

Univerzita Karlova

Filozofická fakulta

Katedra pedagogiky

Diplomová práce

Bc. Kateřina Kopáčková

Vliv sociálních sítí na poruchy příjmu potravy studentů středních škol

Influence of social networks on eating disorders of high school students

Praha 2022

Vedoucí práce: PhDr. Daniela Sedláčková, Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze, dne 12. května 2022

Bc. Kateřina Kopáčková

Poděkování

Na tomto místě bych ráda vyjádřila své poděkování PhDr. Daniele Sedláčkové, Ph.D. za vstřícné a odborné vedení mé diplomové práce a Mgr. Martinu Skutilovi, Ph.D. za jeho přínosné postřehy a cenné rady. Poděkování rovněž patří mé rodině a přátelům za jejich podporu, laskavost a trpělivost. V neposlední řadě také děkuji všem respondentům, kteří byli ochotni se zúčastnit mého výzkumu.

Abstrakt

Tématem této diplomové práce je *Vliv sociálních sítí na poruchy příjmu potravy studentů středních škol*. Cílem této práce je zjistit vliv sociálních sítí na poruchy příjmu potravy u studentů středních škol, vnímání vlastního těla a co adolescenti ze sociálních sítí prakticky přebírají a aplikují do svého života. Práce má teoreticko-empirický charakter.

Teoretická část práce se v první kapitole zaměřuje na období adolescence z pohledu utváření vlastní identity a vztahu ke stravě. Druhá kapitola se věnuje poruchám příjmu potravy v mezinárodní klasifikaci nemocí. Primárně se práce zaměřuje na mentální anorexii a mentální bulimii. Ve třetí kapitole je pojednání o faktorech ovlivňujících vznik a rozvoj poruch příjmu potravy. Čtvrtá kapitola teoretické části popisuje sociální sítě, které nejčastěji adolescenti využívají.

Cílem empirické části práce je prostřednictvím kvantitativního šetření zjistit vliv sociálních sítí na studenty středních škol a v jaké míře se setkávají s poruchami příjmu potravy ve svém životě. Sběr výzkumných dat byl proveden náhodným stratifikovaným výběrem prostřednictvím elektronického dotazníku. Výzkumného šetření se celkem zúčastnilo 1431 respondentů z České republiky, kteří svým počtem zvyšují validitu a reliabilitu provedeného výzkumu.

Klíčová slova

Poruchy příjmu potravy, Mentální anorexie, Mentální bulimie, Adolescent, Ideál krásy, Sociální sítě, Vliv

Abstract

The theme of this diploma thesis is *Influence social networks on high school students eating disorder*. The aim of this work is to find out the influence of social networks on high school students eating disorder, perception of their own body and what adolescents practically pick over from social networks and use it in their own lives. The work has theoretical-empirical character.

The theoretical part of the work in the first chapter focuses on the period of adolescence, formation of identity and relation to food. The second chapter deals with eating disorder in International Classification of Diseases. The work primarily focuses on anorexia nervosa and bulimia nervosa. The third chapter is a discussion of factors influencing the origin and development of eating disorders. The fourth chapter of the theoretical part describes social networks, which adolescents uses the most.

The aim of the empirical part of the work is to determine the impact of social networks on high school students through the quantitative research, and find out what extent of eating disorders they encounter in their lives. The collection of research data was performed by random stratified selection through an electronic questionnaire. A total of 1431 respondents from the Czech Republic participated in the research survey, who increase the validity and reliability of the research.

Key words

Eating disorders, Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Adolescent, Ideal of beauty, Social networks, Influence

Obsah

Úvod	10
Teoretická část	11
1. Období adolescence.....	11
1.1. Utváření vlastní identity.....	12
1.2. Strava a dospívání	13
2. Poruchy příjmu potravy.....	14
2.1. Mezinárodní klasifikace nemocí, vymezení poruch příjmu potravy	16
2.2. Historie poruch příjmu potravy.....	17
2.2.1. Historie mentální anorexie.....	17
2.2.2. Historie mentální bulimie	19
2.3. Mentální anorexie	20
2.3.1. Mentální anorexie v číslech – přehled výzkumných zjištění	20
2.3.2. Vymezení mentální anorexie	21
2.3.3. Bulimický a nebulimický typ mentální anorexie	23
2.3.4. Diagnostická kritéria MA	24
2.3.5. Dopad mentální anorexie na život a zdraví jedince	25
2.4. Mentální bulimie.....	26
2.4.1. Vymezení mentální bulimie.....	26
2.4.2. Mentální bulimie v číslech – přehled výzkumných zjištění	26
2.4.3. Nepurgativní a purgativní typ mentální bulimie.....	27
2.4.4. Diagnostická kritéria MB.....	28
2.4.5. Dopad mentální bulimie na život a zdraví jedince	29
2.5. Porovnání mentální anorexie a mentální bulimie	29
3. Faktory ovlivňující vznik a rozvoj poruch příjmu potravy	31
3.1. Biologické a genetické faktory	32
3.2. Psychologické faktory.....	33
3.3. Životní události	33

3.4.	Sociokulturní vlivy	34
3.4.1.	Ideál krásy	35
3.4.2.	Média	36
4.	Sociální sítě	37
4.1.	Facebook	37
4.2.	Facebook messenger	38
4.3.	Instagram	38
4.4.	YouTube	38
4.5.	TikTok	39
4.6.	Snapchat.....	39
	Shrnutí teoretické části.....	40
	Empirická část.....	41
5.	Přehled dosavadních výzkumných zjištění.....	41
6.	Metodologie výzkumu.....	44
6.1.	Definice výzkumného cíle	44
6.2.	Výzkumná otázka	45
6.3.	Hypotézy	45
7.	Realizace výzkumu	46
7.1.	Popis procesu získávání dat	46
7.2.	Metoda sběru dat – elektronický dotazník	46
7.3.	Předvýzkum	47
7.4.	Zpracování dat	48
8.	Analýza výsledků výzkumného šetření	49
8.1.	Otázka č. 1: Jaké je tvé pohlaví?.....	49
8.2.	Otázka č. 2: Kolik ti je let?	50
8.3.	Otázka č. 3: Od kolika let máš svůj první profil na sociálních sítích?.....	51
8.3.1.	Otázka č. 4: V kolika letech jsi měl/a svůj první profil?	52
8.4.	Otázka č. 5: Jaké sociální sítě nejčastěji používáš?	53
8.5.	Otázka č. 6: Kolik hodin denně na sociálních sítích průměrně strávíš?	54

8.6.	Otázka č. 7: Jsi spokojen/á s tím, jak momentálně vypadáš?	55
8.7.	Otázka č. 8: Co vše jsi na doporučení ze sociálních sítí zatím vyzkoušel/a?	56
8.8.	Otázka č. 9: Dohledáváš si další informace k radám a tipům ze sociálních sítí?	57
8.9.	Otázka č. 10: Líbí se ti ideál krásy prezentovaný v médiích?	57
8.10.	Otázka č. 11: Přeješ si mít stejnou postavu jako je prezentovaná v médiích?	59
8.11.	Otázka č. 12: Jakou váhu podle sebe máš?	60
8.12.	Otázka č. 13: Máš tendenci přizpůsobovat svůj vzhled na základě vlivu a aktuálním trendům na sociálních sítích?	62
8.13.	Otázka č. 14: Jaký způsob pro udržení své postavy preferuješ?	63
8.14.	Otázka č. 15: Držíš nebo jsi v posledním roce držel/a dietu na snížení váhy?	64
8.15.	Otázka č. 16: Znáš někoho, kdo měl poruchu příjmu potravy?	65
8.16.	Otázka č. 17: Máš nebo jsi v minulosti měl/a poruchu příjmu potravy?	66
8.17.	Otázka č. 18: Co má podle tebe největší vliv na vznik poruch příjmu potravy? ..	67
9.	Závěry výzkumného šetření	68
9.1.	Zodpovězení výzkumné otázky	68
9.2.	Ověření věcných hypotéz	69
9.2.1.	Hypotéza I.	70
9.2.2.	Hypotéza II.	71
10.	Diskuze	72
10.1.	Limity výzkumného šetření	74
	Závěr	75
	Seznam použitých zdrojů	75
	Seznam grafů	87
	Přílohy	88
	Příloha 1: Informovaný souhlas	89
	Příloha 2: Elektronický dotazník	90
	Příloha 3: Ukázka výpočtu chí-kvadrát test	93

Seznam zkratk

BMI	Body Mass Index
DSM	Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch
MA	Mentální anorexie
MB	Mentální bulimie
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
PPP	Poruchy příjmu potravy

Úvod

Jeden z hlavních důvodů realizace této práce je má vnitřní touha více o problematice PPP v souvislosti se sociálními sítěmi mluvit a psát. Ráda bych, aby se informace o poruchách příjmu potravy dostaly do širšího povědomí ve společnosti. Často si neuvědomujeme vlivy a možnosti, které sociální sítě zejména dospívajícím nabízejí. Během posledního desetiletí došlo k zásadnímu technologickému pokroku v oblasti mobilních telefonů s internetem. Všichni máme online svět denně dostupný, můžeme vyhledávat cokoli a považujeme tuto možnost jako nedílnou součást našich životů. Je proto podle mého názoru nesporné, že sociální sítě mají vliv na vznik a šíření poruch příjmu potravy.

Práce se dělí na část teoretickou a empirickou. Teoretická část je rozdělena do 4 kapitol. První kapitola popisuje období adolescence. Jedinec se osamostatňuje, vytváří si vlastní osobnost a navazuje nové vztahy.

Druhá kapitola popisuje poruchy příjmu potravy dle definic v MKN-10. Z poruch příjmu potravy jsem vybrala mentální anorexii a mentální bulimii, jako nejvíce rozšířené. Vyjmenovala jsem jejich diagnostická kritéria, historii a projevy jednotlivých variant, které determinují výskyt a průběh onemocnění.

Třetí kapitola pojednává o faktorech ovlivňujících vznik a rozvoj poruch příjmu potravy, kde se autoři shodují na několika hypotézách, avšak žádná hypotéza neobsahuje všechny možné faktory nebo nedokáže vysvětlit najednou všechny varianty poruch. Kapitola proto definuje základní biologické, genetické a psychologické faktory ovlivňující vznik a rozvoj poruch příjmu potravy. Dále zde mají zastoupení i životní události a sociokulturní vlivy, které hrají velkou roli v dnešním vnímání ideálu krásy prezentované v médiích.

Čtvrtá kapitola obsahuje charakteristiku a základní informace k nejčastěji využívaným sociálním sítím studenty středních škol.

Empirická část diplomové práce obsahuje výzkumné šetření, které je postaveno na designu kvantitativního výzkumu s využitím metody strukturovaného elektronického dotazníku. Hlavním cílem výzkumné části je zjistit, zda jsou studenti středních škol pod vlivem sociálních sítí, které mohou podpořit vývoj poruch příjmu potravy. Aby bylo možné výsledky výzkumné části zobecnit, byla použita metoda náhodného stratifikovaného výběru středních škol z České republiky. Celého výzkumného šetření se zúčastnilo 1431 studentů středních škol.

Teoretická část

1. Období adolescence

Termín adolescence pochází z latinského slova *adolescere*, což znamená dospívání nebo dorůstání. *Adolescens* pak znamená dospívající nebo mladý člověk (Nakonečný, 2011). Dle Macka (2003) je adolescence obdobím mezi dětstvím a dospělostí a časově vyplňuje především druhé desetiletí našeho života, avšak přesné věkové rozmezí adolescence se mezi jednotlivými autory odborných publikací liší. Představím tradiční stádia adolescence dle dosaženého věku, jak to dělí Macek nebo Vágnerová.

Rozdělení dle Macka (2003):

1. časná adolescence 10–13 let;
2. střední adolescence 14–16 let;
3. pozdní adolescence 17–20 let.

Rozdělení dle Vágnerové (2012):

1. raná adolescence 11–15 let;
2. pozdní adolescence 16–20 let.

V užším pojetí Dolejš, Zemanová a Vavrysová (2018) charakterizují období adolescence od 15 do 20 let života jedince. Macek (2003) a Langmeier s Krejčířovou (2006) naopak charakterizují období adolescence od 15 až do 22 let. Adolescenci tedy můžeme brát jako most mezi dětstvím a dospělostí, kdy dochází k hlubokým změnám na fyzické, psychické, sociální úrovni a je zde prostor pro položení základů zdravého životního stylu.

Dospívající chce být brán a chápán jako dospělý, ale často jeho rozum a chování neodpovídá chování dospělého. Nielsen Sobotková (2014) shrnuje, jakým stylem se adolescent přizpůsobuje biopsychosociálním změnám. Především se jedná o napodobování dospělých, které mívají rizikové chování jako je např. konzumace alkoholu nebo cigaret. Rizikové chování v tomto období je prostředkem k sebepotvrzování, autonomii a kompletnímu experimentování.

V dnešní době se společenské nároky na adolescenty zvyšují a velice se podobají nárokům, které se kladou na dospělé. Jedná se například o vyšší odpovědnost, cílevědomost, samostatnost, adekvátní výkony atd. Taxová (1987) toto období nazývá jako tranzitní, kdy jedinec ještě není podle zákona dospělý, ale zároveň se již nepovažuje za dítě. Dle Kabíčka,

Csémyho a Hamanové (2014) je zároveň současný adolescent dříve mentálně dospělý než jedinci v minulých stoletích, jelikož nastává dřívější přechod z dětství do dospělosti, limitován pouze pohlavní zralostí kvůli rozmnožování (Macek, 2003). Nekonečný (2011) popisuje hned několik přístupových rozdílů k dospívajícím v minulosti a dnes např. ve výběru partnera, vzdělání, ve formě režimu nebo v individuálním svobodném chování. Všechny tyto faktory mají vliv na utváření vlastní identity a sebehodnocení adolescentů. „*Při vnímání, prožívání, hodnocení těla i jeho částí zohledňujeme vlastní zkušenosti, přání, očekávání své i sociálního okolí a svět kolem sebe*“ (Hrachovinová & Csémy, 2007, s. 30).

1.1. Utváření vlastní identity

Hartl s Hartlovou (2010, s. 212) vymezují identitu jako: „*Totožnost, uvědomování a prožívání si sebe samého, své jedinečnosti i odlišnosti od ostatních; soubor rysů, podle nichž je jedinec znám konkrétní skupině; skutečná identita představuje to, co jedinec skutečně je*“.

