoty (self-worth). Tyto dvě dimenze jsou integrované v jedno a tvoří přesvědčení, že je člověk schopen žít hodnotný život.

Vzhledem k volbě výzkumných nástrojů budu vycházet z Rosenbergova pojetí konceptu sebehodnocení. Rosenberg na konceptu sebehodnocení zdůrazňuje jeho globalitu. Globální sebehodnocení vyjadřuje generalizovanou, relativně stálou perцепci hodnoty vlastního Já (Rosenberg, 1965). Autor uvádí, že sebehodnocení lze chápat jako: „the feeling that one is „good enough“ („pocit jedince, že je „dostatečně dobrý“) (Rosenberg, 1965, s. 31).

V pojetí obsahu Já jako objektu (self as object) Rosenberg diferencoval self-image a self-esteem. Self-image je představou či obrazem sebe, jehož základem je kognitivní struktura s řadou parametrů (složitost, konzistence, celistvost a další). Self-esteem vypovídá o úctě k sobě a je vyjádřením subjektivní hodnoty sebe sama. Její kvalita osciluje mezi

polaritou dobrý–špatný (Rosenberg, 1965). V pozdějších letech začal autor častěji používat termín self-concept (sebepojetí). Tento pojem pokrývá oba dřívější konstrukty, jde o strukturovaný souhrn názorů a pocitů k vlastnímu Já. O obsahu sebepojetí pak uvažuje v různých rovinách – na úrovni reality, možnosti, fantazie a další (Rosenberg, 1979).

Self-esteem úzce souvisí s tělesným sebepojetím (body image), to zahrnuje kognitivní, afektivní i konativní složky, které ho charakterizují. Tělesný vzhled jako část tělesného sebepojetí je určujícím faktorem celkového sebehodnocení (Fialová, 2001).

U tanečníků a tanečnic různých stylů se vyskytuje vysoká četnost psychických problémů, včetně nízkého sebevědomí (Kosmidou et al., 2017; Bettle et al. 2001).

Lze očekávat, že self-esteem bude negativně korelovat s PPP, protože pravděpodobně působí jako ochranný faktor vzniku PPP. Například tanečnice by s menší pravděpodobností jednala pod tlakem, aby byla štíhlá, pokud by neměla pocit, že celé její já je definováno štíhlostí nebo tanečním úspěchem. Přesto lze poznamenat, že vztah mezi sebehodnocením a PPP není zcela jasný, a zdá se, že se liší mezi pohlavími (Furnham et al., 2002; Nordin-Bates et al., 2011).

Dle výsledků meta-analýzy Colmsee et al. (2021) uvádí, že nízké sebehodnocení působí jako univerzální rizikový faktor pro patogenezi různých typů PPP. Nižší sebehodnocení bylo shledáno také jako prediktor ortorexie u dospělých provádějících pravidelnou kondiční aktivitu (Oberle et al., 2017; Bóna et al., 2021).

EMPIRICKÁ ČÁST

4 Cíl práce

Cílem práce je především zjistit, jaký je vztah mezi provozovaným tanečním stylem a symptomatologií PPP. Tanečníci jsou považováni za rizikovou skupinu pro rozvoj PPP (Baraníková & Nesrstová, 2005; Fuentes et al., 2009; Ribeiro & Veiga, 2010; Solomon & Solomon, 1996). Studie naznačují, že skupinu tanečníků nelze vnímat jako homogenní, protože existují rozdíly ve výskytu PPP mezi jednotlivými tanečními styly a výkonnostními kategoriemi (Arcelus et al., 2014; Swami & Tovée, 2009; Diogo et al., 2016). Cílem tedy bude zjistit, jestli existuje rozdíl mezi tanečníky různých stylů v míře patologického stravování. Zároveň bude u tanečníků mapován výskyt specifické formy narušeného stravování, kterou je ortorexie. Současně bude také cílem zjistit vztah mezi symptomy PPP a sebehodnocením tanečníků. Z těchto cílů vyplývají následující výzkumné otázky a hypotézy.

Výzkumná otázka 1: Jaký je vztah mezi provozovaným tanečním stylem a patologickým stravováním?

H1: Existuje rozdíl mezi tanečními styly ve skóre dotazníku EDE-Q.

H2: Existuje rozdíl mezi tanečními styly ve skóre dotazníku ORTO-15.

Výzkumná otázka 2: Jaký je vztah mezi sociodemografickými údaji tanečníka a patologickým stravováním?

H3: Existuje rozdíl mezi pohlavími ve skóre dotazníku EDE-Q.

H4: Existuje vztah mezi počtem hodin tanečních tréninků a skórem v dotazníku EDE-Q.

Výzkumná otázka 3: Jaký je vztah mezi sebehodnocením tanečníka a patologickým stravováním?

H5: Skór Rosenbergovy škály sebehodnocení koreluje se skórem dotazníku EDE-Q.

H6: Skór Rosenbergovy škály sebehodnocení koreluje se skórem dotazníku ORTO-15.

5 Metodika

5.1 Výzkumné nástroje

Celkový dotazník je složen z pěti částí. První část dotazníku obsahuje otázky týkající se tanečního působení respondenta. Druhá část tvoří otázky zjišťující sociodemografické údaje. Další tři části obsahují Rosenbergovu škálu sebehodnocení (Cronbachova $\alpha = 0,88$), dotazník ORTO-15 (Cronbachova $\alpha = 0,44$) a dotazník EDE-Q (Cronbachova $\alpha = 0,95$) (Mathisen et al., 2022; Niedzielski & Kaźmierczak, 2021).

5.1.1 Rosenbergova škála sebehodnocení (RSES)

Rosenbergova škála sebehodnocení (Rosenberg Self-Esteem Scale, RSES) je jednodimenzionální škála měřící globální sebehodnocení (1965, dle Blatný & Osecká, 1994). Je to jedna z nejrozšířenějších metod s dobrou reliabilitou zkoumající sebehodnocení, dobře známá je i v českém prostředí (Blatný & Osecká 1994).

RSES obsahuje 10 deklarativních vět, které vystihují obecné pocity o sobě samém. Na výroky respondent odpovídá mírou souhlasu na čtyřbodové Likertově škále (zcela souhlasím, spíše souhlasím, spíše nesouhlasím, zcela nesouhlasím). Polovina položek je formulována pozitivně (např. „Jsem schopný dělat mnoho věcí stejně dobře jako ostatní.“), polovina položek je formulovááno negativně (např.: „Chtěl bych si sám sebe víc vážit.“), přičemž ty se vyhodnocují jako položky reverzní. Celková úroveň sebehodnocení je vyjádřena součtovým skóre. Celkové skóre se pohybuje od 10 do 40 bodů.

5.1.2 Dotazník ORTO-15

K měření ortorektických tendencí byl použit dotazník ORTO-15. Tento diagnostický nástroj byl vytvořen a validizován italskými autory Donini et al. (2004) a je inspirován původním Bratmanovým sebezposuzovacím testem. Dunn a Bratman (2016) pokládají validizaci dotazníku ORTO-15 za problematickou. Důvodem jsou podle Varga et al. (2014) zejména kulturní odlišnosti, které se propisují do stravovacích postojů. To potvrzují výsledky studií, které se zaměřily na standardizaci dotazníku pro tureckou populaci

(Arusoğlu et al., 2008) a německou populaci (Missbach et al., 2015). Dotazník pro českou populaci doposud nebyl standardizován. I přes slabiny psychometrických vlastností tohoto nástroje je ORTO-15 stále nejvíce využívanou metodou pro zhodnocení ortorektické symptomatiky.

Dotazník obsahuje 15 položek. Otázky jsou rozčleněny do tří okruhů: kognitivně-racionální (položky 1, 5, 6, 11, 12, 14), klinické (položky 3, 7, 8, 9, 15) a emoční (položky 2, 4, 10, 13). Respondenti odpovídají formou Likertovy čtyřstupňové škály (vždy, často, občas, nikdy). Každá položka je ohodnocena v rozmezí jednoho až čtyř bodů, přičemž nižší skóre znamená vyšší úroveň symptomatologie ortorexie. Otázky 2, 5, 8 a 9 jsou reverzní, tudíž je jejich hodnocení obrácené. Zároveň se položky 1 a 13 hodnotí takto: vždy = 2, často = 4, někdy = 3, nikdy = 1. Výsledná hodnota je dána součtem všech položek testu. Autoři navrhuji pro diagnózu ortorexie hraniční hodnotu 40 (Donini et al. 2004). Nicméně jiní autoři považují za citlivější hraniční bod ≤ 35 (Segura-Garcia et al., 2015; Varga et al., 2014). Pro účely této práce jsme se drželi původní verze s hraničním bodem ≤ 40 .

5.1.3 Dotazník EDE-Q

EDE-Q (Eating Disorder Examination Questionnaire, EDE-Q 6.0) je sebeposuzovací dotazník měřící symptomy poruch příjmu potravy (Fairburn & Beglin, 2008). Tento nástroj vznikl z původního klinického interview EDE (Cooper & Fairburn, 1987). Dotazník se skládá z 28 otázek, které se odkazují na předešlých 28 dní. Prvních 22 položek je rozděleno do následujících čtyř subškál: obavy týkající se jídla, obavy týkající se váhy, obavy týkající se tvaru těla a restriktivní omezení. Zbýlých 6 otázek měří frekvenci záchvatovitého přejídání, užívání laxativ, zvracení a kompulzivního cvičení. Pro každou ze škál je vypočítáno samostatné skóre, ale navíc se uvádí také skóre globální. Respondent hodnotí výskyt jednotlivých symptomů za posledních 28 dní na sedmistupňové Likertově škále 0–6 (0 = nikdy, 1 = 1–5 dní, 2 = 6–12 dní, 3 = 13–15 dní, 4 = 16–22 dní, 5 = 23–27 dní, 6 = vždy).

Pro určení přítomnosti PPP autoři uvádějí jako mezní bod skór 4 (Fairburn & Beglin, 2008). Ohledně stanovení mezních hodnot však panují různé názory. Dle výsledků rozsáhlé studie Rø et al. stanovují globální hraniční skóre 2,5 jako určující pro pravděpodobnost výskytu PPP. Autoři navíc zmiňují, že při použití hraničních hodnot založených na EDE-Q je obzvláště důležité zohlednit také BMI respondenta (Rø et al., 2015).

5.2 Výzkumný soubor

5.2.1 Popis souboru

Výzkumný soubor tvořilo celkem 314 tanečníků, kteří aktivně trénují a jejichž rozložení do jednotlivých stylů je zobrazeno v tabulce 1. Z celkového počtu respondentů bylo 20 (6,4 %) tanečníků klasického tance, 192 (61,1 %) tanečníků moderního tance, 75 (23,9 %) tanečníků street dance a 27 (8,6 %) tanečníků latinskoamerických tanců. Výzkumu se zúčastnili tanečníci ve věku 13–61 let, deskriptivní statistiky věku respondentů jsou uvedeny v tabulce 2. Z celkového počtu respondentů bylo 295 (93,9 %) žen a 19 (6,1 %) mužů.

Tabulka 1: Četnost zastoupení dle tanečního stylu a pohlaví

Taneční styl	muži	ženy	celkem
Klasický tanec	1	19	20
Moderní tanec	8	184	192
Street dance	7	68	75
Latinskoamerické tance	3	24	27
celkem	19	295	314

Zdroj: vlastní výzkum (N = 314)

Tabulka 2: Deskriptivní statistiky věku respondentů

Taneční styl	N	Průměr	Medián	Sm. odch.	Minimum	Maximum
Klasický tanec	20	20,4	16,5	7,36	13	36
Moderní tanec	192	19,2	17,0	6,12	13	48
Street dance	75	20,5	19,0	6,78	13	45
Latinskoamerické tance	27	36,6	36,0	10,81	18	61

Zdroj: vlastní výzkum (N = 314)

Výzkumný soubor tvořilo 154 (49 %) pokročilých a 160 (51 %) mírně pokročilých tanečníků. Z celkového počtu respondentů uvedlo 85 (27,1 %) respondentů, že je jejich taneční působení zdrojem finančního příjmu. 46 (14,6 %) respondentů absolvovalo (nebo stále studuje) taneční konzervatoř a 81 (25,8 %) tanečníků působí jako taneční lektor.

Dále budou popsány deskriptivní statistiky pro hodnotu BMI a také frekvence tanečních aktivit u jednotlivých tanečních stylů. Pro větší přehlednost budou hodnoty uvedeny v tabulkách.