Sebehodnocení, sebereflexe a identita je často diskutované téma a je utvářeno nejen vlastním obrazem, ale také zde hraje velkou roli názory ostatních (Broučková, 2010; Petersen & Leffert, 1995; Vávra, 2010). Dle Fialové (2007) se sebehodnocení člověka určuje poměrem mezi tím, jak jedinec vypadá a tím, jak by chtěl doopravdy vypadat. Sebehodnocení můžeme doslovně definovat jako hodnotu, kterou si člověk dá sám sobě. Je to tedy hodnotící složka, která vede k přesvědčení o sobě samém (Baumeister, Campbell, Krueger & Vohs, 2003; Pipová et al., 2021). Podle Marsh (1984) musíme brát také v úvahu to, že lidé nemusí mít negativní postoj jako k celku, ale k jednotlivým částem.

Dle Piagetovy teorie kognitivního vývoje (Piaget & Inhelder, 1997) lze z vývojové perspektivy vyzorovat sebehodnocení na základě chování a adekvátně následně nakládat s informacemi. Toto chování s vyšším věkem podléhá analýze motivů a daných souvislostí, které směřují v obecné závěry v rámci sebehodnocení.

Dospívající k vlastnímu sebepojetí může dojít prostřednictvím vytvoření vlastní identity nebo převzetí určitého vzorce ze společnosti, ve které se pohybuje. Jelikož je pro adolescenta významná jeho fyzická krása, bývá velmi důležitou součástí sebepojetí. Erikson (2015) také zastává názor, že v rámci utváření identity dospívajícího, hraje roli tělesná konstituce. U některých autorů (Block & Robins, 1993) se objevovalo přesvědčení, že sebehodnocení u mužů a žen liší. Tyto teorie Erol a Orth (2011) vyvracejí a uvádí, že sebehodnocení u obou pohlaví se víceméně neodlišuje. U dívek je nápadnější dřívější proměna při dospívání (boky, prsa). U chlapců není vnitřní prožívání tolik zmapováno (Pipová et al., 2021).

Jak uvádí Uhlíková (2007, 12–13), v adolescenci: „*se dotváří identita jedince, pro něhož má velký význam jeho tělo a zevnějšek; fyzická krása a síla bývají důležitými součástmi sebepojetí. V současné době jsou pro dospívající mládež významným faktorem pro formování sebevědomí také módní a kulturní vlivy, které mnohdy oslavují nadměrnou štíhlost jako lehce dosažitelný ideál.*“

1.2.Strava a dospívání

Vztah k jídlu se vyvíjí už od narození. V batolecím, předškolním a mladším školním věku dítě ovlivňuje v jeho stravování v první řadě rodina, učitelé v mateřské škole, kolektiv na škole základní, ale také životní změny, např. narození sourozence, stěhování, rozvod rodičů. V tomto období záleží především na rodičích, aby svému dítěti dali správné stravovací návyky s důrazem na pravidelnost stravování, správného složení potravin v jídle a dobré atmosféry při stolování. Jakmile nejsou tyto body podchyceny včas, jedinec si tyto špatné návyky přináší do dalších let, kdy je obtížnější tyto návyky změnit.

V období puberty dochází k hledání identity a osamostatňování se. Tyto změny se projeví i ve stravování, jelikož adolescenti rádi kopírují své vzory, např. známé osobnosti nebo spolužáky, kteří ne vždy mají správné návyky a vztah k jídlu. Mají nedostatek fyzické aktivity z důvodu častého sledování televize nebo sedavých aktivit.

2. Poruchy příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy (PPP) patří k závažným psychiatrickým onemocněním. Neomezují se jen na dvě veřejnosti známé formy, a to mentální anorexii a mentální bulimii, byť se jedná o nejčastěji vyskytované poruchy příjmu potravy. Vzhledem k rozsahu práce se v následujících kapitolách detailněji věnuji právě těmto poruchám, jako nejdiskutovanějším a nejčastěji se vyskytujícím zástupcům poruch příjmu potravy (Novák, 2010).

Poruchy příjmu potravy jsou širokým okruhem různých patologických způsobů zacházení s potravou, které mají své psychické, somatické a sociální příznaky a důsledky. Pro PPP je charakteristické záměrné snižování váhy, trvalé myšlenky na jídlo, zaměření na vzhled a narušené vnímání tělesného schématu. Především zde dominuje strach a nedůvěra k sobě samému, která se proměňuje v pocit méněcennosti spolu s nízkým sebevědomím. V těchto chvílích je jídlo použito jako prostředník, jak kontrolovat nebo tlumit pocity úzkosti, strachu nebo smutku. Všichni nemocní mají společný negativní a až stereotypní vztah k jídlu a k sobě samému. Dle Vágnerové (2014) se zde obvykle nejedná o poruchu percepce, protože postavu jiného člověka dokáže jedinec přesně charakterizovat.

Pro dnešní společnost jsou poruchy příjmu potravy klíčovým problémem. Již v roce 1987 byly prohlášeny Světovou zdravotnickou organizací (v anglickém originále International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, zkráceně ICD) za jeden z prioritních problémů světové populace.

Tento fakt je způsoben nejen nadbytkem produkce potravin ve většině zemí na západě. Také zde hraje roli špatná životospráva, nezdravý životní styl a konzumování pokrmů, které necílí na udržení zdravé kondice (Peter & Brosius, 2021; Uchôa et al., 2019). Lidé slepě akceptují a přijímají nejrůznější doporučení výživových poradců, kteří uvádí, jaké potraviny jsou pro zdraví nebezpečné. Uznávání výrobků skrze reklamy, kde se podporované produkty neshodují s potřebami zdravého lidského organismu (Papežová, 2012). Média a reklamní kampaně lidem rovněž podávají zkreslené informace a "návody" ke zdravé stravě. Všechny tyto věci mají vliv na podvědomí a mohou vyvíjet tlak na lidskou mysl. Lidé následně mohou mít mylné představy o tom, co je pro ně nejlepší a zdravé (Agras, 2010; Lacinová, Ježek & Macek, 2016). V kruhu myšlenek tak začneme přemýšlet nad svým fyzickým vzhledem, o kterém se domníváme, že je velice důležitý v profesním i osobním životě. Mladé dívky si dokonce myslí, že se štíhlou postavou je větší šance být úspěšná. (Vágnerová, 2004).

Tyto tendence PPP jsou podporovány módními trendy, kulturními a společenskými faktory. „*Regulací příjmu potravy je možné dosáhnout štíhlosti a měnit proporce svého těla. Člověk je schopen své tělo ničit (ať už esteticky, nebo biologicky) nadměrným nebo nedostatečným příjmem potravy. Ovládání hladu je jedním z prostředků sebepotvrzení, může sloužit jako zdroj sebeúcty, takový člověk dává najevo, že není otrokem pudu a jeho vůle je silnější než tělesné potřeby*“ (Vágnerová, 2007, s. 180).

Naopak nadváha je velmi často spojována s ošklivostí a se zdravotními komplikacemi. S narůstajícím společenským tlakem na hubnutí se zvyšuje zájem o diety a člověk se dostává do začarovaného kruhu, kdy balancuje na velmi tenké hranici mezi redukční dietou a mentální anorexií.

Musíme tedy pochopit základy zdravého stravování, které jsou pro člověka nemocného PPP nepředstavitelné a v jeho světě naprosto nemyslitelné. „*Znamená to, být schopen jíst, když mám hlad a to až do sytosti. Být schopen vybrat si jídlo, které mám rád, a do sytosti se ho najíst, ne proto, že si myslím, že bych měl. Znamená to být schopen se trochu omezit ve výběru jídla, počkat si na to “pravé jídlo“, ale neomezovat se příliš dlouho. Normální jídlo je dovolit si někdy jíst, protože jsem šťastný, někdy smutný, někdy unuděný nebo protože se cítím dobře. Někdy se najíst dost a chtít i víc. Znamená to věřit vlastnímu tělu, že jídlo zvládne. Věnovat jídlu pouze určitý omezený čas a pozornost*“ (Papežová, 2012, s. 10).

Pro zdravého člověka je někdy velmi složité pochopit poruchy příjmu potravy. Často PPP nepovažuje za nemoc a hodnotí chování jako neadekvátní, které je pouze odrazem módního výstřelku. Vágnerová (2004) tento postoj k poruchám označuje jako bagatelizaci potíží, kdy se zdravý člověk domnívá, že správnou argumentací na zdravý rozum jedinci vše vysvětlí. Tyto rozhovory mají ale nulový efekt a často vedou k narušení dobrých vztahů.

Chování nemocného člověka se svému okolí může jevit jako nepochopitelné a beze snahy cokoliv změnit. To je také důvod, proč vztah vůči nemocnému člověku bývá ambivalentní. Kdy na jedné straně je snaha dotyčnému pomoci a na straně druhé je zlost, proč si nemocný vědomě ubližuje a dlouhodobě strádá. Dle Vágnerové (2004) je tento postoj zcela běžný. Je důležité si uvědomit, že je dotyčný člověk nemocný a nejde zde pouze o rozmar či módní trend, o kterém je možné argumentovat.

Existují také další příčiny vedoucí k onemocnění PPP, u kterých mnohdy nelze jednoznačně určit, co bylo prvotní příčinou nemoci. Podle Bukovského (2009) je bolest a vyčerpanost duše častým důvodem špatného stravování a považují se za spouštěcí mechanismus. O nemoci duše také píše Brunellová (2013, s. 8), „*To, co se druhým zdá jako pobláznění poněkud tvrdohlavých dívek snících o tom, že se stanou topmodelkami, je ve*

skutečnosti hluboká a bolestná nemoc duše, která zasahuje osoby v jejich fyzickém i psychickém rozměru, postihuje a podkopává nejbližší vztahy, nejnějnější city i mnohá přátelství a kamarádství“.

Obvykle se jedná o soubor více příčin, které spolu souvisí a je třeba vždy brát v úvahu konkrétní situaci, rodinné zázemí, osobnost a duševní stav jedince. PPP mívají začátek ve středním nebo pozdním dospívání. Před nástupem puberty se objevují ojediněle, pokud však ano, je nutné nejdříve vyloučit i jiné tělesné onemocnění (Elliott & Place, 2002). Ve srovnání s dospělými je navíc pozoruhodně málo známých případů o dětských léčbách, protože v této oblasti bylo provedeno málo studií. Navíc nelze vždy předpokládat, že bude léčba u dospělého člověka stejně účinná jako léčba u dospívajícího kvůli vývojovým rozdílům od dětství do dospívání, ale také zde dochází k velkému vlivu rodiny nemocného (Agras, 2010; Papežová, 2010).

2.1. Mezinárodní klasifikace nemocí, vymezení poruch příjmu potravy

Klasifikační systémy jsou základním kamenem vědeckého pokroku a nejsou to pouze nudné katalogy k zamezení chaosu (Gould, 1989). Univerzální jazyk klasifikačních systémů umožňuje vědcům efektivně a standardizovaně komunikovat, díky čemuž se rozvíjí obory.

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN) je publikace Světové zdravotnické organizace, která systematicky zaznamenává označování a klasifikace lidských onemocnění, zdravotních problémů, poruch a dalších příznaků nebo okolností. MKN-10 specifikuje syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory, a to hned na osm poruch příjmu potravy.

F50.0	Mentální anorexie
F50.1	Atypická mentální anorexie
F50.2	Mentální bulimie
F50.3	Atypická mentální bulimie
F50.4	Přejídání spojené s jinými psychologickými poruchami
F50.5	Zvracení spojené s jinými psychologickými poruchami
F50.8	Jiné poruchy příjmu potravy
F50.9	Porucha příjmu potravy NS

Krch a Švédová (2013) uvádí, že bývají užívány i další termíny, které nelze v Mezinárodní klasifikaci nemocí MKN-10 nalézt. Jedná se o: psychogenní přejídání, záchvatovité přejídání, kontinuální jedení, orthorexie, drunkorexie, bigorexie neboli Adonisův komplex jako nadměrné zabývání se vlastním vzhledem (Pugnerová & Kvintová, 2016).

Například syndrom nočního ujídání nebo upíjení, je dle klasifikace MKN-10 zařazen mezi poruchy spánku (Nevšimalová, 2007) a již v roce 1997 Maloney a Kranz do základních poruch řadili také patologické přejídání, které je spojeno s obezitou. Přejídání se rovněž může přirozeně vyvinout v mentální bulimii nebo jiné poruchy příjmu potravy.

Agras a Robinson (2010) zmiňují fakt, že v rámci psychiatrie a psychologie je jedním z nejčastěji používaných klasifikačních systémů Diagnostický a statistický manuál duševních poruch (DSM-V). Raskin (2019) přehledně vysvětluje, jakým způsobem docházelo k vývoji termínů a jakým způsobem se v aktualizacích vzájemně ovlivňuje DSM-V a MKN-10.

V nejnovější verzi MKN-11 byly po vzoru DSM-V sloučeny druhy poruch příjmu potravy do jedné kategorie. Americký diagnostický manuál DSM-V není v českém prostředí rozšířený a doposud není přeložen nejnovější MKN-11. Nadále budu v textu používat starší verzi MKN-10.

2.2. Historie poruch příjmu potravy

Mluvím-li o poruchách příjmu potravy, je nutné si uvědomit, že se nejedná o žádné nové onemocnění dnešní doby. Případy mentální anorexie a mentální bulimie byly popsány v historických pramenech již velmi dávno. Není to tedy žádné onemocnění, které se nově vyskytuje v současné moderní době.

Objevující se stopy MA a MB v dějinách nastíním v následujících podkapitolách.

2.2.1. Historie mentální anorexie

V průběhu dějin bylo odmítání jídla celkem obvyklé a nebylo považováno za patologický jev. Označovalo to běžné somatické poruchy anebo psychiatrické syndromy.

Jak Papežová (2010) píše ve své knize, již v 5. století před našim letopočtem se Hippokrates zmiňuje o symptomech, které odpovídají poruchám příjmu potravy a označuje je názvem *asithia*. Později Galén ve 2. století našeho letopočtu použil termín anorexie.

Ve středověku bylo dodržování extrémních půstů původně užíváno u asketických náboženských řádů, kde hladovění bylo považováno za známku silné vůle. V době středověku tedy nemůžeme na odmítání jídla nahlížet jako na patologii, ale můžeme pouze diskutovat nad tím, zda vybraní kanonizovaní trpěli poruchami příjmu. Mezi tyto svaté můžeme zařadit

například sv. Kateřinu Sienskou. Ovšem tvrzení, že trpěla mentální anorexií zůstává nadále hypotézou, jelikož pro toto tvrzení nemáme dostatek zachovalých a věrohodných pramenů. „*Tyto svaté ženy tvrdily, že je při životě bez potravy nebo s jenom velmi omezeným příjmem udržuje boží pomoc*“ (Krch, 2005, s. 27). Za těmito ženami putovali dlouhou cestu poutníci, kteří jim přinášeli dary. Mohu zde tedy tvrdit, že motivace pro tento půst byla odlišná než snaha o hubenost. Tato myšlenka dominuje ve 20. století, a především také v dnešní době.

Na počátku novověku lékaři používali označení *anorexia mirabilis* – zázrak s Boží pomocí. Lékaři tehdejší doby se spíše přikláněli k možnosti, že se jedná o zázrak, než že je dívka nemocná (Mertová in Lidové noviny, 2006). Až anglický lékař Richard Morton (1637–1698) v roce 1694 definoval anorexiu jako nervové opotřebení, tj. devastace a skomírání způsobené fyzickými příčinami a emočními vlivy, podrobněji nemoc popsal a zařadil ji jako nemoc psychického původu (Faltus in Papežová, 2010). Po Mortonovi o necelé století později v roce 1767 popsal nemoc i anglický neurolog Whytt, a v roce 1780 francouzský lékař Nadeau.

„*V průběhu devatenáctého století však začalo být nahlíženo na patologický charakter odmítání jídla, až konečně většina lékařů začala pokládat déletrvající odmítání jídla za zjevnou známku choroby (morbiditu) nebo jednoduše za nemožné. Veřejnost začala zázračné postíci se panny vidět jako hysterické osobnosti snažící se na sebe upoutat pozornost*“ (Krch, 1999, s. 26).

Habermas (2005) upozorňuje, že kolem poloviny 19. století dochází ke kulturním změnám, trendům a módě. U mladých dívek se začínají objevovat diety, které následně vedou k redukci hmotnosti. Roku 1860 francouzský psychiatr Louis-Victor Marcé (1828–1864) popisuje zvláštní formy poruch u pubertálních pacientek, tzv. hypochondrické delirium. Patientky trpěly nechutí k jídlu a bolestivým zažíváním, proto samy dospěly k závěru, že nemohou jíst. Francouzský lékař Ernest-Charles Lasègue (1816–1883) publikoval v roce 1873 článek o *anorexia hystériqua*. Téhož roku anglický lékař William Withey Gull (1816–1890) přednášel pro lékařskou anglickou společnost. Také publikoval kazuistiky, kde použil termín *anorexia hysterica* (Faltus in Papežová, 2010; Pavlová in Papežová, 2010). Tito lékaři nezávisle na sobě popsali ve svých publikacích charakteristické znaky nemoci, které platí dodnes: velký úbytek váhy, neklid, zácpa a amenorea, tj. vynechání minimálně dvou cyklů menstruace.

Papežová (2010) zmiňuje jako určitý mezník rok 1914. Do této doby převládal názor, že je mentální anorexie čistě duševní poruchou. Toto zařazení vyvrací hamburský patolog Morris Simmonds (1855–1925), který objevil u některých nemocných léze v hypofýze. Do 40. let 20. století dominoval názor Simmondse, kdy se MA neřadila mezi duševní poruchy.

Následně zásluhou psychosomatické medicíny a psychoanalýzy byla MA opět zařazena mezi duševní poruchy.

V českém prostředí se zkoumání MA věnovali například Jonáš a Janota, kteří přednášeli a publikovali o MA ve 40. letech 20. století. Mimo jiné Janota přednášel v roce 1945 o úspěšné léčbě mentální anorexie pomocí elektrických šoků.

Jako medicínský a společenský problém začaly být PPP brány až v 60. letech minulého století (Krch & Švédová, 2013). V 70. letech publikovala psychiatrička a analytička Hilde Bruch (1904–1984) řadu knih a článků, kde se zabývala PPP. Právě v této době se anorexie dostala do širšího povědomí.

Výzkumníci Keel a Klump (2003) jsou názoru, že různé aktivátory pro odmítání jídla napříč historickými časovými obdobími mohou představovat kulturně smysluplné způsoby, jak porozumět poruše, která způsobuje, že lidé – především ženy – se cítí neschopné a neochotné jíst. Tuto teorii můžeme například aplikovat na začátek druhé poloviny 20. století, kdy se ve vyspělých státech rozšířila obezita. Jordan Peterson zavedl počítání kalorií v rámci diet, aby lidé zhubli. S trendem rozvíjejících se diet a nezdravého hubnutí začaly na konci 70. let v Kalifornii vznikat první specializovaná zařízení na léčbu anorexie.

2.2.2. Historie mentální bulimie

Zmínky o mentální bulimii nebo bulimických syndromech můžeme najít v literatuře velmi sporadicky. Prvopočátky dějin přejídání můžeme vidět již v dobách starověkého Egypta, antického Říma a Řecka nebo Arábii, kdy bylo ve vyšších vrstvách společnosti jídlo nadměrně konzumováno (Krch, 1999). Přejedení v tomto období bylo často spojené se zvracením a opakovanou konzumací jídla. Také lékaři doporučovali zvracení jako lék či prevenci proti nemocem. Nicméně přejídání patřilo ve starověku i středověku k vyšší společenské vrstvě. Papežová (2010) konstatuje, že nadměrné přejídání bylo prostředkem pro upoutání pozornosti již v minulosti.

William Stout Chipley (1810–1880), hlavní lékař ústavu pro duševně nemocné v Kentucky, poprvé popsal v roce 1859 chorobné nechutenství, tzv. sitiomanii, která se vyznačuje impulzivním nutkáním absorbovat velké množství jídla, na kterém je nemocný člověk závislý.

V roce 1903 popsal francouzský psycholog Pierre M. F. Janet (1859–1947) případ Nadine, který se řadí mezi první popisy moderní mentální bulimie (Stewart, 2011). Nadine vykazovala strach z tloušťky a epizodami záchvatovitého přejídání spolu se striktními

dietami. Mosche Wulff (1878–1971) v roce 1932 popsal další případ pacienta s obdobím půstu, u kterého se střídalo období půstu, přejídání a zvracení.

Počátkem sedmdesátých let začalo přibývat ženských případů, které se přejídaly a současně udržovaly svou váhu pomocí zvracení, užíváním projímadel, diuretik nebo neustálým držením diet. V Americe to byl podmět pro výzkum MB, který se prováděl v klinikách a sanatoriích. Hledání vhodné léčby v kombinaci s farmakologickými a psychoterapeutickými studii se v těchto letech začíná pomalu rozvíjet (Agras, 2010).

Na rozdíl od MA nesahá pojem mentální bulimie tak daleko. Krch (2004) udává, že se MB řadí pouze chvíli mezi psychiatrické diagnózy. V letech 1972–1978 vydal britský psychiatr Gerald Russell (1928–2018) sérii případů, celkem 30 pacientů. Následně v roce 1979 poprvé použil termín *bulimia nervosa*, označující silné a neovladatelné nutkání se přejídat ve spojení s chorobným strachem z tloustnutí (Agras & Robinson, 2010; Krch, 2008; Papežová, 2010). Teprve od roku 1987 bylo v revidované verzi DSM-III pro charakteristické symptomy přijato označení mentální bulimie (Krch, 2008). Také v tento rok prohlašuje WHO (světová zdravotnická organizace), že mentální bulimie je důležitým problémem světové populace.

2.3. Mentální anorexie

Osoby trpící mentální anorexií mají zkreslený pohled na své tělo. Vnímají ho neustále za tlusté a nepřitažlivé. „*Anorektici trpí výraznou poruchou vnímání vlastního těla. Často tvrdí, že mají nadváhu tváří v tvář jasným důkazům o opaku*“ (Buerman, 2009, s. 82). Snižováním váhy dochází nadměrným cvičením, držením diet, snižováním množství jídla, zároveň i zvracením a hladověním.

2.3.1. Mentální anorexie v číslech – přehled výzkumných zjištění

Většina autorů se shodne na tom, že nástup anorexie spadá do období puberty, 12–20 let. Ve výjimečných případech se může onemocnění objevit dříve, není zároveň ani vyloučen pozdější věk, než je 20 let. Krch (2005) upozorňuje na výskyt v období dospívání. V tomto období je zde vážný dopad na psychosociální vývoj jedince a až 20 % plně rozvinuté anorexie končí úmrtím (Hartl & Hartlová, 2010).

Tomuto psychickému onemocnění jsou vystaveny především ženy bez ohledu na věk, rasu nebo společenské postavení (Karsen, 2006; Krch, 2002). Dle Koutka (2011) poruchy příjmu potravy postihují také zejména dívky a ženy. Uvádí poměr mezi chlapci a dívkami 1:10. Také Krch (2000a) sdílí názor, že jedním z rizikových faktorů pro rozvoj poruchy

příjmu potravy je ženské pohlaví. Riziko vzniku poruchy příjmu potravy je u žen desetkrát vyšší než u mužů. Hartl a Hartlová (2010) sdílí názor, že dokonce až 95 % nemocných jsou ženského pohlaví na rozdíl od Krcha (2010), který udává 85 %, Leibold (1995) 80 %.

Vysvětlení můžeme hledat v tom, že se muži o svou tělesnou hmotnost starají většinou méně a jsou sebou méně zaujatí. Zároveň se od mužů více například očekává manuální nebo pracovní úspěchy. Ale i mezi muži se najdou jedinci, kteří jsou nemocní. „*Poměrně vzácný výskyt anorexie a bulimie u mužů vedl některé autory k předpokladu, že tito muži mají sklon k homosexualitě nebo že mají jinak narušený sexuální život*“ (Krch, 2000a, s. 38). Vedlo se i několik případových studií transsexuálních mužů, kteří chtěli s dopomocí hladovění vypadat více žensky (Winston et al., 2004).

Dle Leibolda (1995) jsou ženy pod větším tlakem co se týče svého vzhledu než muži. Zároveň zde hraje roli biologická stavba těla a jeho typické změny v období adolescence. Muži rostou do výšky a nabírají svalovou hmotu, zatímco naopak dívky získávají ženské tvary, což se pro ně může jevit jako nežádoucí.

Kocourková et al. (1997) a Höschl (2011) uvádí, že se anorexie vyskytuje přibližně u 0,5 – 1 % adolescentních dívek. Pavlová (2010) udává i přes 2 % z celé populace žen, jelikož studie vychází z nemocničních registrů a lze tedy předpokládat, že ne všichni nemocní se léčí.

2.3.2. Vymezení mentální anorexie

Mentální anorexie, latinsky *anorexia nervosa* je nejznámější forma poruch příjmu potravy. MA je charakterizována snižováním váhy, které si pacientka úmyslně způsobuje a udržuje (Leibold, 1995; Papežová, 2010).

„*Slovo anorexia pochází z řečtiny a sestává z předpony an (ve smyslu ne-, bez-) a slova orexie (chuť k jídlu, žádostivost, snaha), znamená tedy snížený nebo scházející popud pro příjem potravy, zjednodušeně – nedostatek chuti k jídlu*“ (Leibold, 1995, s. 64). Přesto však překlad termínu anorexie, jak definuje Krch (2002, 2005), Machová a Kubátová (2015) nebo Faltus (2010), může být v mnoha případech zavádějící. „*Anorektičtí pacienti neodmítají jíst proto, že by neměli chuť, ale proto, že nechtějí jíst. Jejich averze k jídlu je projevem nesmiřitelného a narušeného postoje k tělesné hmotnosti, proporcím a tloušťce*“ (Krch, 2005, s. 16).

Nechutenství je spíše až sekundárním důsledkem dlouhodobého hladovění, není to však pravidlem a nechutenství se nemusí vyskytovat u všech nemocných. Naopak u některých pacientů je odmítání jídla doprovázeno zvýšenou pozorností o jídlo. Tito nemocní rádi vytváří různé recepty nebo je sbírají, rádi vaří a hostí jiné osoby apod. Vágnerová (2008) uvádí, že

nepřiměřené hladovění může u některých osob vyvolat tak silnou potřebu jídla, že se neovládnu a naopak se přejedí a poté se nenávidí. Jejich odpor k jídlu je projevem nesmiřitelného a narušeného vnímání k vlastní tělesné váze a proporcím, který je spojován s chorobným strachem ze zvýšení tělesné hmotnosti.

Přemáhání hladu za účelem redukce tělesné hmotnosti je na denním pořádku. Někteří nemocní si pocit hladu naopak nepřipouští. Berou omezování potravy jako svůj úkol, kterým se řídí. Dle Vágnerové (2014) je veškeré úsilí anorektických jedinců zaměřeno na redukci vlastní váhy, snaží se být co nejvíce aktivní, aby výdej energie neustále převyšoval příjem (Machová & Kubátová, 2015; Papežová, 2000). Nejde tedy jen o nechutenství, ale o nutkavý cíl, kterému nemocný podřizuje vše kolem. „*Anorektičky neodmítají jídlo proto, že by neměly chuť, ale proto, že ho nechtějí jíst*“ (Krch, 2008, s. 21).

Vágnerová (2004) uvádí, že potlačením hladu se nemocný stává závislým a potvrzuje si tím vlastní sílu. Podle Papežové (2000) už pro nemocné po dosažení jejich cíle není možné navrátit se k normálnímu příjmu potravy, nýbrž setrvávají dál v takzvané hladovce.

Dívky mentální anorexií trpí více, než chlapci. Počátky MA začínají již ve věku 13 let, kdy tělo začíná dospívat a postava prochází změnami, jak uvádí Krch (2005). Mezi dalšími faktory, které výrazně napomáhají k rozvoji MA patří vliv okolního prostředí a nežádoucí životní události. Rodinné zázemí má velký vliv na rozvoj a rovněž i léčbu nemoci. Machová a Kubátová (2015) uvádějí, že naopak nadměrný zájem ze strany rodiny může v ojedinělých případech u jedince vést až k egocentrismu, kdy se nemocný soustředí pouze sám na sebe a běžně tak dochází ke ztrátě každodenních aktivit a normálních vztahů se svými vrstevníky. V opačném a v obvyklejším případě dochází k narušení vztahů s rodinou a uzavření se do sebe.

Znakem mentální anorexie, stejně jako všech druhů poruch příjmu potravy je narušené vnímání vlastního těla. Mezi typické příznaky počínajícího onemocnění může rodina zařadit vyhýbání se společnému stravování s výmluvnými komentáři „už jsem něco jedla“ nebo „nemám teď hlad“. Nemocní velice často nosí volné oblečení, nadměrně cvičí, počítají si energetickou hodnotu potravin a jsou nesmyslně přesvědčeni, že trpí nadváhou, i přesto, že se jejich hmotnost pohybuje pod spodní hranicí adekvátního rozpětí vzhledem k jejich věku a výšce.