Tabulka 3: Deskriptivní statistiky pro BMI dle tanečních stylů

Taneční styl	BMI					
	N	Průměr	Medián	Sm. odch.	Minimum	Maximum
Klasický tanec	20	20,4	19,9	2,97	16,3	30,1
Moderní tanec	192	21,1	20,9	2,82	14,9	38,1
Street dance	75	22,2	21,6	3,19	15,6	35,8
Latinskoamerické tance	27	25,1	24,4	4,17	17,8	32,1

Zdroj: vlastní výzkum (N = 314)

Tabulka 4: Frekvence tanečních aktivit respondentů během 1 měsíce

Taneční styl	Kolik hodin v průběhu 1 měsíce věnujete tanečním aktivitám?					
	N	Průměr	Medián	Sm. odch.	Minimum	Maximum
Klasický tanec	20	52,0	28,5	53,2	3	200
Moderní tanec	192	29,5	20,0	26,0	1	180
Street dance	75	21,8	20,0	16,6	1	80
Latinskoamerické tance	27	19,2	10,0	19,7	4	70

Zdroj: vlastní výzkum (N = 314)

5.2.2 Postup sběru dat

Sběr dat probíhal formou online dotazníku v období únor–březen roku 2023. Respondenti byli osloveni převážně formou sociálních sítí. Sběr dat probíhal skrze individuální zprávy, popřípadě byla žádost o zařazení do výzkumu přeposlána mezi taneční skupiny a školy. Celkově se touto formou podařilo získat 314 vyplněných dotazníků.

5.2.3 Etické aspekty

Respondenti byli před vyplňováním dotazníku seznámeni s formou informovaného souhlasu o podmínkách výzkumu. V úvodu jim byly předány informace o výzkumném projektu, respondenti byli seznámeni s přibližnou časovou náročností vyplňování dotazníku a byla zdůrazněna jeho dobrovolnost a anonymita. Dále byli účastníci výzkumu informováni, že mohou vyplňování dotazníku kdykoliv ukončit a odstoupit tak z výzkumu. Respondentům byl předán kontakt, kam mohli směřovat případné dotazy.

5.3 Metody zpracování a analýzy dat

Po ukončení dotazníkového šetření byla data z Google Forms převedena do datové matice programu MS Excel, kde byly slovní odpovědi převedeny na číselné hodnoty. Následně byly dle manuálů prováděny výpočty hrubých skóre. Tento program byl dále použit pro některé jednodušší výpočty. Deskriptivní statistiky a testování hypotéz probíhalo skrze statistický program Jamovi. K ověření normálního rozložení byl použit Shapiro-Wilkův test, u žádné z proměnných se normalita nepotvrdila. K porovnání rozdílů u více skupin (H1, H2) byla použita Kruskal-Wallisova ANOVA. Ověřování hypotéz o rozdílů mezi dvěma skupinami (H3) bylo prováděno pomocí neparametrického Mann-Whitney U testu. Pro ověření hypotézy o korelaci mezi proměnnými byla zvolena Korelační matice (H4, H5, H6).

6 Výsledky

6.1 Deskriptivní statistiky

Z celkového počtu respondentů ($N = 314$) dle dotazníku EDE-Q vykazovalo 32 (10,2 %) tanečníků symptomy PPP. Při rozřazení uvedených hodnot dle tanečních stylů se symptomy PPP projevily nejvíce u tanečníků moderního tance. Symptomatologii PPP bylo možné pozorovat u 10 % tanečníků klasického tance, 11,5 % tanečníků moderního tance, 10,6 % tanečníků street dance a u tanečníků latinskoamerických tanců nebyl zaznamenán žádný případ.

Dle dotazníku ORTO-15 z celkového počtu ($N = 314$) vykazovalo 233 (74,2 %) respondentů ortorektické tendence. Při rozřazení uvedených hodnot dle tanečních stylů se symptomy ortorexie projevily nejvíce u tanečníků klasického tance. Ortorektické tendence bylo možné pozorovat u 80 % tanečníků klasického tance, 76,6 % tanečníků moderního tance, 77,3 % tanečníků street dance a 44,4 % tanečníků latinskoamerických tanců.

Dále zde budou představeny výsledky dotazníků EDE-Q a ORTO-15 dle sociodemografických údajů respondentů. Pro lepší přehlednost jsou data uvedena v tabulkách.

Tabulka č. 5 prezentuje výsledné hodnoty dotazníku EDE-Q a ORTO-15, uvedená je i tabulka jednotlivých subškál dotazníku EDE-Q. Hodnoty jsou představeny dle pohlaví respondenta. Patrné jsou rozdíly v dotazníku EDE-Q a jeho subškálách. Tento rozdíl je popsán v následující kapitole u ověřování hypotézy 3.

Tabulka 5: *Popis výsledků dotazníku EDE-Q a ORTO-15 dle pohlaví*

	Pohlaví	N	Průměr	Medián	Sm. odch.	U	p
EDE-Q	muž	19	0,75	0,42	0,84	1421	< 0,001
	žena	295	1,87	1,52	1,53		
ORTO-15	muž	19	37,47	37,00	3,52	2703	0,795
	žena	295	37,08	37,00	3,36		

Zdroj: vlastní výzkum ($N = 314$)

Tabulka 6: Popis výsledků subškál dotazníku EDE-Q dle pohlaví

Subškály EDE-Q	Pohlaví	N	Průměr	Medián	Sm. odch.	U	p
1. subškála: Restraint	muž	19	0,59	0,20	0,72	1751	0,006
	žena	295	1,50	1,00	1,53		
2. subškála: Eating concern	muž	19	0,34	0,20	0,46	1547	< 0,001
	žena	295	1,31	0,60	1,44		
3. subškála: Shape concern	muž	19	1,07	0,75	1,40	1484	< 0,001
	žena	295	2,44	2,25	1,80		
4. subškála: Weight concern	muž	19	0,82	0,40	1,12	1378	< 0,001
	žena	295	2,22	1,80	1,78		

Zdroj: vlastní výzkum (N = 314)

Tabulka č. 7 prezentuje výsledné hodnoty dotazníku EDE-Q a ORTO-15. Hodnoty byly rozděleny dle úrovně tanečních dovedností respondenta. Statisticky významné jsou rozdíly v dotazníku ORTO-15 ($p = 0,009$), kdy pokročilí tanečníci vykazovali vyšší riziko vzniku ortorexie.

Tabulka 7: Popis výsledků dotazníku EDE-Q a ORTO-15 dle úrovně tanečních dovedností

	Úroveň tanečních dovedností	N	Průměr	Medián	Sm. odch.	U	p
EDE-Q	Pokročilý	154	1,89	1,48	1,64	12133	0,816
	Mírně pokročilý	160	1,71	1,38	1,39		
ORTO-15	Pokročilý	154	36,56	37,00	3,21	10232	0,009
	Mírně pokročilý	160	37,63	38,00	3,45		

Zdroj: vlastní výzkum (N = 314)

Tabulka č. 8 prezentuje výsledné hodnoty dotazníku EDE-Q a ORTO-15, uvedená je i tabulka jednotlivých subškál dotazníku EDE-Q. Hodnoty jsou představeny dle lektorského působení respondenta. Statisticky významné jsou rozdíly v dotazníku EDE-Q ($p = 0,008$)

a jeho subškálách ($p = 0,017$; $p = 0,002$; $p = 0,009$; $p = 0,020$). Vyšší míru patologického stravování vykazují tanečníci, kteří nepůsobí jako taneční lektoři.

Tabulka 8: Popis výsledků dotazníku EDE-Q a ORTO-15 dle lektorství

	Taneční lektor	N	Průměr	Medián	Sm. odch.	U	p
EDE-Q	Ano	81	1,43	0,88	1,36	7559	0,008
	Ne	233	1,92	1,55	1,55		
ORTO-15	Ano	81	37,27	37,00	2,99	9045	0,577
	Ne	233	37,05	37,00	3,50		

Zdroj: vlastní výzkum (N = 314)

Tabulka 9: Popis výsledků subškál dotazníku EDE-Q dle lektorství

Subškály EDE-Q	Taneční lektor	N	Průměr	Medián	Sm. odch.	U	p
1. subškála: Restraint	Ano	81	1,15	0,60	1,35	7765	0,017
	Ne	233	1,55	1,00	1,54		
2. subškála: Eating concern	Ano	81	0,92	0,20	1,21	7254	0,002
	Ne	233	1,37	0,80	1,47		
3. subškála: Shape concern	Ano	81	1,92	1,13	1,66	7590	0,009
	Ne	233	2,50	2,25	1,83		
4. subškála: Weight concern	Ano	81	1,74	1,40	1,56	7806	0,020
	Ne	233	2,27	1,80	1,83		

Zdroj: vlastní výzkum (N = 314)

Tabulka č. 10 prezentuje výsledné hodnoty dotazníku EDE-Q a ORTO-15, uvedená je i tabulka jednotlivých subškál dotazníku EDE-Q. Hodnoty jsou představeny dle finančního příjmu respondenta z tanečních aktivit. Statisticky významné jsou rozdíly v dotazníku EDE-Q ($p = 0,034$) a jeho dvou subškálách – Eating concern ($p = 0,038$) a Shape

concern ($p = 0,031$). Vyšších hodnot dosahují respondenti, pro které jejich taneční působení není zdrojem finančního příjmu.

Tabulka 10: Popis výsledků dotazníku EDE-Q a ORTO-15 dle finančního příjmu z tanečních aktivit

	Tanec jako zdroj finančního příjmu	N	Průměr	Medián	Sm. odch.	U	p
EDE-Q	Ne	229	1,89	1,54	1,54	8214	0,034
	Ano	85	1,53	1,03	1,44		
ORTO-15	Ne	229	37,08	37,00	3,52	9566	0,816
	Ano	85	37,19	37,00	2,93		

Zdroj: vlastní výzkum ($N = 314$)

Tabulka 11: Popis výsledků subškál dotazníku EDE-Q dle finančního příjmu z tanečních aktivit

Subškály EDE-Q	Tanec jako zdroj finančního příjmu	N	Průměr	Medián	Sm. odch.	U	p
1. subškála: Restraint	Ne	229	1,50	1,00	1,49	8436	0,068
	Ano	85	1,28	0,60	1,53		
2. subškála: Eating concern	Ne	229	1,35	0,60	1,48	8259	0,038
	Ano	85	0,99	0,40	1,20		
3. subškála: Shape concern	Ne	229	2,48	2,25	1,82	8192	0,031
	Ano	85	2,02	1,38	1,72		
4. subškála: Weight concern	Ne	229	2,24	1,80	1,81	8418	0,066
	Ano	85	1,85	1,60	1,67		

Zdroj: vlastní výzkum ($N = 314$)

Tabulka č. 12 prezentuje výsledné hodnoty dotazníku EDE-Q a ORTO-15. Odpovědi respondentů byly rozděleny dle absolvování (nebo současného studování) taneční konzervatoře. Mezi skupinami nebyly nalezeny statisticky významné rozdíly.

Tabulka 12: Popis výsledků dotazníku EDE-Q a ORTO-15 dle studování taneční konzervatoře

	Studium taneční konzervatoře	N	Průměr	Medián	Sm. odch.	U	p
EDE-Q	Ano	46	1,73	1,45	1,44	5990	0,760
	Ne	268	1,81	1,44	1,53		
ORTO-15	Ano	46	36,83	36,00	3,65	5644	0,359
	Ne	268	37,16	37,00	3,32		

Zdroj: vlastní výzkum (N = 314)

Tabulka č. 13 prezentuje výsledné hodnoty dotazníku EDE-Q a ORTO-15, uvedená je i tabulka jednotlivých subškál dotazníku EDE-Q. Hodnoty jsou představeny ve vztahu k věku respondenta, frekvenci tanečních aktivit (tj. počet hodin tanečního tréninku v průběhu 1 měsíce) a BMI. Byla nalezena nízká statisticky významná korelace mezi věkem respondenta a skórem v dotazníku ORTO-15 ($r_{sp} = 0,292$), EDE-Q ($r_{sp} = -0,336$), 1. subškále Rastraint ($r_{sp} = -0,238$), 3. subškále Shape concern ($r_{sp} = -0,312$), a 4. subškále Weight concern ($r_{sp} = -0,310$). Střední statisticky významná závislost je patrná mezi věkem respondenta a 2. subškálou Eating concern ($r_{sp} = -0,468$). Mezi frekvencí tanečních aktivit a skórem dotazníku ORTO-15 ($r_{sp} = -0,166$) a EDE-Q ($r_{sp} = 0,174$) byla nalezena slabá statisticky významná závislost, ta je popsána i v následující kapitole u ověřování hypotézy 4.