Jak vysvětluje Fialová (2012), v důsledku odmítání potravy, hladovění a silné podvýživy dochází ke vzniku somatických potíží, které více či méně ovlivňují jejich život. Některé jsou nápadné a můžeme je vidět z pohledu třetí osoby, nebo nenápadné, o kterých ví jen dotyčná osoba (např. ztráta menstruace), pokud se nesvěří někomu z rodiny či nejbližších přátel. V souvislosti s podvýživou dochází k zimomřivosti, vypadávání vlasů a nadměrnému

ochlupení těla. Velice často se objevuje zácpa, osteoporóza a celkové ochabnutí svalstva. Mohou se objevit i srdeční onemocnění jako je arytmie nebo bradykardie, díky kterým hrozí smrt v podobě srdeční zástavy (Krch, 1999; Machová & Kubátová, 2015; Marádová, 2007; Navrátilová in Dvořáková, 2013). Výčet zdravotních komplikací, která tato nemoc sebou nese je nesčetný.

„Nebezpečí podvýživy a dehydratace výrazně vzrůstá s klesajícím věkem a tělesnou hmotností nemocné. Dlouhodobé hladovění a podvýživa jsou vždy spojeny s tělesným i psychickým utrpením a mohou skončit smrtí. Mentální anorexie vede ze všech psychických poruch nejčastěji ke smrti. Nebezpečí úmrtí může být až 18x vyšší než u zdravých vrstevníků. Úmrtnost u mentální anorexie uvádí různé studie v rozmezí 3–8 %“ (Krch, 2010, s. 45).

2.3.3. Bulimický a nebulimický typ mentální anorexie

Klasická forma anorexie byla popisována a známá již v minulých stoletích. Nyní se můžeme setkat s různorodými projevy této nemoci. Mentální anorexie je rozdělena do dvou podtypů, kdy se můžeme setkat s odlišným pojmenováním u některých autorů. Například dle Agrase a Robinson (2010) se jedná o typ záchvatového přejídání a o typ omezující. Krch (2005) nebo Stárková (2005) naopak jmenuje bulimický a nebulimický typ, kdy primární rozdíl spočívá v tom, zda je nebo není přítomno záchvatovité přejídání. Pro následující text se budu držet rozdělení dle Krcha (2005).

O první typ mentální anorexie bulimického typu jde tehdy, pokud pacient splňuje kritéria anorexie, kdy je rozhodujícím faktorem především vyhublost a současně „u pacienta dochází k záchvatům přejídání, které se vyskytují u MB. Tyto záchvaty se opakují“ (Krch, 2005, s. 17). U nemocného tedy dochází k opakovanému přejídání nebo dotyčný sní více jídla, než by sám chtěl. Následně dochází k výčítkám svědomí a pacient si vyvolává zvracení nebo pojídá laxativa nebo diuretika (Agras & Robinson, 2010; Krch in Hainer, 2011). Kocourková et al. (1997) uvádí, že bulimickou symptomatiku vyvine dokonce 30–50 % pacientů s mentální anorexií.

Druhým typem je nebulimický neboli restriktivní typ mentální anorexie, kdy v průběhu mentální anorexie nedochází u pacienta k záchvatům přejídání, které se vyskytuje především u mentální bulimie (Krch, 2005). Je zde však patrná větší emoční labilita spojená s impulzivitou. Častěji se zde také můžeme setkat s návykovými látkami jako je alkohol nebo drogy a se sebepoškozováním nebo dokonce až se sebevražednými pokusy. K redukci hmotnosti zde dochází nadměrným cvičením a hladověním, dodržováním diet a omezováním tekutin (Hall & Cohn, 2003; Krch, 1999; Stárková, 2005).

2.3.4. Diagnostická kritéria MA

„Mentální anorexie je diagnostikována, pokud si jedinec neudrží minimální zdravou tělesnou hmotnost, vyjadřuje intenzivní strach z přírůstku hmotnosti nebo tučnosti, přestože má podváhu a má amenoreu (u žen)“ (Agras & Robinson, 2010, s. 10).

Včasné zachycení nemoci bývá obrovský problém. Diagnostikovat „strach z tloušťky“ může být obtížné, jelikož dívka či chlapec to mohou popírat a tím odmítat své onemocnění (Krch, 2008; Machová & Kubátová, 2015). Alarmující úbytky na váze nemocným mnohdy přináší uspokojující pocit a dochází zde k sebeklamu, že vše mají pod kontrolou a že se stravují správně a zdravě.

Nemoc lze rozpoznat podle existujících diagnostických kritérií. Spektrum příznaků se však může případ od případu lišit. Proto nelze brát tato kritéria jako podmínku, jelikož všichni nemocní nemusí vykazovat stejné příznaky. Zároveň při stanovení diagnózy MA je nutné vyloučit přítomnost jiných duševních nebo somatických poruch, které by mohly způsobovat nechutenství a nízkou tělesnou hmotnost.

Vágnerová (2002) uvádí základní kritéria ve třech bodech:

- o mentální anorexii lze mluvit tehdy, jestliže dojde k úbytku váhy o 15 % proti normální hmotnosti;
- chování takového jedince je nutkavě zaměřeno na redukci vlastní hmotnosti. Dieta bývá spojena s nadměrným cvičením, které má podpořit hubnutí, event. s provokovaným zvracením, s užitím projímadel, anorektik a diuretik;
- vnímání vlastního těla je narušené. Tyto dívky trpí bez ohledu na svou vyhublost pocitem, že jsou tlusté.

Krch (2008, 2010) uvádí tři základní diagnostická kritéria:

- aktivní udržování abnormálně nízké tělesné hmotnosti. Pod 85 % normální tělesné váhy s ohledem na výšku a věk, což u starších dívek odpovídá váze nižší než 17,5 BMI;
- neustálý strach z tloušťky přetrvávající i v případě nízké tělesné hmotnosti, která se pohybuje v oblasti podváhy;
- vynechání nebo úplné vymizení menstruačního cyklu u žen v případě, že nejsou podávány hormonální přípravky.

Důležitým indexem, který můžeme použít k posouzení závažnosti problému nemocného, je v případě mentální anorexie váha. Pomocným ukazatelem je tzv. BMI, body mass index. BMI, dnes známý jako index tělesné hmotnosti, navrhl belgický antropolog Adolphe Quételet na konci 19. století. BMI byl znovu objeven na konci 20. století jako index tělesného tuku a začal být používán v populačních studiích. BMI je ústředním krokem v hodnocení a léčbě obezity, podváhy, diabetu a dalších nemocí. Jelikož MA trpí více dívky, příklad uvedu v ženském rodě. Zdravá dívka by se měla pohybovat v rozmezí 20–25 BMI. Pro podváhu Světová zdravotnická organizace stanovila hranici 17,5 BMI. Pokud BMI klesne až na 13,5 BMI, je pacientce doporučena hospitalizace. Významnou roli při léčení hraje motivace a uvědomění pacientky. K pacientce je potřeba přistupovat s trpělivostí, protože bez trpělivosti a aktivní spolupráce pacientky není léčba dlouhodobě úspěšná (Machová & Kubátová, 2015; Papežová 2000).

2.3.5. Dopad mentální anorexie na život a zdraví jedince

Následky MA se liší individuálně podle délky trvání onemocnění a fyziologie jedince. Záleží na výchozí váze na samém počátku onemocnění a jakou vůli má nemocný. Při silné vůli jedince dokáže tělo i před zhroucením fungovat, avšak kvůli nadměrnému cvičení a hladovění dochází většinou k hospitalizaci, aby nedošlo k nejhoršímu, a to úmrtí.

„Dlouhodobé zdravotní důsledky anorexie jsou velmi závažné. Pokud se anorektička začne léčit v raném stadiu poruchy, má větší šanci, že se vyléčí a že předejde dlouhodobým zdravotním problémům“ (Maloney & Kranz, 1997, s. 67).

Onemocnění však neovlivňuje jen tělo jedince, ale projeví se také na psychice a sociálních vztazích. U jedinců se velmi často střídají depresivní a euforické stavy, pocity úzkosti, hanby a studu (Papežová, 2000). S nemocnými je občas těžké najít rovnováhu a pevný vztah. Sám sebe dostává do jakési sociální izolace kvůli svým sebestředným zájmům jako je jeho váha a nezajímá se o životy ostatních, proto může působit až jako sobecký člověk. *„Nakonec se známí a přátelé od anorektiků odtahují a ti pak jsou pomalu čím dál tím více izolováni“* (Leibold, 1995, s. 81).

2.4. Mentální bulimie

2.4.1. Vymezení mentální bulimie

Mentální bulimie, latinsky *bulimia nervosa* je podle Krcha (2005) onemocnění charakteristické opakujícími se záchvaty přejídání společně s neadekvátní kontrolou tělesné hmotnosti. Hall a Cohn (2003) charakterizují bulimii jako posedlost jídlem a sledováním tělesné hmotnosti spojenou s opakovanými záchvaty přejídání.

Pocit přejedení může být zpočátku velmi relativní a často znamená jen to, že nemocní snědli více jídla než sami opravdu chtěli. Postupem času však dochází ke konzumaci stále většího objemu potravin, kdy se zároveň v jedinci stupňuje pocit viny, úzkosti a paniky ze ztráty kontroly nad konzumací jídla. Následně dochází ke snaze své tělo očistit a jídlo vyzvracet nebo dosáhnout očisty svého těla jiným způsobem. Mezi jiné způsoby očisty můžeme zařadit například užití projímadel, hladovky nebo nadměrného cvičení. Po takzvané očistě těla následně dochází k vymizení pocitu viny z přejedení a nahrazuje ho pocit úlevy a štěstí.

Mentální bulimii můžeme tedy charakterizovat jako ztrátu kontroly nad jídlem, kterému dívka či chlapec přes veškerou svou vůli podlehnou. Fialová (2012) upozorňuje, že osoby trpící mentální bulimií mají často i psychiatrické onemocnění (například sebepoškozování, deprese aj.), které je způsobeno odporem k sobě samému a svému tělu. Hainer et al. (2011) zároveň upozorňuje, že se mentální bulimie objevuje i ve spojitosti se závislostí na alkoholu.

2.4.2. Mentální bulimie v číslech – přehled výzkumných zjištění

Zároveň si musíme uvědomit, že mentální bulimie není v populaci natolik známá jako mentální anorexie. Na rozdíl od mentální anorexie nemusíme člověka nemocného s mentální bulimií na první pohled rozeznat od zdravého člověka. Přitom je mentální bulimie v populaci mnohem více rozšířená než mentální anorexie.

Mentální bulimie postihuje zejména dívky ve věku 14 až 30 let. Není však výjimkou ani u starších žen nebo mužů. Dle Hosáka, Hrdličky, Libigera et al. (2015) se mentální bulimie objevuje o něco později než mentální anorexie, často na ni však navazuje. Tento názor sdílí i Papežová (2010), která zmiňuje tenkou hranici mezi mentální anorexií a mentální bulimií, kdy se tato onemocnění mohou střídát nebo doplňovat. Mnoho nemocných bulimií prošlo obdobím mentální anorexie. Jak také uvádí Kocourková et al. (1997) nebo Agras a Robinson (2010), bulimickou symptomatiku vyvine 30 až 50 % pacientek s mentální anorexií.

„Více než polovina pacientů s mentální bulimií uvádí v anamnéze kratší nebo delší období anorexie“ (Krch in Hainer, 2011, s. 377).

„Asi polovina dívek, u kterých byla diagnostikována anorexie, se později stanou bulimičky. Je to tím, že všichni lidé trpící poruchami příjmu potravy mají jedno společné: vedou neustálou bitvu s hladem“ (Maloney & Kranz, 1997, s. 84).

U mužů se mentální bulimie vyskytuje ojediněle a tvoří asi 5 % pacientů (Krch, 2008). Pugnerová a Kvintová (2016) již uvádí u mužů číslo až 10 %, z čehož asi 20 % bulimiků tvoří gayové.

Dle Kocourkové (1997) se mentální bulimie vyskytuje u 1–3 % z celé populace, tento názor sdílí také Höschl (2011). Autorky Middleton a Smith (2013) uvádí, že poruchami příjmu potravy celkem trpí až 5% populace, což by korespondovalo také s Pavlovou (2010), která udává přes 2 % z populace s mentální anorexií.

2.4.3. Nepurgativní a purgativní typ mentální bulimie

Obdobně jako u mentální anorexie, můžeme i mentální bulimii rozdělit dle Krcha (2005) na dva specifické typy.

Prvním typem je nepurgativní mentální anorexie, u které nedochází ke zvracení. Jedná se o jedince, kteří drží přísné diety, hladoví, a v neposlední řadě rychle a nadměrně cvičí. Cvičení používají jako prostředek pro regulaci své hmotnosti. Podle Papežové (2003) zhruba až polovina pacientů s mentální bulimií snižuje váhu nadměrným cvičením (radí se do nepurgativní mentální anorexie).

Druhým typem mentální bulimie je purgativní typ. U tohoto typu se jedinci pravidelně zabývají chováním jako je zvracení, dochází zde k zneužívání laxativ nebo diuretik jako prostředků k regulaci hmotnosti. Cooper (1995) uvádí i inovativní způsoby, kdy se například jedná o pití slané vody nebo šamponů.

Hall a Cohn (2003, s. 27) uvádějí příklad, jak vypadá záchvat přejídání a následné zvracení: „Pokud jsem na tom nebyla nejhůř, jedla jsem nejradši sladké: litr zmrzliny, krabici sušenek, spoustu bonbonů, tucet koblih, několik tabulek čokolády, dále ovesné vločky, tvaroh, mrkev nebo ztvrdlé rohlíky, které jsem vyhrabala z koše. Potom se mi nafouklo břicho, jako bych byla těhotná, a zvracet jsem šla obvykle až po půl hodině, po kterou jsem tupě seděla. Pak jsem si strčila prst do krku a vyzvracela všechno, co šlo“.

2.4.4. Diagnostická kritéria MB

Mentální bulimie je porucha charakterizovaná především opakujícími se záchvaty přejídání, spojenými s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti (Krch, 2008). Zároveň lze mentální bulimii diagnostikovat pouze tehdy, pokud jedinec nesplňuje kritéria pro mentální anorexii (v opačném případě musí diagnóza mentální anorexie převyšovat diagnózu mentální bulimie). Avšak obě diagnózy (mentální anorexie a mentální bulimie) vyžadují, aby sebehodnocení jednotlivce bylo nepřiměřeně ovlivněno hmotností a tvarem jeho těla.

Diagnostická kritéria podle MKN-10 jsou charakterizována takto:

- opakované epizody přejídání (nejméně dvakrát týdně po dobu 3 měsíců), při nichž je v krátkém čase konzumováno velké množství jídla;
- neustále zabývání se jídlem, silná a neodolatelná touha po jídle;
- snaha potlačit “výkrmný“ účinek jídla jedním nebo více z následujících způsobů: vyprovokované zvracení, zneužívání projímadel, střídání období hladu a jídla, užívání léků typu anorektik, tyreoidální preparáty nebo diuretika; diabetici se mohou snažit vynechávat léčbu inzulínem;
- pocit přílišné tloušťky spojený s neodbytnou obavou z tloustnutí (pacient usiluje o nižší než premorbidní a často přiměřenou hmotnost), často (ne vždy) je v anamnéze epizoda anorexie nebo intenzivnějšího omezování v jídle.