Tabulka 13: Popis výsledků dotazníku ORTO-15, dotazníku EDE-Q a jeho subškál v závislosti na věku, frekvenci tanečních aktivit a BMI

		Věk	Frekvence tanečních aktivit	BMI
ORTO-15	r_{Sp}	0,292	-0,166	0,100
	p	< .001	0,003	0,076
EDE-Q	r_{Sp}	-0,336	0,174	0,083
	p	< .001	0,002	0,142
1. subškála: Restraint	r_{Sp}	-0,238	0,134	0,059
	p	< .001	0,017	0,295
2. subškála: Eating concern	r_{Sp}	-0,468	0,165	-0,038
	p	< .001	0,003	0,506
3. subškála: Shape concern	r_{Sp}	-0,312	0,183	0,100
	p	< .001	0,001	0,076
4. subškála: Weight concern	r_{Sp}	-0,310	0,174	0,110
	p	< .001	0,002	0,052

Zdroj: vlastní výzkum (N = 314)

6.2 Ověřování hypotéz

H1: Existuje rozdíl mezi tanečními styly ve skóre dotazníku EDE-Q.

Grupovací proměnnou u této hypotézy tvořily taneční styly, závislou proměnnou zde bylo skóre v dotazníku EDE-Q. K ověření rozdílu mezi skupinami byla provedena Kruskal-Wallisova ANOVA.

Tabulka 14: Deskriptivní statistiky skóru EDE-Q a výsledek Kruskal-Wallisovy ANOVY

Taneční styl	N	Průměr	Medián	Sm. odch.	χ^2	df	p
Klasický tanec	20	2,31	2,17	1,28	4,54	3	0,209
Moderní tanec	192	1,80	1,43	1,56			
Street dance	75	1,80	1,23	1,60			
Latinskoamerické tance	27	1,39	0,98	1,05			

Zdroj: vlastní výzkum (N = 314)

Nebyly nalezeny statisticky významné rozdíly mezi jednotlivými tanečními styly ve skórech EDEQ, to ukazuje hodnota $p = 0,209$ ($X^2=4,54$). Nenašli jsme dostatečně přesvědčivé důkazy, alternativní hypotézu „Existuje rozdíl mezi tanečními styly ve skóre dotazníku EDE-Q“ tedy nelze přijmout. Hypotéza číslo 1 o rozdílech v dotazníku EDE-Q mezi tanečními styly se nepotvrdila. Nulovou hypotézu „Neexistuje rozdíl mezi tanečními styly ve skóre dotazníku EDE-Q“ přijímáme.

Při porovnání tanečních stylů v jednotlivých subškálách dotazníku EDE-Q byl nalezen statisticky významný rozdíl v subškále 2 – Eating concern (Obavy týkající se stravování), to ukazuje tabulka č. 15. Rozdíly byly patrné především při porovnání tanečníků latinskoamerických tanců s tanečníky moderního a klasického tance, toto srovnání lze pozorovat v tabulce č. 16. Nicméně tyto rozdíly byly vzhledem k celkovému skóre zanedbatelné.

Tabulka 15: Výsledek Kruskal-Wallisovy ANOVY subškál dotazníku EDE-Q

EDE-Q subškály	χ^2	df	p
1. subškála: Restraint	5,92	3	0,115
2. subškála: Eating concern	13,66	3	0,003
3. subškála: Shape concern	4,30	3	0,231
4. subškála: Weight concern	4,37	3	0,224

Zdroj: vlastní výzkum (N = 314)

Tabulka 16: Párová srovnání výsledku Kruskal-Wallisovy ANOVY subškály Eating concern dotazníku EDE-Q

Taneční styly		W	p
Klasický tanec	Moderní tanec	-1.08	0,870
Klasický tanec	Street dance	-1.79	0,583
Klasický tanec	Latinskoamerické tance	-4.45	0,009
Moderní tanec	Street dance	-1.42	0,745
Moderní tanec	Latinskoamerické tance	-4.90	0,003
Street dance	Latinskoamerické tance	-3.57	0,057

Zdroj: vlastní výzkum (N=314)

H2: Existuje rozdíl mezi tanečními styly ve skóre dotazníku ORTO-15.

Grupovací proměnnou u této hypotézy tvořily taneční styly, závislou proměnnou zde bylo skóre v dotazníku ORTO-15. K ověření rozdílu mezi skupinami byla provedena Kruskal-Wallisova ANOVA.

Zde je třeba připomenout nestandardní škálování dotazníku ORTO-15, kdy vyšší hodnoty značí nižší míru patologie.

Tabulka 17: Deskriptivní statistiky skóru ORTO-15 a výsledek Kruskal-Wallisovy ANOVY

Taneční styl	N	Průměr	Medián	Sm. odch.	χ^2	df	p
Klasický tanec	20	36,20	35,50	3,14	15,95	3	0,001
Moderní tanec	192	36,88	37,00	3,52			
Street dance	75	37,08	37,00	2,87			
Latinskoamerické tance	27	39,48	41,00	2,85			

Zdroj: vlastní výzkum (N = 314)

Byly nalezeny statisticky významné rozdíly mezi jednotlivými tanečními styly ve skórech ORTO-15, to ukazuje hodnota $p = 0,001$ ($X^2=15,95$). Nulovou hypotézu „Neexistuje

rozdíl mezi tanečními styly ve skóre dotazníku ORTO-15“ zamítáme a přijímáme hypotézu alternativní „Existuje rozdíl mezi tanečními styly ve skóre dotazníku ORTO-15“. Hypotéza číslo 2 o rozdílech v dotazníku ORTO-15 mezi tanečními styly se potvrdila.

Při porovnání tanečních stylů v dotazníku ORTO-15 byly rozdíly patrné především při porovnání tanečníků latinskoamerických tanců s ostatními tanečníky, to ukazuje tabulka č. 18.

Tabulka 18: *Párová srovnání výsledku Kruskal-Wallisovy ANOVY dotazníku ORTO-15*

Taneční styly		W	p
Klasický tanec	Moderní tanec	1,229	0,821
Klasický tanec	Street dance	1,817	0,573
Klasický tanec	Latinskoamerické tance	4,640	0,006
Moderní tanec	Street dance	0,923	0,915
Moderní tanec	Latinskoamerické tance	5,148	0,002
Street dance	Latinskoamerické tance	4,789	0,004

Zdroj: vlastní výzkum (N = 314)

H3: Existuje rozdíl mezi pohlavími ve skóre dotazníku EDE-Q.

Grupovací proměnnou u této hypotézy bylo pohlaví tanečníků, závislou proměnnou zde bylo skóre v dotazníku EDE-Q. K ověření rozdílu mezi dvěma skupinami byl proveden Mann-Whitney U test.

Tabulka 19: *Deskriptivní statistiky skóru EDE-Q a výsledek Mann-Whitney U testu*

Pohlaví	N	Průměr	Medián	Sm. Odch.	U	P
muž	19	0,71	0,42	0,84	1421	< 0,001
žena	295	1,87	1,52	1,53		

Zdroj: vlastní výzkum (N = 314)

Byly nalezeny statisticky významné rozdíly mezi muži a ženami ve skórech EDE-Q, to ukazuje hodnota $p < 0,001$. Nulovou hypotézu „Neexistuje rozdíl mezi pohlavími ve skóre dotazníku EDE-Q“ zamítáme a přijímáme hypotézu alternativní „Existuje rozdíl mezi pohlavími ve skóre dotazníku EDE-Q“. Hypotéza číslo 3 o rozdílech v dotazníku EDE-Q mezi pohlavími se potvrdila.

H4: Existuje vztah mezi počtem hodin tanečních tréninků a skórem v dotazníku EDE-Q.

K ověření korelace mezi počtem hodin tanečních tréninků a skórem v dotazníku EDE-Q byl proveden Spearmanův korelační koeficient.

Tabulka 20: Deskriptivní statistiky frekvence tanečních aktivit, skóru EDE-Q a výsledek Spearmanova korelačního koeficientu

	Taneční styl	N	Průměr	Medián	Sm. odch.	r_{Sp}	p
Frekvence tanečních aktivit	Klasický tanec	20	52,00	28,50	53,20		
	Moderní tanec	192	29,50	20,00	26,00		
	Street dance	75	21,80	20,00	16,60		
	Latinskoamerické tance	27	19,20	10,00	19,70		
						0,174	0,002
EDE-Q	Klasický tanec	20	2,31	2,17	1,28		
	Moderní tanec	192	1,80	1,43	1,56		
	Street dance	75	1,80	1,23	1,60		
	Latinskoamerické tance	27	1,39	0,98	1,05		

Zdroj: vlastní výzkum (N = 314)

Byla nalezena slabá statisticky významná závislost mezi počtem hodin tanečních tréninků a skórem v dotazníku EDE-Q, to ukazuje Spearmanův korelační koeficient $r_{Sp} = 0,174$; $p < 0,001$. Nulovou hypotézu: „Neexistuje vztah mezi počtem hodin tanečních tréninků a skórem v dotazníku EDE-Q“ zamítáme a přijímáme hypotézu alternativní „Existuje vztah mezi počtem hodin tanečních tréninků a skórem v dotazníku EDE-Q“.

Hypotéza číslo 4 o vztahu mezi počtem hodin tanečních tréninků a skórem v dotazníku EDE-Q se potvrdila, mezi proměnnými je pozitivní korelace.

H5: Skór Rosenbergovy škály sebehodnocení koreluje se skórem dotazníku EDE-Q.

K ověření korelace mezi skórem v Rosenbergově škále sebehodnocení a skórem v dotazníku EDE-Q byl proveden Spearmanův korelační koeficient.

Tabulka 21: Deskriptivní statistiky skóru EDE-Q, skóru RSES a výsledek Spearmanova korelačního koeficientu

	Taneční styl	N	Průměr	Medián	Sm. odch.	r_{sp}	p
EDE-Q	Klasický tanec	20	2,31	2,17	1,28	-0,652	< 0,001
	Moderní tanec	192	1,80	1,43	1,56		
	Street dance	75	1,80	1,23	1,60		
	Latinskoamerické tance	27	1,39	0,98	1,05		
RSES	Klasický tanec	20	23,40	22,50	5,58		
	Moderní tanec	192	25,30	24,00	6,43		
	Street dance	75	25,60	25,00	5,87		
	Latinskoamerické tance	27	32,00	34,00	4,37		

Zdroj: vlastní výzkum (N = 314)

Byla nalezena střední závislost mezi skórem v Rosenbergově škále sebehodnocení a skórem v dotazníku EDE-Q, to ukazuje Spearmanův korelační koeficient $r_{sp} = -0,652$. Nulovou hypotézu: „Skór Rosenbergovy škály sebehodnocení nekoreluje se skórem dotazníku EDE-Q“ zamítáme a přijímáme hypotézu alternativní: „Skór Rosenbergovy škály sebehodnocení koreluje se skórem dotazníku EDE-Q“. Hypotéza číslo 5 o vztahu mezi skórem v Rosenbergově škále sebehodnocení a skórem v dotazníku EDE-Q se potvrdila, mezi proměnnými je negativní korelace.

H6: Skór Rosenbergovy škály sebehodnocení koreluje se skórem dotazníku ORTO-15.

K ověření korelace mezi skórem v Rosenbergově škále sebehodnocení a skórem v dotazníku ORTO-15 byl proveden Spearmanův korelační koeficient.

Zde je třeba připomenout nestandardní škálování dotazníku ORTO-15, kdy vyšší hodnoty značí nižší míru patologie.

Tabulka 22: Deskriptivní statistiky skóru ORTO-15, skóru RSES a výsledek Spearmanova korelačního koeficientu

	Taneční styl	N	Průměr	Medián	Sm. odch.	r_{Sp}	p
ORTO-15	Klasický tanec	20	36,20	35,50	3,14	0,278	< 0,001
	Moderní tanec	192	36,88	37,00	3,52		
	Street dance	75	37,08	37,00	2,87		
	Latinskoamerické tance	27	39,48	41,00	2,85		
RSES	Klasický tanec	20	23,40	22,50	5,58	0,278	< 0,001
	Moderní tanec	192	25,30	24,00	6,43		
	Street dance	75	25,60	25,00	5,87		
	Latinskoamerické tance	27	32,00	34,00	4,37		

Zdroj: vlastní výzkum (N = 314)

Byla nalezena nízká statisticky významná závislost mezi skórem v Rosenbergově škále sebehodnocení a skórem v dotazníku ORTO-15, to ukazuje Spearmanův korelační koeficient $r_{Sp} = 0,278$; $p < 0,001$. Nulovou hypotézu „Skór Rosenbergovy škály sebehodnocení nekoreluje se skórem dotazníku ORTO-15“ zamítáme a přijímáme hypotézu alternativní „Skór Rosenbergovy škály sebehodnocení koreluje se skórem dotazníku ORTO-15“. Hypotéza číslo 6 o vztahu mezi skórem v Rosenbergově škále sebehodnocení a skórem v dotazníku ORTO-15 se potvrdila.

7 Diskuze

Jak již bylo zmíněno, tanečníci jsou považováni za rizikovou skupinu pro rozvoj PPP (Anshel, 2004; Baraníková & Nesrstová, 2005; Fuentes et al., 2009; Ribeiro & Veiga, 2010; Solomon & Solomon, 1996). Studie naznačují, že existují rozdíly ve výskytu PPP mezi jednotlivými tanečními styly a výkonnostními kategoriemi (Arcelus et al., 2014; Diogo et al., 2016; Swami & Tovée, 2009). Cílem této práce bylo zjistit, zda existuje rozdíl mezi tanečníky různých tanečních stylů v míře patologického stravování. Zároveň byl u tanečníků mapován výskyt specifické formy patologického stravování, kterou je ortorexie. Současně bylo také cílem zjistit vztah mezi narušeným stravováním a sebehodnocením tanečníků.

První výzkumná otázka se zabývala vztahem mezi provozovaným tanečním stylem a přítomností patologického stravování. K posouzení přítomnosti PPP sloužil celkový skóre dotazníku EDE-Q, jehož výše vyjadřuje pravděpodobnost výskytu PPP. První hypotéza předpokládá, že existuje rozdíl mezi tanečními styly ve skóre dotazníku EDE-Q. Statistický test mezi tanečními styly významné rozdíly neprokázal, což nekoresponduje s výsledky dříve zmíněných studií (Arcelus et al., 2014; García Dantas et al., 2013; Diogo et al., 2016; Vaquero et al., 2017). Naopak existují studie (Kalyva et al., 2021; Schluger, 2010; Toro et al., 2009), které dospěly k podobným závěrům a rozdíly mezi tanečními styly také neprokázaly.

Hypotéza číslo 2 ověřuje, zda existuje rozdíl mezi tanečními styly ve skóre dotazníku ORTO-15. K posouzení přítomnosti ortorexie sloužil skóre dotazníku ORTO-15, jehož nižší hodnota vyjadřuje vyšší pravděpodobnost výskytu ortorexie. Mezi tanečními styly byly nalezeny statisticky významné rozdíly v ortorektickém chování. Nejnižší ortorektické tendence vykazovali tanečníci latinskoamerických tanců.

Druhá výzkumná otázka se zaměřovala na vztah mezi sociodemografickými údaji tanečníka a patologickým stravováním. K posouzení přítomnosti PPP sloužil opět celkový skóre dotazníku EDE-Q, jehož výše vyjadřuje pravděpodobnost výskytu PPP. První hledisko zprostředkovávající rozdíl ve výskytu PPP bylo pohlaví respondenta. Hypotéza číslo 3 předpokládá, že existuje rozdíl mezi pohlavími ve skóre dotazníku EDE-Q. Tato hypotéza byla potvrzena, byly nalezeny signifikantní rozdíly mezi muži a ženami ve výskytu PPP. Podstatně vyšší symptomatologii PPP vykazovaly ženy, to je v souladu s aktuálními výzkumy zaměřujícími se na výskyt PPP u taneční (Mathisen et al., 2022) i netaneční populace (Galmiche et al., 2019).

Dalším hlediskem byla frekvence tanečních aktivit. Hypotéza číslo 4 ověřovala, zda existuje vztah mezi počtem hodin tanečních tréninků a skórem v dotazníku EDE-Q. Hypotéza byla potvrzena, statistický test prokázal slabou korelaci mezi těmito proměnnými. To podporuje výsledky ostatních studií, které uvádějí, že počet hodin tanečního tréninku může hrát roli při vzniku PPP u tanečníků. Tento předpoklad je zdůvodněn především tím, že intenzivní trénink v oblasti, kde být štíhlejší a lehčí přináší výkonnostní výhody, může zvýšit riziko PPP (Nordin-Bates et al., 2011). Tyto potenciální prediktory PPP jsou však v tanečním prostředí velmi různorodé, v závislosti na tanečním stylu a výkonnostní úrovni (Benn & Walters, 2001; Tseng et al., 2007). Proto by bylo přínosné budoucí zkoumání směřovat na konkrétní rizikové faktory tanečního prostředí a jejich porovnání dle tanečních stylů.

Třetí výzkumná otázka se zaměřila na vztah mezi sebehodnocením tanečníka a patologickým stravováním. Hypotéza číslo 5 předpokládá, že skóre Rosenbergovy škály sebehodnocení (RSES) koreluje se skórem dotazníku EDE-Q. Mezi úrovní sebehodnocení a mírou symptomů PPP byla nalezena střední závislost. Tato korelace je negativní, tedy nižší sebehodnocení je spojováno s vyšším rizikem vzniku PPP. Tyto výsledky podporují tvrzení, že nízké sebehodnocení působí jako univerzální rizikový faktor pro patogenezi různých typů PPP (Colmsee et al., 2021). Hypotéza číslo 6 ověřovala vztah mezi skórem Rosenbergovy škály sebehodnocení a skórem dotazníku ORTO-15. Prostřednictvím dotazníku ORTO-15 byly u tanečníků měřeny ortorektické tendence. Tato hypotéza se potvrdila, mezi proměnnými byla nalezena nízká závislost. Obdobně jako u předchozí hypotézy, nižší sebevědomí bylo spjato s vyšší tendencí vzniku ortorexie. To koresponduje se studií Oberle et al. (2017), ve které bylo shledáno nižší sebehodnocení jako prediktor ortorexie u obecně cvičící populace. Jeden z přínosů mé práce spočívá v nalezení této informace i v tomto specifickém poodsoboru tanečníků.

Z celkového počtu respondentů (N = 314) dle dotazníku ORTO-15 vykazovalo 233 (74,2 %) respondentů ortorektické tendence, které se nejvíce objevovaly u tanečníků klasického tance. Tyto výsledky podporují závěr metaanalýzy 24 studií, která ukázala celkovou prevalenci ortorexie u cvičících osob 55,3 % (Hafstad et al., 2023). Výsledky korespondují také se studií Szöllösi a Prievara (2021), kteří uvádějí riziko vzniku mentální ortorexie u tanečníků 80 %.

Symptomy PPP dle dotazníku EDE-Q vykazovalo 32 (10,2 %) tanečníků, nejčastěji byly patrné u tanečníků moderního tance. Zároveň ale, jak již bylo zmíněno, rozdíl mezi

tanečními styly nebyly statisticky významné. K podobným výsledkům dospěl ve své studii také Schluger (2010). Toto zjištění je však v rozporu s výsledky studií (Arcelus et al., 2014; Diogo et al., 2016), které pozorovaly nejčastější riziko PPP u baletních tanečníků.

Nad rámec uvedených výzkumných otázek byly také zohledněny některé sociodemografické proměnné ve vztahu k výskytu PPP. Jedním z nich byla výkonnostní úroveň tanečníka, oproti mírně pokročilým tanečníkům byly vyšší tendence ke vzniku ortorexie zaznamenány u pokročilých tanečníků. Nižší tendence vzniku PPP vykazovali tanečníci, kteří tanec vyučují a je pro ně zdrojem finančního příjmu. Naopak vyšší riziko vzniku PPP vykazovali tanečníci, pro které tanec není zdrojem finančního příjmu. To podporuje výsledky studie Raval di et al. (2003), kteří dospěli k závěru, že PPP se hojně vyskytuje i u tanečníků na neprofesionální úrovni.

Pokud se zaměříme na limity provedeného výzkumu, je třeba zmínit nedostatečně vyrovnaný soubor z hlediska zastoupení respondentů v jednotlivých tanečních stylech. Dalším úskalím je získávání dat formou dotazníků založených na sebesouzení. U zvolených dotazníků je také problematické stanovení mezní hranice. U dotazníku ORTO-15 je bodová hranice 40 často důvodem nadhodnocené prevalence ortorexie (Clifford & Blyth 2018). Obecně je ortorexie a její diagnostické metody zdrojem diskusí, jelikož stále neexistuje oficiální definice ani validizovaná diagnostická kritéria (Brytek-Matera, 2012). Další výzkumné tendence by tedy měly být směřovány na vytvoření spolehlivých kritérií a na jejich základě také zvolení vhodného validního nástroje k měření těchto patologických tendencí.

Závěrem lze říci, že tato studie poskytuje cenné poznatky o PPP u tanečníků různých tanečních stylů a výkonnostních úrovní. Tato studie také zdůrazňuje, že problematika PPP se týká nejen tanečníků na profesionální úrovni, ale i amatérů, kteří jsou ohroženi rozvojem těchto poruch.

8 Závěr

Tato bakalářská práce zprostředkovala vhled do problematiky PPP u tanečníků různých tanečních stylů. Studie pracovala s širším pohledem na spektrum PPP a zařadila mezi ně také fenomén ortorexie. Pro měření výskytu PPP byl vybrán hojně používaný dotazník EDE-Q. Ortorektické tendence byly měřeny dotazníkem ORTO-15. Ve výzkumném souboru byly zaznamenány symptomy PPP u 10,2 % tanečníků. Ortorektické tendence vykazovalo 74,2 % respondentů. Symptomy patologického stravování byly pozorovány v závislosti na provozovaném tanečním stylu, výkonnostní kategorii a některých sociodemografických údajích. Zároveň práce nahlížela na korelaci mezi sebehodnocením tanečníka a patologickým stravováním. Sebehodnocení bylo měřeno prostřednictvím Rosenbergovy škály sebehodnocení. Výsledky studie podporují tvrzení, že nízké sebehodnocení působí jako univerzální rizikový faktor pro patogenezi různých typů PPP (Colmsee et al., 2021).

Výsledky této práce přinesly následující poznatky:

- Mezi jednotlivými tanečními styly nebyly nalezeny statisticky významné rozdíly ve výskytu PPP.
- Mezi jednotlivými tanečními styly byly nalezeny statisticky významné rozdíly ve výskytu ortorexie. Nejnižší ortorektické tendence vykazují tanečníci latinskoamerických tanců a nejvyšší tanečníci klasického tance.
- Vyšší riziko vzniku PPP vykazují ženy.
- Počet hodin tanečního tréninku pozitivně koreluje s mírou výskytu symptomů PPP.
- Tendence vzniku ortorexie vykazovali více tanečníci na vyšší výkonnostní úrovni.
- V porovnání s profesionálními tanečníky (pro které je jejich taneční působení alespoň částečně zdrojem finančního příjmu) symptomy PPP vykazovali častěji amatérští tanečníci.

9 Souhrn

Zaměřit se na problematiku PPP u tanečníků je důležité, jelikož svět tance zahrnuje několik prvků prostředí, které utvářejí vztah tanečníka ke svému tělu a přispívají ke specifickému diskurzu, který ho obklopuje. V porovnání s kontrolními skupinami, které netancují, dosahují tanečníci vyššího skóre v měřeních PPP, nespokojenosti s tělem, a mají vyšší poruchy v chování při kontrole hmotnosti a v postojích k jídlu (Solomon & Solomon, 1996). Vyšší riziko vzniku PPP u tanečníků je dle studií připisováno (kromě jiných faktorů) také osobnostním rysům tanečníků, jako je perfekcionismus, nízký self-esteem a vysoké nároky na sebe sama (Anshel, 2004; Arcelus et al., 2014; Penniment & Egan, 2012; Ringham et al., 2006; Thomas et al., 2005).