K určení diagnózy je nutná přítomnost zejména tří základních znaků, tyto základní znaky popsal Krch (2008) následovně:

- opakující se přejídání, pocit neovladatelné ztráty kontroly nad jídlem;
- opakující se nepřiměřená nebo nadměrná kontrola tělesné hmotnosti (vyvolávané zvracení, zneužívání projímadel a léků na odvodnění, hladovka, nadměrné cvičení);
- nadměrný zájem o tělesný vzhled a tělesnou hmotnost.

Dle Agrase, Robinson (2010) a Marádové (2007) je také pro diagnostiku mentální bulimie důležitá četnost jednání daného jedince. Mentální bulimie je diagnostikována, pokud se jedinec pravidelně, tj. minimálně v průměru dvakrát týdně po dobu tří měsíců, zapojuje do záchvatovitých přejídání a následně nevhodně kompenzuje své chování (například nadměrně cvičí, zvrací).

2.4.5. Dopad mentální bulimie na život a zdraví jedince

Následky mentální bulimie jsou velmi vážné, protože opakované zvracení vystavuje organismus zátěži. Maloney a Kranz (1997) zařadili mezi závažné zdravotní důsledky vředy na jícnu, kazivost zubů, záněty slinných žláz, dehydrataci, zadržování vody, zácpa a bolesti v břiše. Nadměrné zvracení také způsobuje nerovnováhu v regulaci srdečního rytmu, kdy v důsledku dehydratace a úbytku potřebných živin z jídla může dojít k srdeční zástavě (Pugnerová & Kvintová, 2016).

Z důvodu nedostatečného množství vitamínů a živin může nemocný trpět četnými afty, problémy se zuby, zápachem z úst, dehydratací a únavou. „*Celkově jsou jedinci s poruchami příjmu potravy náchylnější k dalším onemocněním, například cukrovkou, zánětlivým onemocněním střev, onemocněním štítné žlázy aj.*“ (Pugnerová & Kvintová, 2016, s. 142).

Zajímavé jsou též poznatky z těhotenství bulimiček. Někdy se obávají, že by zvracení mohlo ovlivnit zdraví dítěte. Není zatím přímo prokázán výskyt závažných vrozených vad, pouze se dítě narodí s menší tělesnou hmotností (Hall & Cohn, 2003).

2.5. Porovnání mentální anorexie a mentální bulimie

„Jejich jednotlivé příznaky se liší zejména podle závažnosti podvýživy a metod používaných ke kontrole hmotnosti. Obě poruchy spojuje strach z tloušťky a nadměrná pozornost věnovaná vlastnímu vzhledu a tělesné hmotnosti. Nemocní se neustále zabývají tím, jak vypadají, kolik váží, a vytrvale se snaží zhubnout, nebo alespoň zabránit vzrůstu tělesné hmotnosti“ (Krch, 2005, s. 15).

Ačkoli se řadí mentální anorexie a mentální bulimie mezi poruchy příjmu potravy, zůstává nám utajeno, zda zde nedochází k primárnímu narušení funkce chuti k jídlu. Regulace chuti k jídlu a jezení jsou složité jevy, integrující periferní signály (zde si můžeme představit například odměny, emoce nebo poznávání) a vnější vlivy (Agras & Robinson, 2010).

„Obě poruchy mají mnoho společného, ale v mnohém se též liší“ (Krch in Hainer, 2011, s. 19). Krch (2008) také vytvořil přehlednou tabulku, kde srovnal mentální anorexii s mentální bulimií.

Srovnání anorexie a bulimie		
	Mentální anorexie	Mentální bulimie
Pokles hmotnosti	Výrazný nebo zastavení váhového přírůstku u dětí	Mírný pokles nebo naopak zvýšení hmotnosti
Amenorea	60–100 %, podle poklesu hmotnosti a hormonální substituce	10–30 %
Navození zvracení	15–30 %	75–90 %
Sebekontrola	Vystupňovaná	Oslabená
Jídelní chování	Pomalé jídelní tempo, malá sousta, vybíravost, nízký příjem tekutin	Spíše rychlejší jídelní tempo, větší sousta, obvykle velký příjem tekutinu
Počátek obtíží	13–20 rok, výjimečně později	14–30 rok, výjimečně dříve
Pohlaví nemocných ženy : muži	(10–15):1	20:1
Výskyt v rizikové populaci (ženy, 15–30 let)	0,5–0,8 %	2,5–6 %
Deprese	10–60 %	20–90 %
Užívání alkoholu	Výjimečně	Často
Významné zlepšení	20–75 %	60–85 %
náhled chorobnosti	Minimální, vzrůstá s rostoucími obtížemi	Zvýrazněný v případě přejídání, nízký v případě diet
Motivace k léčbě	Z donucení obtížemi nebo okolím	Snaha zbavit se přejídání, někdy snaha zhubnout

(Krch, 2008, s. 23).

3. Faktory ovlivňující vznik a rozvoj poruch příjmu potravy

O etiologii PPP bylo vypracováno mnoho hypotéz. Každá z hypotéz má však svoje omezení a nemůže najednou vysvětlit všechny varianty poruch, jelikož je tento proces velice individuální a příčiny se u každého jedince liší. Zároveň se „*odborníci shodují, že neexistuje žádná specifická příčina mentální anorexie a mentální bulimie, jejíž odstranění by automaticky vedlo k vyléčení*“ (Marádová, 2007, s. 16).

Dle Papežové (2010) můžeme rizikové faktory označovat jako zvýšený výskyt nežádoucích jevů. Většina autorů dnes již zdůrazňuje souběh různých faktorů a hovoří o biopsychosociální podmíněnosti PPP. Tento multifaktoriální koncept se v posledních letech stává obecně přijímaným standardem pro popis a interpretaci PPP.

Přesto musíme posuzovat příčiny velmi komplexně. Kudrle (2004) napsal, že existují u jedinců určité predispozice, na které můžeme nahlížet. Krch (2002) připomíná, že mezi jednotlivými faktory je důležitá jejich vazba. Papežová (2010) zároveň upozorňuje, že lze najít určité podobnosti v rodinných anamnézách klientů. Avšak zároveň nemůžeme kategorizovat jeden faktor, který má stoprocentní efekt na vznik onemocnění. „*Téměř vždy jde o určitou konstelaci vlivů různých sociokulturních a rodinných faktorů, nepříznivých životních událostí, osobnostních rysů, vývojových a biologických faktorů*“ (Krch, 2005, s. 57). Roli zde nehraje jen faktor biologický, psychosociální, sociokulturní, ale vliv mají také životní události, osobnostní rysy, média, puberta nebo zvládání stresu, jelikož právě i stres mnohdy bývá spouštěcím mechanismem PPP (Cooper, 1995; Hanusová, 2012; Pavlová, 2010; Vágnerová, 2004).

Dle Jendruchové (2013, s. 24) se jedná „*o souhru několika okolností, které dávají vznik onemocnění nebo ho udržují*“ (Papežová, 2000, s. 13). „*Spouštěčem tak závažného onemocnění nikdy není jen jediná konkrétní věta či situace. Vždy je to souhra mnoha vlivů. Faktorů je celá řada. Jedním z nich je puberta, kdy se mění postava, rostou prsa, dívka se s tím nedokáže vyrovnat a přijmout to. Velkou roli hrají i vztahy v rodině, návaznost na rodiče i jejich přehnané nároky. Podstatná je také určitě osobnost pacientky*“.

Vágnerová (2014) také připomíná, že kvůli civilizačním faktorům narůstá četnost onemocnění. Jde tedy o kombinaci vrozených dispozic jedince a zátěžových vlivů na něj. Autorky Fraňková, Pořízková a Malichová (2013) upozorňují na kumulativní charakter ohrožujících faktorů a používají termín multifaktoriální povaha. Zároveň, jak uvádí Papežová (2010), tak o rizikovém faktoru lze uvažovat pouze v takovém případě, pokud se vyskytl dříve než samotné onemocnění.

3.1. Biologické a genetické faktory

„Pohlaví, věk a etnický původ se ocitají společně v jednom oddíle, protože se jedná o charakteristiky, které nemůžeme nikterak ovlivnit. Umožňují nám však efektivně zaměřovat preventivní programy na rizikové skupiny“ (Pavlová, 2010, s. 37).

Jedním z nejvýraznějších rizikových faktorů je ženské pohlaví. Krch (2005, 2008) konstatuje, že být ženou se riziko PPP rázem mnohonásobně zvyšuje. Toto tvrzení je zároveň podpořeno mnohými výzkumy (Franko et al., 2013; Hsu, 2004; Spitzer et al., 1992; Wittchen et al., 1998). Freeman (2005) dále doplňuje k ženskému pohlaví bílou rasu a střední nebo vyšší vrstvu populace. Naopak Papežová (2010) a Shaw (2004) upozorňují, že je potřeba nahlížet na PPP bez ohledu na pacientovo pohlaví a etniku.

V období dospívání dochází k výrazným fyzickým i psychickým změnám, především ve smyslu biologického zrání. Chlapcům se zvyšuje svalová hmota, u dívek dochází k tvarování postavy, ukládání tuku a zvětšování ženských partií (Kocourková et al., 1997; Novák, 2010; Vágnerová, 2007). Autorky Vodáčková (2002), Švédová a Mičová (2010) označují jako rizikovou skupinu právě dospívající dívky, u kterých se výrazně a rychle projevují znaky dospělé ženy. *„Ženské tělo je tradičně důležitější a tělesné proporce hrají jinou roli v životě ženy i muže“ (Krch, 2008, s. 44).* Kritický způsob nahlížení na své ženské tělo zasahuje už i do mladších věkových kategorií, kdy už osmileté dívky uvádějí, že nejsou se svým tělesným vzhledem spokojené (Marádová, 2007).

Mnoho autorů označuje období adolescence a časně dospělosti za typický počátek poruch příjmu potravy (Bulik, 2002; Kocourková et al., 1997; Krch, 2005, 2008; Marádová, 2007; Papežová, 2010; Stice, 2002; Švédová & Mičová 2010; Vodáčková, 2002; Wittchen et al., 1998). S pubertou je spojeno utváření vlastního já, kdy podle Vágnerové (2000) je součástí identity jedince jeho tělo. Cooper (1995) uvádí, že s PPP je sebeúcta přímo závislá na hmotnosti těla. Celkově vzrůstá zájem o vrstevníky, druhé pohlaví, snaha o prosazení se nebo i separace od vlastní rodiny. Jedinec se snaží být ve všem úspěšný a chce se líbit svému okolí. *„Důsledkem je, že jedinec pak přemítá, zda je přijatelným člověkem či ne a svou vlastní hodnotu staví na tom, jak vypadá, místo toho, aby přemýšlel, kým je“ (Pugnerová, 2016, s. 131).*

Ženy mají větší tendenci nabírat tělesnou hmotnost než muži. Průměrně mají ženy až o 5 % tuku v těle více. *„Genetický podíl tvoří 50-90 % při vzniku anorexie a 35-83 % u bulimie“ (Papežová, 2003, s. 21).* S rostoucí tělesnou hmotností vzrůstá nespokojenost s vlastním tělem a dochází k negativním pocitům vůči vlastnímu tělu a vyhledávání nejrůznějších diet. Podle studie Himmelstein, Puhl a Quinn (2018) mnoho žen už při

BMI 23,7 hodnotí, že mají nadváhu, byť je to podle tabulek zcela v normě. „*Vážnější zdravotní rizika představuje až BMI nad 30, což je spojeno s nadměrnými tukovými zásobami*“ (Krch, 2000a, s. 62). Muži oproti ženám mají v tomto ohledu realističtější vnímání vlastního těla.

Pokud se PPP objevuje v rodině, je větší pravděpodobnost rozvoje i u jiného člena rodiny (Fialová, 2006; Krch, 1999; Papežová, 2003). „*Členové rodiny do velké míry sdílejí stejné prostředí, a právě tato společná zkušenost může vysvětlovat, proč se poruchy příjmu potravy v rodinách dědí*“ (Cooper, 1995, s. 52).

3.2. Psychologické faktory

Osobnost jedince je velmi podstatná pro vznik jakékoliv psychické poruchy (Kocourková et al., 1997). Mezi nejvýraznější osobnostní rys můžeme zařadit perfekcionismus, který je charakteristický nejen pro pacienty PPP, ale také pro lidi, kteří se z PPP vyléčili (Fairburn et al., 1997, 1998, 1999; Halmi et al., 2000). Oproti ženám je však u mužů perfekcionismus méně výrazný (Reas, Ro, Karterud, Hummelen & Pedersen, 2013). Dle Benta (2010) je perfekcionismus spojen s vyšším rizikem dlouhodobě přetrvávajících obtíží PPP. Mezi další osobnostní rys se uvádí impulzivita, která může vysvětlovat neschopnost kontroly při záchvatech přejídání. Některé studie tuto teorii naplno nepodporují (Pavlová, 2008; Wonderlich et al., 2004).

Každý nemocný jedinec není povahově stejný. Avšak je několik osobnostních rysů korelujících s vyšším rizikem PPP, na kterých se shodne více odborníků a to: nestálost, asketismus, konformita, bezproblémovost, úspěšnost ve škole, introverze, vnitřní nejistota, citlivost, pochybnosti o sobě, nižší sebevědomí, depresivní a úzkostné poruchy (Kesby et al., 2017; Papežová, 2000, 2010; Vágnerová, 2000; Wardetzki, 2001).

3.3. Životní události

Mezi životní události řadíme zážitky, které jsou stresově náročné, nepříjemné a traumatické. Krch (2000a, 2002) spojuje až dvě třetiny prožitých životních událostí se vznikem PPP. Cooper (1995), Wonderlich (2001) nebo Kocourková et al. (1997) poukazují na fakt, že až jedna třetina nemocných byla v minulosti sexuálně zneužita. Arditte Hall, Bartlett, Iverson a Mitchell (2017) mluví o vzniku PPP také u příslušníků armády, kteří prošli válečným traumatem. Pomocí přejídání nebo naopak hladovění, se snaží jedinci vyrovnat s událostí, která je potkala. Podle Papežové (2003) se nemusí jednat jen o sexuální zneužití, rozvod rodičů, zranění nebo onemocnění, negativní poznámky o váze nebo předčasný odchod z domova.

Vliv událostí je velmi individuální a řada odborníků se shoduje na tom, že je objektivita příčin problematická, jelikož se jedná spíše o subjektivní názor jedince.