Podle výsledků meta-analýzy 33 studií z let 1966–2013 Arcelus et al. (2014) uvádí, že celková prevalence PPP u všech tanečníků byla zjištěna na úrovni 12 %. Tanečníci obecně mají více než dvojnásobné riziko vzniku PPP a více než trojnásobné riziko vzniku mentální anorexie a poruchy příjmu potravy nespecifikované než netanečníci. Nejvíce ohroženou skupinou jsou baletní tanečníci. Pokud se studie zaměřily na všechny tanečníky vs. netanečníky, je třeba poznamenat, že populace tanečníků je obvykle velmi různorodá (balet, moderní tanec, latinskoamerické tance atd.), než aby bylo možné dospět k jednoznačným závěrům. Proto hlavním cílem této práce bylo zjistit, jaký je vztah mezi provozovaným tanečním stylem a symptomatologií PPP. Zároveň byl u tanečníků zmapován výskyt již zmiňované nové formy narušeného stravování, kterou je ortorexie. Současně bylo také cílem ověřit vztah mezi symptomy PPP a nízkým sebehodnocením tanečníků.

Práce využívá kvantitativní design, data byla získána formou dotazníků EDE-Q, ORTO-15 a Rosenbergovy škály sebehodnocení. Výzkumný soubor tvořilo celkem 314 tanečníků, kteří aktivně trénují. Mezi respondenty se nacházeli tanečníci klasického tance, moderního tance, street dance a tanečníci latinskoamerických tanců. Výzkumu se zúčastnili ženy i muži ve věku 13–61 let.

K posouzení přítomnosti PPP sloužil celkový skór dotazníku EDE-Q, jehož výše vyjadřuje pravděpodobnost výskytu PPP. První hypotéza předpokládá, že existuje rozdíl mezi tanečními styly ve skóre dotazníku EDE-Q. Statistický test mezi tanečními styly významné rozdíly neprokázal, což nekoresponduje s výsledky dříve zmíněných studií (Arcelus et al., 2014; García Dantas et al., 2013; Diogo et al., 2016; Vaquero et al., 2017).

Rozdíl mezi tanečními styly ve výskytu ortorexie ukazovalo skóre dotazníku ORTO-15. Mezi tanečními styly byly nalezeny statisticky významné rozdíly v ortorektickém chování. Nejnižší ortorektické tendence vykazovali tanečníci latinskoamerických tanců, naopak nejvyšší hodnoty vykazovali tanečníci klasického tance. Mezi pohlavími byly nalezeny signifikantní rozdíly ve výskytu PPP. Ačkoliv se PPP mužům nevyhýbá, podstatně vyšší symptomatologii PPP vykazovaly ženy, to je v souladu s aktuálními výzkumy zaměřujícími se na výskyt PPP nejen u taneční populace (Mathisen et al., 2022; Galmiche et al., 2019).

Mezi úrovní sebehodnocení a mírou symptomů PPP byla nalezena závislost. Tato korelace je negativní, tedy nižší sebehodnocení je spojováno s vyšším rizikem vzniku PPP. Tyto výsledky podporují tvrzení, že nízké sebehodnocení působí jako univerzální rizikový faktor pro patogenezi různých typů PPP (Colmsee et al., 2021).

Nižší tendence vzniku PPP vykazovali tanečníci, kteří tanec vyučují a je pro ně zdrojem finančního příjmu. Naopak vyšší riziko vzniku PPP vykazovali tanečníci, pro které tanec není zdrojem finančního příjmu. To podporuje výsledky studie Raval di et al. (2003), kteří dospěli k závěru, že PPP se hojně vyskytují i u tanečníků na neprofesionální úrovni. Tato práce poskytuje cenné poznatky o PPP u tanečníků různých tanečních stylů a výkonnostních úrovní. Studie také zdůrazňuje, že problematika PPP se týká nejen tanečníků na profesionální úrovni (Grajek et al., 2022; Hamilton et al., 1985), ale i amatérů, kteří jsou ohroženi rozvojem těchto poruch.

Seznam literatury

Ambruzová, O. (2001). *Balet a jeho repertoár*. Nakladatelství JUDr. Vladimír Ambruz.

Annus, A. M., & Smith, G. T. (2008). Learning experiences in dance class predict adult eating disturbance. *European Eating Disorders Review*, 17(1), 50–60. <https://doi.org/10.1002/erv.899>

Anshel, M. H. (2004). Sources of Disordered Eating Patterns between Ballet Dancers and Non-Dancers. *Journal of Sport Behavior*, 27(2), 115–133. <https://psycnet.apa.org/record/2004-14513-001>

Aquino, C. F., Cardoso, V. A., Machado, N. C., Franklin J. S., & Augusto, V. G. (2010). Análise da relação entre dor lombar e desequilíbrio de força muscular em bailarinas. *Fisioterapia em Movimento*, 23(3), 399–408. <https://doi.org/10.1590/S0103-51502010000300007>

Arcelus, J., Witcomb, G. L., & Mitchell, A. (2014). Prevalence of eating disorders amongst dancers: a systemic review and meta-analysis. *European Eating Disorders Review*, 22 (2), 92–101. <https://doi.org/10.1002/erv.2271>

Arusoğlu G., Kabakçı E., Köksal G., & Kutluay Merdol T. (2008). Orthorexia Nervosa and Adaptation of ORTO-11 into Turkish. *Turkish Journal of Psychiatry*, 19 (3), 283–291.

Avena, N. M., & Bocarsly, M. E. (2012). Dysregulation of brain reward systems in eating disorders: Neurochemical information from animal models of binge eating, bulimia nervosa, and anorexia nervosa. *Neuropharmacology*, 63(1), 87–96. <https://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2011.11.010>

Baraníková, M. Z., & Nesrstová, P. M. (2005). Naše zkušenosti s diagnostikou a léčbou atypických forem mentální anorexie olanzapinem u dětí a adolescentů. *Psychiatrie pro praxi*, 6, 282–284. <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2005/06/03.pdf>

Bartel, S. J., Sherry, S. B., Farthing, G. R., & Stewart, S. H. (2020). Classification of Orthorexia Nervosa: Further evidence for placement within the eating disorders spectrum. *Eating Behaviors*, 38. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2020.101406>

Benn, T., & Walters, D. (2001). Between Scylla and Charybdis. Nutritional education versus body culture and the ballet aesthetic: The effects on the lives of female dancers. *Research in Dance Education*, 2(2), 139–154. <https://doi.org/10.1080/14647890120100773>

Berger, B., & Owen, D. R. (1988). Stress Reduction and Mood Enhancement in Four Exercise Modes: Swimming, Body Conditioning, Hatha Yoga, and Fencing. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 59(2), 148–159. <https://doi.org/10.1080/02701367.1988.10605493>

Blatný, M. (2010). *Psychologie osobnosti: hlavní témata, současné přístupy*. Grada.

Blatný, M., & Osecká, L. (1994). Rosenbergova škála sebehodnocení: struktura globálního vztahu k sobě. *Československá psychologie*, 38, 481–488.

Blížkovská, J. (1999). *Úvod do taneční terapie*. Masarykova univerzita.

Bosi, A. T. B., Çamur, D., & Güler, Ç. (2007). Prevalence of orthorexia nervosa in resident medical doctors in the faculty of medicine (Ankara, Turkey). *Appetite*, 49(3), 661–666. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2007.04.007>

Bóna, E., Erdész, A., & Túry, F. (2021). Low self-esteem predicts orthorexia nervosa, mediated by spiritual attitudes among frequent exercisers. *Eating and Weight Disorders Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 26, 2481–2489. <https://doi.org/10.1007/s40519-020-01095-z>

Branden, N. (2000). *The psychology of self-esteem a revolutionary approach to self-understanding that launched a new era in modern psychology*. Jossey-Bass.

Bratman, S., & Knight, D. (2000). *Health Food Junkies*. Broadway Books.

Brytek-Matera, A. (2012). Orthorexia nervosa – an eating disorder, obsessive- -compulsive disorder or disturbed eating habit? *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 14(1), 55-60.

Clifford, T., & Blyth, C. (2018). A pilot study comparing the prevalence of orthorexia nervosa in regular students and those in University sports teams. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 24(3), 473-480. <https://doi.org/10.1007/s40519-018-0584-0>

Colmsee, I. O., Hank, P., & Bošnjak, M. (2021). Low Self-Esteem as a Risk Factor for Eating Disorders. *Zeitschrift Fur Psychologie-Journal of Psychology*, 229(1), 48–69. <https://doi.org/10.1027/2151-2604/a000433>

Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (1987). The eating disorder examination: A semi-structured interview for the assessment of the specific psychopathology of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 6(1), 1–8. [https://doi.org/10.1002/1098108X\(198701\)6:1%3C1::AIDEAT2260060102%3E3.0.CO;2-9](https://doi.org/10.1002/1098108X(198701)6:1%3C1::AIDEAT2260060102%3E3.0.CO;2-9)

De Bruin, A., Bakker, F. C., & Oudejans, R. R. (2009). Achievement goal theory and disordered eating: Relationships of disordered eating with goal orientations and motivational climate in female gymnasts and dancers. *Psychology of Sport and Exercise*, 10(1), 72–79. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2008.07.002>

Degen, M. (2003). *Společenský tanec ve dvacátém století: zejména v Čechách a částečně i na Moravě a Slovensku*. Plamínek.

Diogo, M. M., De Oliveira Ribas, G. G., & Skare, T. L. (2016). Frequency of pain and eating disorders among professional and amateur dancers. *Sao Paulo Medical Journal*, 134(6), 501–507. <https://doi.org/10.1590/1516-3180.2016.0077310516>

Donini, L. M., Marsili, D., Graziani, M. P., Imbriale, M., & Cannella, C. (2004). Orthorexia nervosa: A preliminary study with a proposal for diagnosis and an attempt to measure the

dimension of the phenomenon. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia Bulimia and Obesity*, 9(2), 151–157. <https://doi.org/10.1007/bf03325060>

Doria, N., & Numer, M. (2022). Dancing in a culture of disordered eating: A feminist poststructural analysis of body and body image among young girls in the world of dance. *PLOS ONE*, 17(1), e0247651. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247651>

Dosedlová, J. (2012). *Role tance v dějinách lidstva a v současné psychoterapii. Terapie tancem* (1.vyd.). Grada Publishing.

Druss, R. G., & Silverman, J. H. (1979). Body image and perfectionism of ballerinas. *General Hospital Psychiatry*, 1 (2), 115–121. [https://doi.org/10.1016/0163-8343\(79\)90056-2](https://doi.org/10.1016/0163-8343(79)90056-2)

Dunn, T. M., & Bratman, S. (2016). On orthorexia nervosa: A review of the literature and proposed diagnostic criteria. *Eating Behaviors*, 21, 11–17. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2015.12.006>

Faltus, F. (2007). Je syndrom nočního přejídání skutečně poruchou příjmu potravy? *Čes. a Slov. Psychiatr*, 103, 40-41.

Fairburn, C. G. (2008). Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q 6.0). In Fairburn C. G. (Ed.), *Cognitive behavior therapy and eating disorders* (s. 309-313). Guilford Press.

Fairburn, C. G., & Brownell, K. D. (2005). *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook*. Guilford Press.

Fialová, L. (2001). *Body image jako součást sebepojetí člověka*. Karolinum.

Fisher, M. (2003). The course and outcome of eating disorders in adults and in adolescents: a review. *Adolescent Medicine Clinics*, 14 (1), 149–158.

Fuentes, R. E., Pérez, R. E., & Portiño, C. M. (2009). Danza profesional: una revisión desde la salud laboral. *Revista española de salud pública*, 83(4), 519-532. https://scielo.isciii.es/pdf/resp/v83n4/revision_bibliografica.pdf

Furnham, A., Badmin, N., & Sneade, I. (2002). Body Image Dissatisfaction: Gender Differences in Eating Attitudes, Self-Esteem, and Reasons for Exercise. *The Journal of Psychology*, 136(6), 581–596. <https://doi.org/10.1080/00223980209604820>

Galmiche, M., Déchelotte, P., Lambert, G., & Tavolacci, M. (2019). Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: a systematic literature review. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 109(5), 1402–1413. <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqy342>

García Dantas, A., Río Sánchez, C., Avargues Navarro, M.L., Borda Mas, M., Sánchez Martín, M. (2013). Risk of eating disorders among different dance majors at a dance conservatory. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 9, 69-71. <https://hdl.handle.net/11441/130692>

Garner, D. M., & Garfinkel, P. E. (1980). Socio-cultural factors in the development of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 10 (4), 647–656. <https://doi.org/10.1017/s0033291700054945>

Gleaves, D. H., Graham, E., & Ambwani, S. (2013). Measuring “Orthorexia”: Development of the Eating Habits Questionnaire. *The International Journal of Educational and Psychological Assessment*, 12 (2), 1-18.

Gordon, K. H., Holm-Denoma, J. M., Douglas, V. J., Crosby, R. D., & Wonderlich, S. A. (2018). The classification of eating disorders. In W. S. Agras & A. Robinson (Eds.), *The Oxford handbook of eating disorders* (s. 1–5). Oxford University Press.

Grajek, M., Krupa-Kotara, K., Białek-Dratwa, A., & Sas-Nowosielski, K. (2022). Do students of dance schools show orthorexic behaviours? Research Square. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-1342931/v2>

Guimarães, A. L. S., Arruda, S. P. M., Da Cunha França, A. K. T., & Calado, I. L. (2014). Transtornos alimentares e insatisfação com a imagem corporal em bailarinos. *Revista Brasileira De Medicina Do Esporte*, 20(4), 267–271. <https://doi.org/10.1590/1517-86922014200401399>

Hafstad, S. M., Bauer, J., Harris, A., & Pallesen, S. (2023). The prevalence of orthorexia in exercising populations: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Eating Disorders*, 11(1). <https://doi.org/10.1186/s40337-023-00739-6>

Hamilton, L., Brooks-Gunn, J., & Warren, M. P. (1985). Sociocultural influences on eating disorders in professional female ballet dancers. *International Journal of Eating Disorders*, 4(4), 465–477. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(198511\)4:4%3C465::AID-EAT2260040407%3E3.0.CO;2-0](https://doi.org/10.1002/1098-108X(198511)4:4%3C465::AID-EAT2260040407%3E3.0.CO;2-0)

Herbrich, L., Pfeiffer, E., Lehmkuhl, U., & Schneider, N. (2011). Anorexia athletica in pre-professional ballet dancers. *Journal of Sports Sciences*, 29(11), 1115–1123. <https://doi.org/10.1080/02640414.2011.578147>

Hsu, L. K. (1990). *Eating Disorders*. Guilford Press.

Hui, E., Chui, B. T., & Woo, J. (2009). Effects of dance on physical and psychological well-being in older persons. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 49(1), 45–50. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2008.08.006>

Jin-Sook, O., & Eun-Ju, K. (2016). An Effect of Attitude toward Body Image of Adolescent Dance Majors upon Their Weight Control Behavior and Eating Disorder. *Indian Journal of Science and Technology*, 9, 1-8. <https://doi.org/10.17485/ijst/2016/v9i25/97204>

Kalyva, S., Yannakoulia, M., Koutsouba, M., & Venetsanou, F. (2021). Disturbed eating attitudes, social physique anxiety, and perceived pressure for thin body in professional dancers. *Research in Dance Education*, 1–12. <https://doi.org/10.1080/14647893.2021.1940124>

Kassing, G. (2007). *History of dance: an interactive art approach*. Human Kinetics Publishers.

Kaye, W. H., Frank, G. K., Bailer, U. F., & Henry, S. (2005). Neurobiology of anorexia nervosa: Clinical implications of alterations of the function of serotonin and other neuronal systems. *International Journal of Eating Disorders*, 37(1), 15–19. <https://doi.org/10.1002/eat.20109>

Kloubková, I. (1989). *Výrazový tanec v ČSR* (1.vyd.). Státní pedagogické nakladatelství.

Klump, K. L., Miller, K. B., Keel, P. K., McGue, M., & Iacono, W. G. (2001). Genetic and environmental influences on anorexia nervosa syndromes in a population-based twin sample. *Psychological Medicine*, 31(4), 737-740. <https://doi.org/10.1017/s0033291701003725>

Kosmidou, E., Giannitsopoulou, E., & Moysidou, D. (2017). Social Physique Anxiety and pressure to be thin in adolescent ballet dancers, rhythmic gymnastics and swimming athletes. *Research in Dance Education*, 18(1), 23–33. <https://doi.org/10.1080/14647893.2016.1223027>

Krch, F. (2007). Poruchy příjmu potravy. *Medicina Pro Praxi*, 4(10), 420–422.

Krch, F. D. (2005). *Poruchy příjmu potravy* (2. vyd.). Grada Publishing.

Kröschlová, J. (1964). *Výrazový tanec* (1. vyd.). Orbis.

Lesté, A., & Rust, J. (1990). Effects of dance on anxiety. *American Journal of Dance Therapy*, 12(1), 19–25. <https://doi.org/10.1007/bf00844312>

Lobera, I. J. (2012). *Relevant topics in Eating Disorders*. IntechOpen.

Liu, C., Tseng, M. C. M., Chang, C., Fang, D. D., & Lee, M. K. (2016). Comorbid psychiatric diagnosis and psychological correlates of eating disorders in dance students. *Journal of the*

Formosan Medical Association, 115(2), 113–120. <https://doi.org/10.1016/j.jfma.2015.01.019>

Maraz, A., Király, O., Urbán, R., Griffiths, M. D., & Demetrovics, Z. (2015). Why Do You Dance? Development of the Dance Motivation Inventory (DMI). *PLOS ONE*, 10(3), e0122866. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0122866>

Márquez A. J. J., Márquez A. W. H., & Gómez H. J. C. (2013) Injuries in ballet dancers. *Revista Cubana de Ortopedia & Traumatología*. 27(1), 109-122. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcuborttra/cot-2013/cot131k.pdf>

Mathisen, T. F. F., Sundgot-Borgen, J., Anstensrud, B., & Sundgot-Borgen, J. (2022). Mental health, eating behaviour and injuries in professional dance students. *Research in Dance Education*, 23(1), 108–125. <https://doi.org/10.1080/14647893.2021.1993171>

Mikysková, B. (2021, 20. května). Zdravé tělo – zdravý tanec. *Taneční Aktuality*. <https://www.tanecniaktuality.cz/barbara-mikyskova>

Minuchin, S., Rosman, B. L. & Baker, L. (1978). *Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in Context*. Harvard University Press.

Missbach, B., Hinterbuchinger, B., Dreiseitl, V., Zellhofer, S., Kurz, C., & König, J. (2015). When Eating Right, Is Measured Wrong! A Validation and Critical Examination of the ORTO-15 Questionnaire in German. *PLOS ONE*, 10(8), e0135772. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0135772>

MKN-10: mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize. Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. <https://mkn10.uzis.cz/>

Moroze, R. M., Dunn, T. M., Holland, J. C., Yager, J., & Weintraub, P. (2015). Microthinking About Micronutrients: A Case of Transition From Obsessions About Healthy

Eating to Near-Fatal “Orthorexia Nervosa” and Proposed Diagnostic Criteria. *Psychosomatics*, 56(4), 397–403. <https://doi.org/10.1016/j.psych.2014.03.003>

Murcia, C. Q., Kreutz, G., Clift, S., & Bongard, S. (2010). Shall we dance? An exploration of the perceived benefits of dancing on well-being. *Arts & Health*, 2(2), 149–163. <https://doi.org/10.1080/17533010903488582>

Návrátová, J. & Vašek, R. (2010). *Tanec v České republice* (1.vyd.). Institut umění – Divadelní ústav.

Bettle, N., Bettle, O. Neumärker, K., & Neumärker, U. (2001). Age- and Gender-Related Psychological Characteristics of Adolescent Ballet Dancers. *Psychopathology*, 33 (3), 137–142. <https://doi.org/10.1159/000029135>

Niedzielski, A., & Kaźmierczak-Wojtaś, N. (2021). Prevalence of Orthorexia Nervosa and Its Diagnostic Tools—A Literature Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(10), 5488. <https://doi.org/10.3390/ijerph18105488>

Nordin-Bates, S. M., Walker, I. J., & Redding, E. (2011). Correlates of Disordered Eating Attitudes Among Male and Female Young Talented Dancers: Findings From the UK Centres for Advanced Training. *Eating Disorders*, 19(3), 211–233. <https://doi.org/10.1080/10640266.2011.564976>

Oberle, C. D., Samaghabadi, R. O., & Hughes, E. M. (2017). Orthorexia nervosa: Assessment and correlates with gender, BMI, and personality. *Appetite*, 108, 303–310. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.10.021>

Papežová, H. (2010). *Spektrum poruch příjmu potravy*. Grada.

Payne, H. (2011). *Kreativní pohyb a tanec ve výchově, sociální práci a klinické praxi*. Portál.

Penniment, K. J., & Egan, S. J. (2012). Perfectionism and learning experiences in dance class as risk factors for eating disorders in dancers. *European Eating Disorders Review*, 20(1), 13–22. <https://doi.org/10.1002/erv.1089>

Piran, N. (1999). Eating Disorders: A Trial of Prevention in a High Risk School Setting. *The Journal of Primary Prevention* 20, 75–90. <https://doi.org/10.1023/A:1021358519832>

Price, B. R., & Pettijohn, T. F. (2006). The effect of ballet dance at ire on body and self-perceptions of female dancers. *Social Behavior and Personality*, 34(8), 991–998. <https://doi.org/10.2224/sbp.2006.34.8.991>

Qian, J., Hu, Q., Wan, Y., Li, T., Wu, M., Ren, Z., & Yu, D. (2013). Prevalence of eating disorders in the general population: a systematic review. *Shanghai Archives of Psychiatry*, 25(4), 212-223. <https://doi.org/10.3969%2Fj.issn.1002-0829.2013.04.003>

Radell, S. A., Adame, D. D., Cole, S. P. (2004). The impact of mirrors on body image and classroom performance in female college ballet dancers. *Journal of Dance Medicine & Science*, 8 (2), 47-52.

Ravaldi, C., Vannacci, A., Zucchi, T., Mannucci, E., Cabras, P. L., Boldrini, M., Murciano, L., Rotella, C. M., & Ricca, V. (2003). Eating Disorders and Body Image Disturbances among Ballet Dancers, Gymnasium Users and Body Builders. *Psychopathology*, 36(5), 247–254. <https://doi.org/10.1159/000073450>

Ribeiro, L. G., & Veiga, G. V. D. (2010). Body image and risk behavior for eating disorders in professional ballet dancers. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 16, 99-102. <https://doi.org/10.1590/S1517-86922010000200004>

Rikani, A. A., Choudhry, Z., Choudhry, A. M., Ikram, H., Asgher, M., Kajal, D., Waheed, A., & Mobassarrah, N. J. (2013). A critique of the literature on etiology of eating disorders. *Annals of Neurosciences*, 20(4). <https://doi.org/10.5214/ans.0972.7531.200409>

Ringham, R., Klump, K. L., Kaye, W. H., Stone, D. H., Libman, S., Stowe, S., & Marcus, M. D. (2006). Eating disorder symptomatology among ballet dancers. *International Journal of Eating Disorders*, 39(6), 503–508. <https://doi.org/10.1002/eat.20299>

Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton University Press.

Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the self*. Basic Books.

Rø, Ø., Reas, D. L., & Stedal, K. (2015). Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) in Norwegian Adults: Discrimination between Female Controls and Eating Disorder Patients. *European Eating Disorders Review*, 23(5), 408–412. <https://doi.org/10.1002/erv.2372>

Russell, G., Szmukler, G., Dare, C., & Eisler, I. (1987). An Evaluation of Family Therapy in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 44(12), 1047. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1987.01800240021004>

Scheff, H., Sprague, M., & McGreevy-Nichols, S. (2010). *Exploring Dance Forms and Styles: A Guide to Concert, World, Social, and Historical Dance*. Human Kinetics Publishers.

Schluger, A. E. (2010). Disordered eating attitudes and behaviors in female college dance students: Comparison of modern dance and ballet dance majors. *North American Journal of Psychology*, 12(1), 117–128. <https://psycnet.apa.org/record/2010-07140-010>

Segura-Garcia, C., Ramacciotti, C. E., Rania, M., Aloï, M., Caroleo, M., Bruni, A., Gazzarrini, D., Sinopoli, F., & De Fazio, P. (2015). The prevalence of orthorexia nervosa among eating disorder patients after treatment. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia Bulimia and Obesity*, 20(2), 161–166. <https://doi.org/10.1007/s40519-014-0171-y>

Smolak, L., & Murnen, S. K. (2002). A meta-analytic examination of the relationship between child sexual abuse and eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 31(2), 136–150. <https://doi.org/10.1002/eat.10008>

Smolík, P. (1996). *Duševní a behaviorální poruchy*. Maxdorf.

Solomon, R., & Solomon, J. (1996). *Dance medicine and science bibliography*. J. Michael Ryan Publisher.