„Nejčastěji jsou u pacientů zmiňovány různé nářky na tloušťku a tělesný vzhled, sexuální nebo jiné konflikty, významná životní změna, osobní nezdár nebo nemoc a problémy v rodině nebo odloučení od rodiny“ (Krch, 2005, s. 64).

3.4.Sociokulturní vlivy

Stále častěji se upozorňuje na vliv společnosti a kultury na nárůst PPP. Štíhlost, v krajních mezích až vyhublost, je spojována s úspěchem a vyrovnaností v životě, naopak nadváha je odmítána a nevhodné stravovací návyky se stávají standardem. Je také zajímavé, že státy, které se po 2. světové válce snažily přiblížit západnímu světu nyní čelí vzrůstajícím případům PPP (Darby, Garfinkel & Garner, 1982; Krch, 2005). V posledních desetiletích se stala zaujatost proti obezitě jakýmsi fenoménem. Společnost tyto lidi nazývá línými a ošklivými. Jak již bylo zmíněno v předcházejících kapitolách, někteří lidé jsou přirozeně těžší a mají k tomu genetické vlohy. Papežová (2010) poukazuje, že děti trpící obezitou jsou často v kolektivu vrstevníků obětí posměšků až šikany.

Jako rizikovou skupinu jsou považovány ženy, na které se vyvíjí větší tlak ze strany společnosti na dodržování norem. Od ženy se očekává, že o sebe bude pečovat, bude neustále upravená, atraktivní a štíhlá. Obvykle se také očekává, že bude čistá, bez tělesných pachů s oholenými nohama a podpažím. Podle Bordo (1993) v naší kultuře není jediná ženská část těla zachovaná, vše je vylepšeno nebo změněno.

Dále mezi tyto faktory jistě spadá tlak v souvislosti s pracovním uplatněním žen, kdy si musí udržet stálou přitažlivost bez ohledu na vliv pracovního výkonu (Hall & Cohn, 2003; Krch, 2004, 2005). Nejvíce do této skupiny spadají obory z oblasti modelingu, moderování či herectví (Mangweth–Matzek et al., 2010).

„Mentální anorexie bývá považována za nemoc středních a vyšších sociálních vrstev. Svoji roli v tom jistě sehrály některé známé osobnosti, jako například manželka rakouského císaře Františka Josefa I. Alžběta Rakouská, známá jako Sisi, herečka Audrey Hepburnová nebo zpěvačka Karen Carpenterová, o modelkách raději nemluvě. Dieta je přepych, a tak není divu, že jejími prvními oběťmi byly dívky z vyšších sociálních vrstev. Svět se ale změnil a tělesná vyhublost se stala významnou hodnotou i pro nižší socioekonomické vrstvy, jiné rasy a kultury“ (Krch, 2010, s. 57).

Do rizikové skupiny se řadí také profesionální sportovci, kde je důraz na disciplínu a charakteristické tělesné proporce, například se jedná o tanec, krasobruslení, gymnastiku, balet nebo bodybuilding (Devrim, Bilgic & Hongu, 2018; Novák, 2010).

Změny v pracovním nebo osobním životě pak mohou vyvolat nejistotu, která bývá doplněna pocity úzkosti a zesílenou citlivostí na reakce okolního prostředí. Jako malé dítě člověk slyší poměrně často, jak je krásný a roztomilý. S vyšším věkem těchto slov ubývá. *„Poruchy příjmu potravy slouží jako zoufalý pokus regulovat zahlcující pocity a konstruovat smysluplný pocit sebe sama, když se jedinci nedostává podpory z vnějšího okolí“* (Novák, 2010, s. 17).

3.4.1. Ideál krásy

Tělesnou krásu můžeme definovat mnoha teoretickými východisky. Mužskou krásu, a tedy její ideál, představuje po tisíciletí svalnatá atletická postava, zato ženský ideál je z historického hlediska proměnlivý. V minulých staletích byla žena z pohledu společnosti shledána za atraktivní a zdravou, pokud měla široké boky a velké poprsí. Tyto fyzické znaky byly po mnohá tisíciletí shledávány za symbol plodnosti, elegance a bohatství. Nabízí se zde otázka, co je v dnešní kultuře považováno za tzv. ideál krásy? Postupem času se ženská krása začala proměňovat a více si zakládá na štíhlé postavě, protože účelem ženského těla je především vypadat hezky (Becker et al., 2002). V druhé polovině století spustily touhu po štíhlosti ikony jako Marilyn Monroe, Audrey Hepburn, Twiggy nebo Grace Kelly. *„Tento trend se posílil též díky uvedení francouzských bikin do módy, které se lépe vyjímaly na postavách štíhlých“* (Fialová, 2006, s. 25). V následujících letech modelky představovaly fit a štíhlé tělo, které v 90. letech opět vystřídaly velmi hubené modelky jako Kate Moss. V posledních letech si můžeme neustále povšimnout snahy o štíhlost a vliv fitness. Zároveň je možné pozorovat stoupající trend modelek plus size velikostí.

Rozhodně zde nechci snížit PPP na pouhou snahu o štíhlost, avšak nyní žijeme ve společnosti, kde se ženám z velké části připisuje hodnota podle jejich tělesného vzhledu a toho, zda splňují určitý dnešní standart. Na ideál krásy, potažmo štíhlosti, lze nahlížet jako na snahu se zapojit do sociokulturní normy prezentované skrze média a dosáhnout tak pozitivního hodnocení a přijetí od okolí (Keer et al., 2004).

„Nereálné cíle štíhlosti navozují nespokojenost s vlastním tělem a zvýšenou pozornost dietnímu chování postupující na úkor jiných životních hodnot“ (Papežová, 2006, s. 182). Na diety je navíc nahlíženo jako na standart, a ne jako na výjimečnou situaci (Papežová, 2000; Pugnerová & Kvintová, 2016; Vágnerová, 2004). Maloney a Kranz (1997) uvádějí, že většina

lidí ve společnosti je přesvědčena, že být štíhlý jde ruku v ruce s tím být lepší. Také Krch (2012) konstatuje, že PPP mají v dnešní době svou logiku, jelikož současný životní styl souvisí nejen s osobností a ambicemi člověka, ale také s vnějšími tlaky na vzhled.

„Ačkoliv je aktuální vzor krásy pro většinu populace nedostupný, dívky i mladé ženy o něj neustále usilují. Sociokulturní norma vymezuje dosažení co nejvyššího stupně atraktivity jako úkol, který je třeba zvládnout. V tomto směru existuje v současné společnosti tendence k uniformitě: žádoucí je to, co se nejvíce přibližuje ideálu“ (Vágnerová, 2008, s. 465).

Dále vliv ideálu krásy na PPP Vágnerová (2008) vysvětluje takto: *„Může jít o důsledek vlivu mediálně prezentovaných vzorů, zdůrazňujících štíhlost jako ideál krásy a předpoklad sociálního úspěchu, i takto prezentovaný postoj k jídlu, s důrazem na diety a cvičení. Nadbytek potravin deformoval pudovou potřebu nasytit se v souladu se signály vlastního těla, v současné západní společnosti se omezování jídla stalo symbolem příslušnosti k určité společenské vrstvě“ (Vágnerová, 2008, s. 470).*

3.4.2. Média

V dnešní společnosti hrají podstatnou roli média, která můžeme základně rozdělit do tří hlavních skupiny, a to na tištěná média, audiovizuální média a internet.

V dnešní době se již neklade tak velký důraz na tištěná média (časopisy, noviny aj.), přesto mají stále značný podíl působení na člověka. V časopisech pro ženy jsou články o tom, jak být sama se sebou spokojená a na druhé stránce jsou reklamy ohledně návodů na rychlé hubnutí, správné cvičení, rozmanité druhy diet, kosmetickou chirurgii nebo reklama na pilulky k redukci váhy. Dle Koudelky (2010) je ale důležité, že tyto časopisy zobrazují ženy normální váhy, ne pouze vyhublé modelky, jako je tomu u jiných druhů médií. Dle Giordano (2015) je portrét hubených modelek v mediálním průmyslu odpovědný za poruchy příjmu potravy.

Dalšími velice rozšířenými médii jsou audiovizuální média, kam řadíme televizi a v ní reklamní spoty. Tyto reklamy pomocí marketingu nabádají například k nezdravému stravování formou fastfoodu a v další minutě nabízí možnosti, jak snížit svou tělesnou váhu (Stříteský, 2010).

V současné době patří mezi nejběžnější média internet, který je nositelem sociálních sítí. Nelson (2017) považuje za rizikové právě sociální sítě, na kterých si může kdokoliv založit svůj účet a sdílet fotografie, tipy nebo informace.

„Vliv médií na děti a adolescenty je značný; podle studie Masarykovy univerzity internet používá 90 % studentů středních škol ve věku 12–20 let, přičemž 58 % z nich si na internetu ověřuje své normy, hodnoty, postoje a názory“ (Uhlíková, 2007, s. 12–13).

4. Sociální sítě

Sociální termín „sociální sítě“ definoval v roce 1954 sociolog John Arundel Barnes, který sloužil k popsání sociálních skupin a komunit. Tyto skupiny a komunity byly propojeny například společnými zájmy, přátelstvím, politickými názory, sexuální orientací nebo kulturními zájmy (Pavlíček, 2010).

Sociální sítě nás v každodenním životě vědomě či nevědomě ovlivňují. Prezентují nám své názory, ideje nebo představy. Již v roce 1978 Bruch (1978) upozorňovala, že módní průmysl a média mají obrovský vliv na dospívající jedince. Vysekalová (2012) uvádí, že do dnešních sociálních interakcí vstupuje ve velké míře virtuální idealizace uživatelů i firem.

Sociální sítě jsou zdrojem informací, inspirace, vzdělávání i zábavy, ovšem ne vždy jsou prezentované informace pravdivé a ve většině případů cílí na určitou část společnosti.

Každá sociální síť nabízí své principy, uživatelská rozhraní, funkce sdílení fotografie, videa a vybraných informací s veřejností nebo s uživateli navzájem v rámci jedné aplikace. Skupiny uživatelů jednotlivých sociálních sítí se mohou lišit věkem, pohlavím, osobností a účelem nebo cílem užívání. V následujících podkapitolách jsou popsány nejčastěji využívané nezaplatněné sociální sítě mezi adolescenty.

4.1. Facebook

Facebook vznikl v roce 2004 primárně pro studenty Harvardovy univerzity a v následujících měsících byl rozšířen do skupiny amerických univerzit takzvané Ivy League. V roce 2006 Facebook získal na velké popularitě a byla umožněna registrace široké veřejnosti s podmínkou věkové hranice od 13let. Aplikace byla prvotně vyvinutá pro webový prohlížeč a v následujících letech došlo k jednotlivým vylepšením. V dnešní době nabízí Facebook možnost sdílet multimédia a statusy (text), vytvářet události, měnit informace na svém profilu (kde žiji, co jsem studoval, kdo je moje rodina, náboženství, zájmy atp.). Dále umožňuje soukromou nebo veřejnou komunikaci s přáteli, hraní her, angažování se v nejrůznějších skupinách podle zájmu a v neposlední řadě prodávat své věci na Marketplace (bazar).

Na území České republiky má Facebook více než 6,6 milionu registrací (ne aktivních uživatelů), celosvětově má aplikace 2,3 miliardy aktivních uživatelů. Je důležité zmínit, že Facebook je akciová společnost, která vlastní další sociální sítě a aplikace, například Instagram, Messenger, WhatsApp, Workplace nebo Portal +.

4.2. Facebook messenger

Od roku 2008 je messenger primárně propojen s Facebookem, kdy byl vyvinut jako Facebook Chat a v roce 2011 uveden pod názvem Facebook messenger. Messenger je primárně mobilní aplikace, ke které se v roce 2020 přidala i verze pro stolní počítače. Jedná se o třetí největší chatovací aplikaci na světě, ihned po WhatsApp a WeChat. Uživatelé mohou posílat videa, fotografie, GIFy ale i další soubory. Skrze samotnou platformu lze také namlouvat zprávy, využít hovor i videohovor. Aplikaci aktivně používá více než 988 milionů unikátních uživatelů měsíčně (Most popular global mobile messenger apps..., 2022).

4.3. Instagram

Instagram je sociální síť, která byla spuštěna v roce 2010 jako aplikace primárně pro iPhone (iOS) a v roce 2012 ji koupil Facebook, který rozšířil aplikaci i na OS Android. Tato sociální síť byla primárně vyvinuta jako mobilní aplikace, ale od roku 2013 ji lze spustit i na webovém prohlížeči.

Tato sociální síť nabízí možnost nastavení profilu na soukromý nebo veřejný. Je tedy zcela na uživatelích, jakým způsobem chtějí sdílet své soukromí se světem. V roce 2016 proběhl upgrade aplikace, kdy byla přidána funkce Stories – možnost sdílet obrázků či 15vteřinové video, které je po 24hodinách automaticky z profilu uživatele smazáno. Již na počátku roku 2019 Instagram oznámil 500 milionů uživatelů, kteří denně využívají funkci Stories po celém světě. Aplikace také zpopularizovala termíny jako je například “followers“ (někdo, kdo sleduje konkrétní osobu či skupinu), “newsfeed“ (nejnovější příspěvek přidaný na zed’ – profil) a “hashtag“ (slovo nebo fráze, před které se píše znaménko #), pomocí kterého je v aplikaci možné vyhledat příspěvky, kde byl vybraný hashtag použit.

V České republice tuto sociální síť využívá 2,9 milionů uživatelů, celosvětově je to celkem 1,3 miliardy uživatelů. Nejen díky těmto vylepšením se Instagram stal jednou z nejpopulárnějších sociálních sítí mezi dospívajícími.

4.4. YouTube

Největším internetovým serverem pro sdílení videí je YouTube, který byl založen v roce 2005. Již v roce 2006 server koupila společnost Google, která jej vlastní dodnes a umožňuje propojení uživatelských účtů. Zároveň je YouTube nejvíce vyhledávanou webovou sociální sítí.

YouTube umožňuje uživatelům videa nahrávat, komentovat, sdílet nebo streamovat. S rostoucí popularitou zde vznikl pojem YouTuber (osoba, která aktivně na platformu nahrává

videa a buduje si komunitu svých fanoušků). Tyto YouTubery oceňuje i samotný YouTube, který jim za určitý počet sledujících uděluje tzv. Play Button (Silver Play Button – 100 tis., Golden Play Button – 1 milion., atd.). V roce 2016 byla spuštěna nová funkce YouTube Community, kde je možné sdílet text, fotku nebo GIF, pokud má uživatel více než 500 sledujících.

Počet uživatelů YouTube v Česku je 5,2 milionů. Celosvětově je to přes 2 miliardy aktivních uživatelů, kteří každou minutu v průměru nahrají 550 hodin nových videí.

4.5. TikTok

Platforma TikTok vznikla v Číně v roce 2016 jako sociální síť, na které lze vytvářet, sdílet a zhlédnout krátká videa (na počátku bylo možné nahrát 15vteřinové video, dnes je možné nahrát až 3 minuty). Tento koncept je velmi žádaný a aplikace se řadí mezi nejstahovanější na světovém trhu. Největší oblíbenosti se jí dostává v především v Severní Americe a Asii.

V roce 2021 přesáhla hranici celosvětového stahování 3 miliard a je první platformou, která takového čísla dosáhla, aniž by ji vlastnil Facebook.

4.6. Snapchat

Aplikace vznikla v roce 2011 v Severní Americe a její hlavní funkcí je chatování, zasílání fotografií nebo krátkých videí jiným uživatelům a přidávání stories. Snapchat získal na popularitě především proto, že se u zasílaných fotografií jiným uživatelům dá nastavit čas, kdy je uživatel uvidí a pak samy zmizí (lze nastavit délku i na 1 vteřinu), stejně tak po několika hodinách mizí i chat.

Celosvětově má aplikace na Google Play přes miliardu stažení, kdy 557 milionů uživatelů aplikaci aktivně využívá (Most popular global mobile messenger apps..., 2022).

Shrnutí teoretické části

V teoretické části je pozornost kladena na témata, která jsou nezbytná pro obsah diplomové práce a naplnění cíle v empirické části. Charakterizuje se zde období adolescence, kdy dochází k utváření vlastní osobnosti a identity jedince. Velký vliv má sebehodnocení, ale i názory rodiny a prostředí, ve kterém se adolescenti pohybují, a to přímo či nepřímo ovlivňuje vztah ke stravě a způsobu stravování. Dále se obecně popisují poruchy příjmu potravy a jejich rozdílné označení v MKN-10 a DSM-V. Pro jednotnost práce je následně zachována verze MKN-10. Z poruch příjmu potravy byly vybrány mentální anorexie a mentální bulimie, jakožto nejvíce rozšířené onemocnění. Pro lepší pochopení je v teoretické části popisována historie, která se zaměřuje na problematiku vnímání a jejího řešení v medicíně. Mentální anorexie a mentální bulimie si jsou v mnohém velice podobné a ve společnosti často zaměňované. Proto na základě literatury dochází k detailnímu vymezení a porovnání těchto nemocí, kdy je snaha poukázat na rozdíly mezi nimi. Z pohledu etiologie mají poruchy příjmu potravy několik hypotéz, avšak žádná hypotéza neobsahuje všechny možné faktory nebo nedokáže vysvětlit najednou všechny varianty poruch. Práce proto definuje základní biologické, genetické a psychologické faktory ovlivňující vznik a rozvoj poruch příjmu potravy. Kromě těchto faktorů tady patří i životní události a sociokulturní vlivy, které hrají velkou roli v dnešním vnímání ideálu krásy, kterou prezentují média. Závěr této části se zaměřuje právě na sociální sítě, jakožto nejběžněji využívaná média adolescenty. Teoretická část čerpá informace z české i zahraniční literatury a je pilířem pro empirickou část práce. Na základě těchto poznatků je realizováno výzkumné šetření.

Empirická část

Pro empirickou část diplomové práce byl zvolen kvantitativní výzkum, jehož cílem je zjistit vliv sociálních sítí na poruchy příjmu potravy u studentů středních škol, vnímání vlastního těla a co adolescenti ze sociálních sítí prakticky přebírají a aplikují do svého života.

Následující kapitola je přehledem dosavadních výzkumných zjištění. V šesté kapitole jsou definovány výzkumné cíle, otázky a hypotézy. Kapitola realizace výzkumu se věnuje metodě sběru dat, procesu získávání dat včetně provedení předvýzkumu a zpracování získaných výsledků. Následuje kapitola analýza výsledků a závěr výzkumného šetření, včetně limitů výzkumu, ověření hypotéz a zodpovězení výzkumných otázek.

5. Přehled dosavadních výzkumných zjištění

V českém i zahraničním prostředí je na toto téma nedostatečné množství aktuálních výzkumů, které by cílily na studenty středních škol ve spojitosti s vlivem sociálních sítí na poruchy příjmu potravy, jelikož většina výzkumů cílí na žáky základních škol, studenty vysokých škol nebo dospělé jedince.

Na mezery v dosavadních systematických přehledech, které by shrnovaly výzkumy a zdravotní důsledky, upozorňuje Fung et al. (2020) ve svém výzkumu *Public Health Implications of Image-Based Social Media: A Systematic Review of Instagram, Pinterest, Tumblr, and Flickr*. Konstatuje zde, že se již několik málo výzkumů pokusilo použít sociální média založená primárně na obrázcích, jako intervenční nástroj, avšak výsledky byly prozatím průzkumného typu. Na mezeru ve výzkumech upozorňují také Peter a Brosius (2020) ve výzkumu *The role of the media in the development, course, and management of eating disorders*, kde jmenují média jako jeden z hlavních spouštěčů poruch příjmu potravy, jelikož zprostředkovávají nereálný ideál krásy, který může vést k negativnímu nahlížení jedince na své tělo.

Italští vědci Dakanalis a Carrà et al. (2014) ve své studii *The developmental effects of media-ideal internalization and self-objectification processes on adolescents' negative body-feelings, dietary restraint, and binge eating* poukazují, že mediálně idealizované obrazy lidského těla mají na jedince největší dopad bez ohledu na pohlaví. Popisují kulturní ideál krásy, který negativně ovlivňuje pocity, myšlenky, a především chování dospívajících v souvislosti s vlastním tělem a způsobem stravování.

Také výzkum *Impact of the Mass Media on Adherence to the Mediterranean Diet, Psychological Well-Being and Physical Activity* od Marfil-Carmona et al. (2021) ukazuje,

že masmédia mají významný a přímý vliv na psychiku člověka. Zároveň zde konstatují, že masmédia podněcují ke snížení fyzické aktivity, která může v důsledku vést k nesprávným stravovacím návykům (nepravidelnost v jídle, přejídání se, diety atp.). Na tento jev upozorňuje též Papežová (2003) a Leibold (1995), kteří se shodují, že získáním nezdravých postojů k jídlu již v dětském nebo dospívajícím věku může nastat doživotní boj, který je potřeba řešit. Leibold (1995), Fialová (2006), Cassuto a Guillou (2008) a Taylor et al. (2006) upozorňují, že právě nadváha je velmi častým spouštěčem, na který navazují urážlivé poznámky okolí a konfrontace s ideálem štíhlosti ve společnosti.

Jihokorejský výzkum *Face consciousness among South Korean women: a culture-specific extension of objectification theory* od Kim et al. (2014) se zaměřuje na kulturně specifické standardy krásy rysy obličeje a rozebírá stud lidského těla. Výsledkem je, že jakmile je míra studu u jedince vysoká, začínají se objevovat poruchy příjmu potravy. Tento jev se děje i přesto, že je váha v normě. Tělesný stud, který pramení z odlišnosti jedince od toho, co očekává společnost, je také popisován v mnoha dalších výzkumech (Fitzsimmons-Craft, 2011; Hesse-Biber, Clayton-Matthews & Downey, 1987; Tolaymat & Moradi, 2011).

Výzkum *The role of media literacy in body dissatisfaction and disordered eating: A systematic review* od McLean (2016) poukazuje na vztah mezi mediální gramotností, spokojeností s vlastním tělem a PPP. Výsledky prokázaly, že existuje vztah mezi mediální gramotností a vlivem médií.

Mediální gramotností se zabývá také Dye (2016), která došla k závěru, že vysoká internalizace vede k nespokojenosti s vlastním tělem, která se projevuje dietami a omezováním příjmu potravy. V závěru navrhuje zavést vzdělávací programy mediální gramotnosti, které by dospívající učily kritičtějšímu pohledu na média.

Na pozitivní stránky sociálních sítí v souvislosti s poruchami příjmu potravy a narušeného stravování se snažili poukázat Walker, Thornton a Choudhury et al. (2015), kteří v závěru svého výzkumu poukazují na fakt, že sociální síť Facebook může nést jak rizika, tak i výhody pro PPP z pohledu informovanosti o správných stravovacích návycích.

Cavazos-Rehg et al. (2020) v *Examining the self-reported advantages and disadvantages of socially networking about body image and eating disorders* konstatuje, že až 38 % (179) nemocných účastníků preferuje pomoc prostřednictvím online interakce ideálně od někoho, koho osobně neznají. Také průzkum *Adolescents and young adults engaged with pro-eating disorder social media: eating disorder and comorbid psychopathology, health care utilization, treatment barriers, and opinions on harnessing technology for treatment* od Fitzsimmons-Craft a Krauss et al. (2020) došel k závěru, že sociální sítě mohou přispět

k léčbě a napomoci prevenci PPP. Nemocní potvrdili nejen snížení kvality svého života, ale také velké deprese a úzkost. Stále však nevidí PPP jako překážku a nejsou ochotni podstoupit léčbu jakýmkoliv způsobem, přestože většina souhlasí s formou online pomoci. Rovněž výzkum *#EatingDisorderRecovery: a qualitative content analysis of eating disorder recovery-related posts on Instagram* od Goh a Lo et al. (2021) uvádí, že sociální sítě by mohly být využity jako platforma k vyhledání pomoci a zároveň sloužit jako podpora zotaveným. Navzdory těmto závěrům je důležité zmínit, že z pohledu tematické analýzy příspěvků na internetu, stále vidíme pokračující chování PPP i na stránkách, které se prezentují jako komunity již zdravé a bez PPP.

Finský výzkum *Body dissatisfaction and disordered eating symptoms in Finnish preadolescents* od Figueiredo a Simola-Ström (2019) mapoval výskyt nespokojenosti s vlastním tělem u jedinců 9 až 12 let. Zajímavým zjištěním bylo, že 232 účastníků (2,2 %) v mladém věku mělo poruchy příjmu potravy. V české studii *Stravování a vztah k jídlu u českých adolescentů ve 21. století* od Pipové et al. (2021), kde byl průměrný věk středoškolských respondentů 16,83 – 16,96 let, je procento dívek s PPP 23,88 %, u chlapců je to pod 10 %. Zároveň zde 73,63 % dívek uvádí, že si svou váhu přejí redukovat.

Ve Španělsku proběhl celostátní výzkum, kterého se účastnili studenti středních škol (Calado, Lameiras & Sepulverda, 2010). Hlavním zjištěním bylo, že dospívající jedinci s poruchami příjmu potravy trávili více času sledováním multimédií.

Murray, Maras a Goldfield (2016) ve výzkumu *Excessive Time on Social Networking Sites and Disordered Eating Behaviors Among Undergraduate Students: Appearance and Weight Esteem as Mediating Pathways* odhalili, že je souvislost mezi nižší váhou a úctou ke svému vzhledu. Zároveň je zde pozitivní vztah mezi stráveným časem na sociálních sítích a zdrženlivým, nesprávným stravováním.

6. Metodologie výzkumu

Praktická část popisuje a vyhodnocuje výzkumné šetření. Při zpracování získaných dat bylo hlavním cílem analyzovat jednotlivé odpovědi respondentů ve výzkumném vzorku. Výzkumné šetření bylo postaveno na designu kvantitativního výzkumu s využitím metody strukturovaného elektronického dotazníku.

Kvalitativní výzkum je využíván v situacích, kdy chce výzkumník testovat hypotézy či nález generalizovat na populaci nebo na vybrané jedince. Níže jsou představeny hlavní výhody a nevýhody kvantitativního výzkumu.

Přednosti kvantitativního výzkumu:

- možné zobecnění na populaci;
- užitečné při zkoumání velkých skupin;
- testování a validizace teorií;
- přesná numerická data;
- přímočarý a relativně rychlý sběr dat;
- relativně rychlá analýza dat;
- lze eliminovat působení rušivých proměnných;
- lze prokázat vztah příčiny a účinku.

Nedostatky kvantitativního výzkumu:

- získaná znalost může být příliš abstraktní a obecná;
- výzkumník je omezen ve způsobu získávání dat (dotazník nedokáže zachytit komunikaci, pouze nonverbální získávání dat);
- obtížné získávání respondentů;
- výzkumné teorie nemusí odpovídat lokálním zvyklostem;
- větší pravděpodobnost získání nepravdivých informací;
- problém návratnosti.

6.1. Definice výzkumného cíle

Nejprve bylo nutné definovat výzkumný problém, poté bylo možné formulovat cíl celého výzkumného šetření. Výzkumný problém je následující: Mají sociální sítě vliv na poruchy příjmu potravy u studentů středních škol? Na základě výzkumného problému je vyvozen výzkumný cíl.

Hlavním cílem kvantitativního výzkumu v diplomové práci je zjistit, zda jsou studenti středních škol v souvislosti se svým vzhledem pod tlakem sociálních sítí, které mohou podpořit vývoj poruch příjmu potravy. Dalšími dílčími cíli je zjistit, zda jsou vidět rozdíly mezi proměnnými, kolik času respondenti tráví na sociálních sítích, co vnímají jako největší vliv na vznik poruch příjmu potravy a co ze sociálních sítí prakticky přebírají a aplikují do svého života.

Studenti středních škol byli pro tento výzkum zvoleni záměrně, jelikož právě tato věková skupina nejvíce používá sociální sítě. V období adolescence si formulují svou identitu, vytváří nové sociální role, skupiny, ale také tráví dost času na internetu – sociálních sítích. Všechny tyto aspekty mají na jedince různý vliv a každý se s novými změnami vypořádává po svém.

Výzkumný cíl je sledován prostřednictvím níže položenou výzkumnou otázku a hypotézy.

6.2. Výzkumná otázka

Výzkumná otázka koreluje s hlavním výzkumným cílem a zní následovně:

VO1: Co má podle studentů středních škol největší vliv na poruchy příjmu potravy?

6.3. Hypotézy

V této podkapitole jsou uvedeny nulové a alternativní hypotézy.

Hypotéza I.

H_{01} = Počet stráveného času na sociálních sítích nemá vliv na poruchy příjmu potravy u studentů středních škol.

H_1 = Čím více času tráví studenti středních škol na sociálních sítích, tím více tíhnou k poruchám příjmu potravy.

Hypotéza II.

H_{02} = Věk při zakládání prvního profilu nemá u studentů středních škol vliv na tendenci přizpůsobovat svůj vzhled obsahu na sociálních sítích.

H_2 = Čím nižší je věk studentů středních škol při prvním založení profilu na sociálních sítích, tím větší je tendence přizpůsobit svůj vzhled obsahu na sociálních sítích.