Swami, V., & Tovée, M. J. (2009). A comparison of actual-ideal weight discrepancy, body appreciation, and media influence between street-dancers and non-dancers. *Body Image*, 6(4), 304-307. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2009.07.006>

Szászi, B., & Szabó, P. (2021). Dancers' Body: The Examination of Health, Body Satisfaction, Body Attitudes, Eating Attitudes, and Self-Esteem among Dancers. *Dance and Education*, 2(1), 30–54. <https://doi.org/10.46819/tn.2.1.30-54>

Szöllősi, B., & Prievara, D. K. (2021). A túlzásba vitt egészség – Az orthorexia nervosa kockázata táncművészek körében [Health overdone – The risk of orthorexia nervosa among dancers]. *Journal of health promotion, Hungary*, 62 (1), 27–34. <https://doi.org/10.24365/ef.v62i1.650>

Šťábová, J. (2011, únor). Rozumíme současnému tanci? *Taneční zóna*, 15, 16.

Tafarodi, R. W., & Swann, W. C. (1995). Self-Linking and Self-Competence as Dimensions of Global Self-Esteem: Initial Validation of a Measure. *Journal of Personality Assessment*, 65(2), 322–342. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6502_8

Thomas, J. J., Keel, P. K., & Heatherton, T. F. (2005). Disordered eating attitudes and behaviors in ballet students: Examination of environmental and individual risk factors. *International Journal of Eating Disorders*, 38(3), 263–268. <https://doi.org/10.1002/eat.20185>

Toro, J., Guerrero, M., Sentis, J., Castro, J., & Puértolas, C. (2009). Eating disorders in ballet dancing students: Problems and risk factors. *European Eating Disorders Review*, 17 (1), 40–49. <https://doi.org/10.1002/erv.888>

Tseng, M., Fang, D., Lee, M., Chie, W., Liu, J., & Chen, W. (2007). Two-phase survey of eating disorders in gifted dance and non-dance high-school students in Taiwan. *Psychological Medicine*, 37(8), 1085-1096. <https://doi.org/10.1017/S0033291707000323>

Vaquero-Cristóbal, R., Kazarez, M., & Esparza-Ros, F. (2017). Influencia de la modalidad de danza en la imagen corporal de las bailarinas adolescentes. *Nutricion Hospitalaria*, 34(6), 1442-1447. <http://hdl.handle.net/10952/3186>

Varga, M., Thege, B. K., Dukay-Szabó, S., Túry, F., & Van Furth, E. F. (2014). When eating healthy is not healthy: orthorexia nervosa and its measurement with the ORTO-15 in Hungary. *BMC Psychiatry*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/1471-244x-14-59>

Vokurka, M., & Hugo, J. (2015). *Velký lékařský slovník*. Maxdorf.

Winkelhuis, M. (2001). *Dance to your maximum*. Dance Plaza.

Zoletić, E., & Duraković-Belko, E. (2009). Body image distortion, perfectionism and eating disorder symptoms in risk group of female ballet dancers and models and in control group of female students. *Psychiatria Danubina*, 21(3), 302–309. <https://hrcak.srce.hr/49214>

Seznam zkratek

PPP = poruchy příjmu potravy

BMI (body mass index) – index tělesné hmotnosti = tělesná váha (kg) / tělesná výška (m)²

Seznam tabulek

Tabulka 1: Četnost zastoupení dle tanečního stylu a pohlaví	33
Tabulka 2: Deskriptivní statistiky věku respondentů	33
Tabulka 3: Deskriptivní statistiky pro BMI dle tanečních stylů	34
Tabulka 4: Frekvence tanečních aktivit respondentů během 1 měsíce	34
Tabulka 5: Popis výsledků dotazníku EDE-Q a ORTO-15 dle pohlaví	36
Tabulka 6: Popis výsledků subškál dotazníku EDE-Q dle pohlaví	37
Tabulka 7: Popis výsledků dotazníku EDE-Q a ORTO-15 dle úrovně tanečních dovedností	37
Tabulka 8: Popis výsledků dotazníku EDE-Q a ORTO-15 dle lektorství	38
Tabulka 9: Popis výsledků subškál dotazníku EDE-Q dle lektorství	38
Tabulka 10: Popis výsledků dotazníku EDE-Q a ORTO-15 dle finančního příjmu z tanečních aktivit	39
Tabulka 11: Popis výsledků subškál dotazníku EDE-Q dle finančního příjmu z tanečních aktivit	39
Tabulka 12: Popis výsledků dotazníku EDE-Q a ORTO-15 dle studování taneční konzervatoře	40
Tabulka 13: Popis výsledků dotazníku ORTO-15, dotazníku EDE-Q a jeho subškál v závislosti na věku, frekvenci tanečních aktivit a BMI	41
Tabulka 14: Deskriptivní statistiky skóru EDE-Q a výsledek Kruskal-Wallisovy ANOVY	42
Tabulka 15: Výsledek Kruskal-Wallisovy ANOVY subškál dotazníku EDE-Q	42
Tabulka 16: Párová srovnání výsledku Kruskal-Wallisovy ANOVY subškály Eating concern dotazníku EDE-Q	43
Tabulka 17: Deskriptivní statistiky skóru ORTO-15 a výsledek Kruskal-Wallisovy ANOVY	43

Tabulka 18: Párová srovnání výsledku Kruskal-Wallisovy ANOVY dotazníku ORTO-1544	
Tabulka 19: Deskriptivní statistiky skóru EDE-Q a výsledek Mann-Whitney U testu	44
Tabulka 20: Deskriptivní statistiky frekvence tanečních aktivit, skóru EDE-Q a výsledek Spearmanova korelačního koeficientu	45
Tabulka 21: Deskriptivní statistiky skóru EDE-Q, skóru RSES a výsledek Spearmanova korelačního koeficientu.....	46
Tabulka 22: Deskriptivní statistiky skóru ORTO-15, skóru RSES a výsledek Spearmanova korelačního koeficientu.....	47

Seznam příloh

Příloha 1: Abstrakt

Příloha 2: Abstract

Příloha 3: Informovaný souhlas

Příloha 4: Dotazník

Přílohy

Příloha 1: Abstrakt

Tanečníci jsou považováni za rizikovou skupinu pro rozvoj poruch příjmu potravy (PPP) (Baraníková & Nesrstová, 2005; Fuentes et al., 2009; Ribeiro & Veiga, 2010; Solomon & Solomon, 1996). Studie naznačují, že nelze skupinu tanečníků vnímat jako homogenní, protože existují rozdíly ve výskytu PPP mezi jednotlivými tanečními styly a výkonnostními kategoriemi (Arcelus et al., 2014; Swami & Tovée, 2009; Diogo et al., 2016). Cílem práce je posoudit, zda existuje rozdíl mezi tanečníky různých stylů v míře patologického stravování. Zároveň je u tanečníků prozkoumáván výskyt specifické formy narušeného stravování, kterou je ortorexie. Současně je také cílem zjistit vztah mezi symptomy PPP a sebehodnocením tanečníků. Data byla získána pomocí dotazníků EDE-Q, ORTO-15 a Rosenbergovy škály sebehodnocení. Výzkumu se zúčastnilo celkem 314 tanečníků. Respondenti byli tanečníci klasického tance, moderního tance, street dance a latinskoamerických tanců. Výsledky práce neukazují signifikantní rozdíly ve výskytu PPP napříč těmito tanečními styly, což nepodporuje dosavadní studie, které uvádějí jako nejrizikovější skupinu tanečníky klasického tance. Mezi tanečními styly byly nalezeny statisticky významné rozdíly v ortorektickém chování. Nejnižší ortorektické tendence vykazovali tanečníci latinskoamerických tanců. Dotazníky EDE-Q a ORTO-15 statisticky významně korelovaly s Rosenbergovou škálou sebehodnocení, tyto výsledky podporují tvrzení, že nízké sebehodnocení působí jako univerzální rizikový faktor pro patogenezi různých typů PPP (Colmsee et al., 2021).

Klíčová slova

poruchy příjmu potravy, ortorexie, sebehodnocení, tanec

Příloha 2: Abstract

Dancers are considered a high-risk group for the development of eating disorders (EDs) (Baraníková & Nesrstová, 2005; Fuentes et al, 2009; Ribeiro & Veiga, 2010; Solomon & Solomon, 1996). Studies suggest that the group of dancers cannot be viewed as homogenous, as there are differences in the prevalence of EDs between dance styles and performance categories (Arcelus et al., 2014; Swami & Tovée, 2009; Diogo et al., 2016). The aim of this study is to assess whether there is a difference in the rate of EDs between dancers of different styles. At the same time, the prevalence of a specific form of disordered eating, orthorexia, is investigated in dancers. At the same time, the aim is also to investigate the relationship between ED symptoms and the dancers' self-assessment. Data were collected using the EDE-Q, ORTO-15 questionnaires and the Rosenberg Self-Evaluation Scale. A total of 314 dancers participated in the study. The respondents were dancers of classical dance, modern dance, street dance, and Latin dance. The results of the study showed no significant differences in the prevalence of EDs across these dance styles. Such research outcome does not support previous studies that cite classical dancers as the highest risk group. Statistically significant differences in orthorexic behaviour were found between dance styles. Latin American dancers showed the lowest orthorexic tendencies. The EDE-Q and ORTO-15 questionnaires were statistically significantly correlated with the Rosenberg Self-Evaluation Scale, these results support the claim that low self-esteem acts as a universal risk factor for the pathogenesis of different types of ED (Colmsee et al., 2021).

Key words

eating disorders, orthorexia, selfesteem, dance

Příloha 3: Informovaný souhlas

Dobrý den,

Jmenuji se Evelína Marková, jsem studentkou Psychologie a realizuji výzkum ke své bakalářské práci, která se zaměřuje na Poruchy příjmu potravy u tanečníků.

Vyplnění dotazníku Vám zabere přibližně 10 minut. Pro případné dotazy ohledně výzkumu se na mě neváhejte obrátit na adrese: evelinamarkova00@gmail.com

Dotazník je anonymní, účast ve výzkumu je zcela dobrovolná, svou účast můžete v průběhu vyplňování dotazníku kdykoliv ukončit, s účastí ve výzkumu nejsou spojena žádná známá rizika.

Předem moc děkuji za vyplnění dotazníku.

Příloha 4: Dotazník

Psychický a fyzický stav tanečníků

1.Věk*

2.Pohlaví*

-Muž

-Žena

3.Jakému tanečnímu stylu se aktivně věnujete? (V případě více stylů uveďte ten, kterému věnujete nejvíce času.) *

-Klasický tanec (balet)

-Street dance (hip hop, break dance, house dance,...)

-Moderní tanec (contemporary, scénický tanec, jazz,...)

-Jiné:

4.Bližší specifikace tanečního stylu, kterému se věnujete:*

5.Kolik hodin v průběhu 1 měsíce věnujete tanečním aktivitám?*

6.Jak byste ohodnotil/a vaši úroveň tanečních schopností?*

-Začátečník

-Pokročilý

7.Působíte jako taneční lektor/učitel/trenér?*

-Ano

-Ne

8.Je Vaše taneční působení zdrojem finančního příjmu?*

-Ano

-Ne

9.Studoval/a jste (nebo studujete) taneční konzervatoř?*

ORTO-15

19.Věnujete pozornost tomu, jak kalorické je jídlo, které jíte?*

-Vždy

-Často

-Někdy

-Nikdy

20.Když si jdete do obchodu koupit jídlo, cítíte se zmaten/a?*

-Vždy

-Často

-Někdy

-Nikdy

21.Je Váš výběr jídla ovlivněn starostmi o Váš zdravotní stav?*

-Vždy

- Často
- Někdy
- Nikdy

22. Je pro Vás při výběru jídla důležitější chuť než kvalita?*

- Vždy
- Často
- Někdy
- Nikdy

23. Jste ochoten/ochotna utratit více peněz za zdravější jídlo?*

- Vždy
- Často
- Někdy
- Nikdy

24. Trápíte se myšlenkami na jídlo více než tři hodiny denně?*

- Vždy
- Často
- Někdy
- Nikdy

25. Dovolujete si někdy v jídle zhřešit?*

- Vždy
- Často
- Někdy
- Nikdy

26. Myslíte si, že Vaše nálada ovlivňuje to, jak se stravujete?*

- Vždy
- Často
- Někdy
- Nikdy

27. Myslíte si, že přesvědčení jíst pouze zdravou stravu zvyšuje sebeúctu?*

- Vždy
- Často
- Někdy
- Nikdy

28. Myslíte si, že zdravé stravování změnilo/by mohlo změnit Váš životní styl (např. omezení večeří v restauracích s přáteli)?*

- Vždy
- Často
- Někdy
- Nikdy

29. Myslíte si, že zdravé stravování může zlepšit Váš vzhled?*

- Vždy
- Často

- Někdy
- Nikdy

30. Cítíte se provinile, když zhřešíte v jídle?*

- Vždy
- Často
- Někdy
- Nikdy

31. Myslíte si, že je v obchodech k dostání také nezdravé jídlo?*

- Vždy
- Často
- Někdy
- Nikdy

32. Stravujete se v současné době o samotě?*

- Vždy
- Často
- Někdy
- Nikdy

RSES

33. Mám pocit, že si uchovávám svoji osobní důstojnost nejméně v takové míře jako většina ostatních lidí.*

- Rozhodně nesouhlasím
- Spíše nesouhlasím
- Spíše souhlasím
- Rozhodně souhlasím

34. Jsem vždy náchylný/á považovat se za neúspěšného člověka.*

- Rozhodně nesouhlasím
- Spíše nesouhlasím
- Spíše souhlasím
- Rozhodně souhlasím

35. Myslím si, že mám řadu dobrých vlastností.*

- Rozhodně nesouhlasím
- Spíše nesouhlasím
- Spíše souhlasím
- Rozhodně souhlasím

36. Jsem schopný/á dělat mnoho věcí stejně dobře jako ostatní.*

- Rozhodně nesouhlasím
- Spíše nesouhlasím
- Spíše souhlasím
- Rozhodně souhlasím

37. Zdá se mi, že nemohu být u sebe na nic zvláštního hrdý/á.*

- Rozhodně nesouhlasím
- Spíše nesouhlasím

- Spíše souhlasím
- Rozhodně souhlasím

38.Mám k sobě dobrý vztah.*

- Rozhodně nesouhlasím
- Spíše nesouhlasím
- Spíše souhlasím
- Rozhodně souhlasím

39.Chtěl/a bych si sám/sama sebe více vážit.*

- Rozhodně nesouhlasím
- Spíše nesouhlasím
- Spíše souhlasím
- Rozhodně souhlasím

40.Jsem se sebou vcelku spokojený/á.*

- Rozhodně nesouhlasím
- Spíše nesouhlasím
- Spíše souhlasím
- Rozhodně souhlasím

41.Občas jasně pocítuji svoji neužitečnost.*

- Rozhodně nesouhlasím
- Spíše nesouhlasím
- Spíše souhlasím
- Rozhodně souhlasím

42.Někdy si myslím, že jsem naprosto neschopný/á.*

- Rozhodně nesouhlasím
- Spíše nesouhlasím
- Spíše souhlasím
- Rozhodně souhlasím

EDE-Q

Následující otázky se týkají pouze předchozích 4 týdnů (28 dní). Odpovězte, prosím, na všechny otázky.

V kolika z posledních 28 dnů se stalo, že.....?

43.Snažil/a jste se záměrně omezit množství jídla, které jíte, abyste ovlivnil/a svou váhu nebo postavu? (ať už se Vám to dařilo nebo ne).*

NikdyNěkolikrát (1-5 dnů)

Méně než v polovině případů (6-12 dnů)

V polovině případů (13-15 dnů)

Více než v polovině případů (16-22 dnů)

Většinou (23-27 dnů)

Pokaždé

44.Delší dobu (alespoň 8 hodin za dobu, kdy jste byla vzhůru) jste vůbec nic nejedl/a, abyste ovlivnil/a svou váhu nebo postavu?*

NikdyNěkolikrát (1-5 dnů)

Méně než v polovině případů (6-12 dnů)
V polovině případů (13-15 dnů)
Více než v polovině případů (16-22 dnů)
Většinou (23-27 dnů)
Pokaždé

45.Snažil/a jste se ze své stravy vyloučit některá jídla, která máte rád/a kvůli ovlivnění své váhy či postavy? (ať už se Vám to dařilo nebo ne).*

NikdyNěkolikrát (1-5 dnů)
Méně než v polovině případů (6-12 dnů)
V polovině případů (13-15 dnů)
Více než v polovině případů (16-22 dnů)
Většinou (23-27 dnů)
Pokaždé

46.Snažil/a jste se v jídle dodržovat určitá pravidla (např. Nepřekročit určité množství kalorií) kvůli ovlivnění své váhy či postavy? (ať už se Vám to dařilo nebo ne).*

NikdyNěkolikrát (1-5 dnů)
Méně než v polovině případů (6-12 dnů)
V polovině případů (13-15 dnů)
Více než v polovině případů (16-22 dnů)
Většinou (23-27 dnů)
Pokaždé

47.Velice jste si přál/a mít prázdný žaludek, abyste ovlivnil/a svou postavu nebo váhu?*

NikdyNěkolikrát (1-5 dnů)
Méně než v polovině případů (6-12 dnů)
V polovině případů (13-15 dnů)
Více než v polovině případů (16-22 dnů)
Většinou (23-27 dnů)
Pokaždé

48.Velice jste si přál/a, aby Vaše břicho bylo úplně ploché?*

NikdyNěkolikrát (1-5 dnů)
Méně než v polovině případů (6-12 dnů)
V polovině případů (13-15 dnů)
Více než v polovině případů (16-22 dnů)
Většinou (23-27 dnů)
Pokaždé

49.Zaměstnávaly Vás myšlenky na jídlo, jezení či kalorie natolik, že jste se nemohl/a soustředit na činnosti, které Vás zajímají (práci, rozhovor, čtení, zábavu)?*

NikdyNěkolikrát (1-5 dnů)
Méně než v polovině případů (6-12 dnů)
V polovině případů (13-15 dnů)
Více než v polovině případů (16-22 dnů)
Většinou (23-27 dnů)

Pokaždé

50. Zaměstnávaly Vás myšlenky na Vaši postavu či tělesnou hmotnost natolik, že jste se nemohl/a soustředit na činnosti, které Vás zajímají (práci, rozhovor, čtení, zábavu)?*

Nikdy Několikrát (1-5 dnů)

Méně než v polovině případů (6-12 dnů)

V polovině případů (13-15 dnů)

Více než v polovině případů (16-22 dnů)

Většinou (23-27 dnů)

Pokaždé

51. Intenzivně jste se obával/a, že ztratíte kontrolu nad jídlem?*

Nikdy Několikrát (1-5 dnů)

Méně než v polovině případů (6-12 dnů)

V polovině případů (13-15 dnů)

Více než v polovině případů (16-22 dnů)

Většinou (23-27 dnů)

Pokaždé

52. Intenzivně jste se obával/a, že byste mohl/a přibrat na váze? *

Nikdy Několikrát (1-5 dnů)

Méně než v polovině případů (6-12 dnů)

V polovině případů (13-15 dnů)

Více než v polovině případů (16-22 dnů)

Většinou (23-27 dnů)

Pokaždé

53. Připadal/a jste si tlustý/á?*

Nikdy Několikrát (1-5 dnů)

Méně než v polovině případů (6-12 dnů)

V polovině případů (13-15 dnů)

Více než v polovině případů (16-22 dnů)

Většinou (23-27 dnů)

Pokaždé

54. Velice jste si přál/a zhubnout?*

Nikdy Několikrát (1-5 dnů)

Méně než v polovině případů (6-12 dnů)

V polovině případů (13-15 dnů)

Více než v polovině případů (16-22 dnů)

Většinou (23-27 dnů)

Pokaždé

Kolikrát za posledních 28 dní se Vám stalo, že....?

55. Jste snědl/a takové množství jídla, které by jiní lidé za daných okolností považovali za neobvykle velké?*

56.... Při kolika z těchto příležitostí jste cítil/a, že jste nad jídlem ztratil/a kontrolu

(ve chvíli, kdy jste jedla)?

57.V kolika z posledních 28 dní jste se tímto způsobem přejedl/a?

58.Jste si přivodil/a zvracení za účelem kontroly tělesné hmotnosti a postavy?

59.Jste si vzal/a projímadlo jako prostředek ke kontrole tělesné hmotnosti a postavy?

60.Jste nutkavě cvičil/a za účelem kontroly tělesné hmotnosti a postavy nebo abyste spalil/a kalorie?

61.V kolika z posledních 28 dnů jste jedl/a potají? (mimo záchvaty přejídání)*

NikdyNěkolikrát (1-5 dnů)

Méně než v polovině případů (6-12 dnů)

V polovině případů (13-15 dnů)

Více než v polovině případů (16-22 dnů)

Většinou (23-27 dnů)

Pokaždé

62.Jak často se Vám při jídle stalo, že jste měl/a pocit viny za následky, které to bude mít pro Vaši postavu nebo váhu? (mimo záchvaty přejídání).*

NikdyNěkolikrát (1-5 dnů)

Méně než v polovině případů (6-12 dnů)

V polovině případů (13-15 dnů)

Více než v polovině případů (16-22 dnů)

Většinou (23-27 dnů)

Pokaždé

63.Nakolik Vás během posledních 28 dnů znepokojovalo, že by Vás ostatní viděli jíst?*

NikdyNěkolikrát (1-5 dnů)

Méně než v polovině případů (6-12 dnů)

V polovině případů (13-15 dnů)

Více než v polovině případů (16-22 dnů)

Většinou (23-27 dnů)

Pokaždé

64.Měl/a Vaše tělesná hmotnost vliv na to, jak sám/sama sebe vnímáte a hodnotíte?*

NikdyNěkolikrát (1-5 dnů)

Méně než v polovině případů (6-12 dnů)

V polovině případů (13-15 dnů)

Více než v polovině případů (16-22 dnů)

Většinou (23-27 dnů)

Pokaždé

65.Měl/a Vaše postava vliv na to, jak sám/sama sebe vnímáte a hodnotíte?*

NikdyNěkolikrát (1-5 dnů)

Méně než v polovině případů (6-12 dnů)

V polovině případů (13-15 dnů)
Více než v polovině případů (16-22 dnů)
Většinou (23-27 dnů)
Pokaždé

66.Do jaké míry by Vás znepokojilo, kdybyste se měl/a vážit jednou týdně (ne
vícekrát, ne méněkrát) po následující 4 týdny?*

NikdyNěkolikrát (1-5 dnů)
Méně než v polovině případů (6-12 dnů)
V polovině případů (13-15 dnů)
Více než v polovině případů (16-22 dnů)
Většinou (23-27 dnů)
Pokaždé

67.Nakolik jste byl/a nespokojený/á se svou váhou?*

NikdyNěkolikrát (1-5 dnů)
Méně než v polovině případů (6-12 dnů)
V polovině případů (13-15 dnů)
Více než v polovině případů (16-22 dnů)
Většinou (23-27 dnů)
Pokaždé

68.Nakolik jste byl/a nespokojený/á se svou postavou?*

NikdyNěkolikrát (1-5 dnů)
Méně než v polovině případů (6-12 dnů)
V polovině případů (13-15 dnů)
Více než v polovině případů (16-22 dnů)
Většinou (23-27 dnů)
Pokaždé

69.Nakolik Vás znepokojovalo, když jste viděl/a vlastní tělo (například v zrcadle,
při převlékání, ve sprše, odraz ve výloze)?*

NikdyNěkolikrát (1-5 dnů)
Méně než v polovině případů (6-12 dnů)
V polovině případů (13-15 dnů)
Více než v polovině případů (16-22 dnů)
Většinou (23-27 dnů)
Pokaždé

70.Nakolik Vás znepokojovalo, že by někdo jiný viděl Vaše tělo (například ve
veřejných šatnách, na plovárně nebo v přiléhavých šatech)?*

NikdyNěkolikrát (1-5 dnů)
Méně než v polovině případů (6-12 dnů)
V polovině případů (13-15 dnů)
Více než v polovině případů (16-22 dnů)
Většinou (23-27 dnů)
Pokaždé

71.Jaká je Vaše tělesná hmotnost?*

72.Jaká je Vaše tělesná výška? (cm)*

73.Během posledních 3-4 měsíců se mi standardně dostavila menstruace.*

Ano

Ne

Netýká se mě

74.Pokud ne, kolikrát se vám menstruace nedostavila?*

75.Užíváte hormonální antikoncepci?*

Ano

Ne

Netýká se mě