7. Realizace výzkumu

7.1. Popis procesu získávání dat

Z důvodu zobecnění jsem vybrala vzorek respondentů náhodným stratifikovaným výběrem ze všech krajů České republiky. V jednotlivých krajích jsem střední školy rozdělila do třech kategorií na gymnázia, střední školy a střední odborné školy. Z daného seznamu škol jsem následně pomocí generátoru náhodných čísel vybrala jednu školu, kterou jsem oslovila s elektronickým dotazníkem. V případě, že se mnou vybraná škola odmítla spolupracovat, jsem pomocí náhodného generátoru vybrala školu jinou. Z každého kraje byly osloveny celkem tři školy – 1 gymnázium, 1 střední škola a 1 střední odborná škola. Dotazníku se celkem účastnilo 42 škol z České republiky (14 z každé stanovené kategorie).

V celém výzkumném šetření bylo osloveno 34 gymnázií, 49 středních škol a 71 středních odborných škol. Spolupráci mi celkem odmítlo 112 středních škol z České republiky.

Školy jsem oslovovala prostřednictvím e-mailu, kde jsem představila sebe, své studium, k čemu dotazník slouží a zdůraznila skutečnost, že je pro respondenty zcela anonymní. V závěru jsem přiložila link na dotazník a prosbu o distribuci na webu školy, v informačním systému školy nebo prostřednictvím seznamu emailových adres studujících žáků. Výzkumného šetření se účastnilo 1431 respondentů, kteří svým počtem zvyšují validitu (platnost) a reliabilitu (spolehlivost, přesnost) mého výzkumu. Zároveň díky stratifikovanému náhodnému výběru mohlo dojít k zobecnění závěrů.

7.2. Metoda sběru dat – elektronický dotazník

Sběr dat byl realizován v březnu a dubnu 2022 s cílem zjistit názor a chování respondentů. Výzkumný vzorek byl získán náhodným stratifikovaným výběrem. Sběr dat byl proveden prostřednictvím elektronického online dotazníku, který byl vytvořen pomocí platformy Google Forms. Forma online dotazníku byla zvolena z důvodu jednoduššího sdílení, oslovení a maximálního zachování anonymity respondentů.

Elektronický dotazník (Příloha 2) se skládá z 18 otázek a jeho vyplnění trvalo maximálně 5 minut. V dotazníku byly použity tyto formy otázek:

- položky dichotomické – jsou uvedeny pouze dvě odpovědi, které se vzájemně vylučují;
- položky polytomické – je uvedeno více možností k odpovědi;

- položky polouzavřené – je uveden určitý počet předem připravených odpovědí s možností doplnit svůj názor, který v seznamu chybí;
- položky uzavřené – je uveden určitý počet předem připravených odpovědí.

Respondenti vybírali z nabídnutých možností odpovědi, přičemž u některých otázek mohli kombinovat více možností. Měli možnost uvést i své vlastní názory a varianty, které jim nebyly v dotazníku nabídnuty. Na 14 otázek, se odpovídalo jednou možnou odpovědí. Dále se dotazník skládal ze 4 otázek, u kterých bylo možné zvolit více možností. Dotazník byl rozdělen do 7 strukturovaných sekcí dle zkoumaného zaměření následovně:

- v *I. Sekci* se nacházel informovaný souhlas. Jeho potvrzením respondent souhlasil se zapojením do výzkumného šetření, vyplněním a odesláním dotazníku;
- *II. Sekce* se zaměřovala na sledování proměnných u respondentů – pohlaví a věk;
- *III. sekce* se zaměřovala na sociální sítě – v kolika letech si založili svůj první profil na sociálních sítích, jaké nejčastěji používají a kolik času na nich tráví;
- Ve *IV. Sekci* respondenti hodnotili prezentovaný ideál krásy v médiích a zda tomu svůj vzhled přizpůsobují;
- *V. sekce* zjišťovala, jak sami respondenti vnímají své tělo a jaký způsob preferují pro udržení vzhledu;
- *VI. sekce* zjišťovala, zda se s poruchami příjmu potravy respondenti setkali sami nebo někoho mají či měli ve svém okolí;
- *VII. Sekce* dávala možnost vyjádřit názor respondentů, co si myslí, že má největší vliv na poruchy příjmu potravy a co je nejvíce ovlivňuje.

7.3. Předvýzkum

Cílem předvýzkumu bylo zjistit, zda studenti středních škol dotazníku dostatečně rozumí a zda dotazník neobsahuje zavádějící otázky. Předvýzkum se uskutečnil v lednu 2022 a bylo dotazováno 15 žen a 8 mužů.

Tito respondenti autorce diplomové práce poskytli zpětnou vazbu týkající se srozumitelnosti otázek a informací o celkové časové dotaci. Předvýzkum byl proveden formou online dotazníku, aby byly podmínky respondentů pro předvýzkum a výzkum totožné. Zároveň byla tímto způsobem ověřena funkčnost internetového odkazu na elektronickou verzi dotazníku.

Na základě předvýzkumu bylo několik otázek stylisticky upraveno a významově upřesněno. Všechny otázky byly změněny z vykání na tykání, díky kterému se cítili respondenti příjemněji. Pro lepší návratnost kompletního elektronického dotazníku byla nastavena

podmínka vyplnit všechny otázky, tudíž nebylo možné odeslat neúplně vyplněný dotazník. Výsledky respondentů předvýzkumu nebyly zahrnuty do analýzy výsledků výzkumného šetření.

7.4. Zpracování dat

Získaná data byla prostřednictvím webové aplikace Google Forms přenesena do grafů a tabulek. Ke konečnému zpracování byl použit statistický program jamovi. Výsledky byly vyhodnoceny pomocí zvoleného výpočtu Pearsonova chí-kvadrát testu nezávislosti v kontingenční tabulce pro verifikaci jednotlivých hypotéz pomocí následujícího vzorce:

$$x^2 = \sum \frac{(P-O)^2}{O}$$

Kde: x^2 = testové kritérium chí-kvadrát; P = pozorovaná četnost (empiricky zjištěná);

O = očekávaná četnost (jedná se o teoretickou četnost, která je matematicky vypočítána, viz. Příloha 3).

Při výpočtech bylo dbáno na to, aby očekávané četnosti byly alespoň 5 odpovědí ve 20 % polí kontingenční tabulky. Chráska (2007, s. 78) tyto informace také potvrzuje ve své publikaci: „*Testu nezávislosti chí-kvadrát nelze použít v případech, kdy ve více než 20 % polí kontingenční tabulky jsou očekávané četnosti menší než 5*“.

Hodnota kritéria je následně porovnávána s kritickým oborem pro příslušný počet stupňů volnosti a zvolenou hladinu významnosti ($\alpha = 0,05$). Aby byl eliminován vliv pozitivní závislosti statistické významnosti na souboru, byl dopočítán *effect size*. Rabušic, Soukup a Mareš (2019) interpretují význam hodnot koeficientů reliability takto:

- mezi 0 až 0,1 = zanedbatelná závislost;
- mezi 0,1 až 0,3 = slabá závislost;
- mezi 0,3 až 0,7 = střední závislost;
- mezi 0,7 až 1 = silná závislost;
- 1 = absolutní vztah, kdy z hodnot jedné proměnné lze předpovědět hodnotu druhé proměnné.

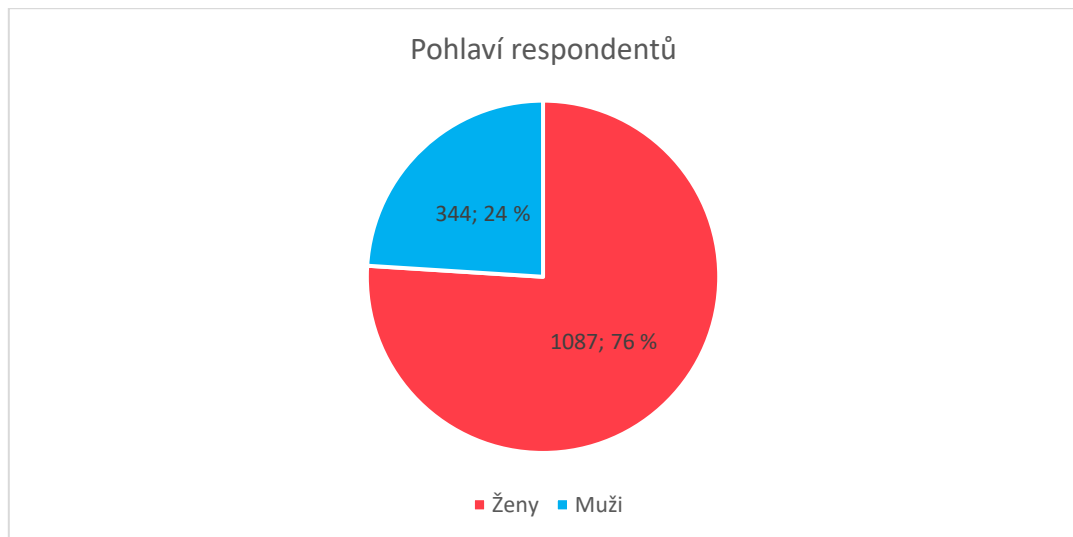
Před samotným vyhodnocením bylo nutné data roztrždit a následně protřídít. Výsledky otevřených otázek byly vyhodnoceny pomocí obsahové analýzy. Jednotlivé odpovědi respondentů byly roztržděny podle významové kategorie. Poté následovala kvantifikace kategorií, která zjišťovala jejich frekvenci. Některé otevřené odpovědi byly pro vyhodnocení nerelevantní (nezodpovězení otázky) a proto tyto odpovědi nebyly ve výsledku započítány. Všechny hypotézy byly testovány na hladině významnosti $\alpha = 0,05$.

8. Analýza výsledků výzkumného šetření

Tato kapitola se zaměřuje na interpretaci výsledků, které vycházejí z realizace výzkumného šetření. Prezentace výsledků je znázorněna v grafech, které jsou seřazeny v souladu se strukturou elektronického dotazníku (Příloha 2). Celkový počet respondentů je 1431. V případě polouzavřených otázek s možností více odpovědí, četnost nebo procenta nejsou v souladu s celkovým počtem respondentů z důvodu nerelevantních odpovědí nebo možnosti zaškrtnout více odpovědí.

Na základě odpovědi první otázky v dotazníku se danému respondentovi následně přizpůsobilo ženské nebo mužské oslovení v jednotlivých otázkách.

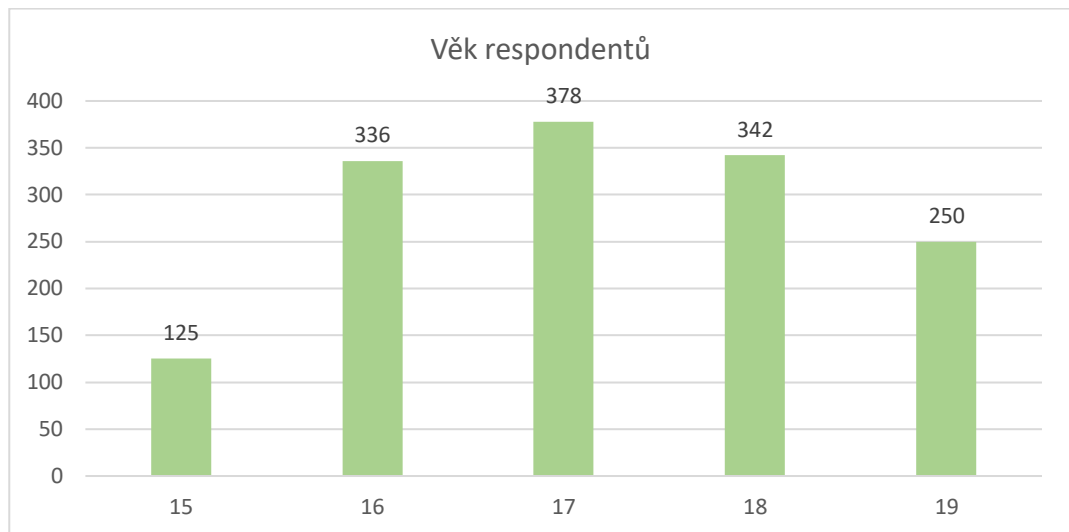
8.1. Otázka č. 1: Jaké je tvé pohlaví?



Graf 1: Otázka č. 1 – *Pohlaví respondentů*

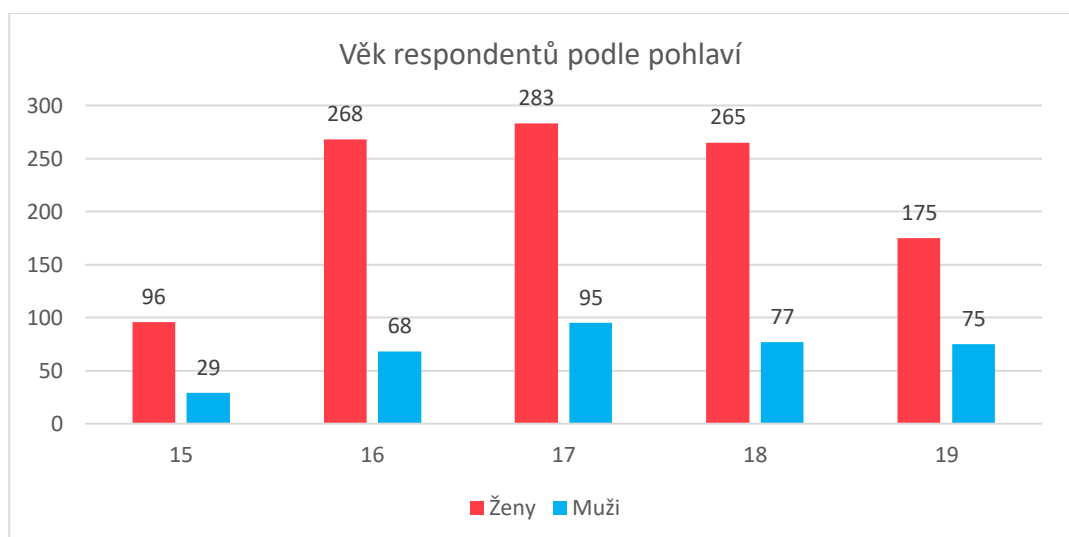
Výzkumný vzorek představuje celkem 1431 respondentů z řad studentů středních škol. Z uvedených informací v grafu vyplývá, že se dotazníkového šetření zúčastnily především ženy (1087; 76 %), které mají v populaci vyšší zastoupení. Muži se zúčastnili v celkově menším zastoupení (344; 24 %).

8.2.Otázka č. 2: Kolik ti je let?



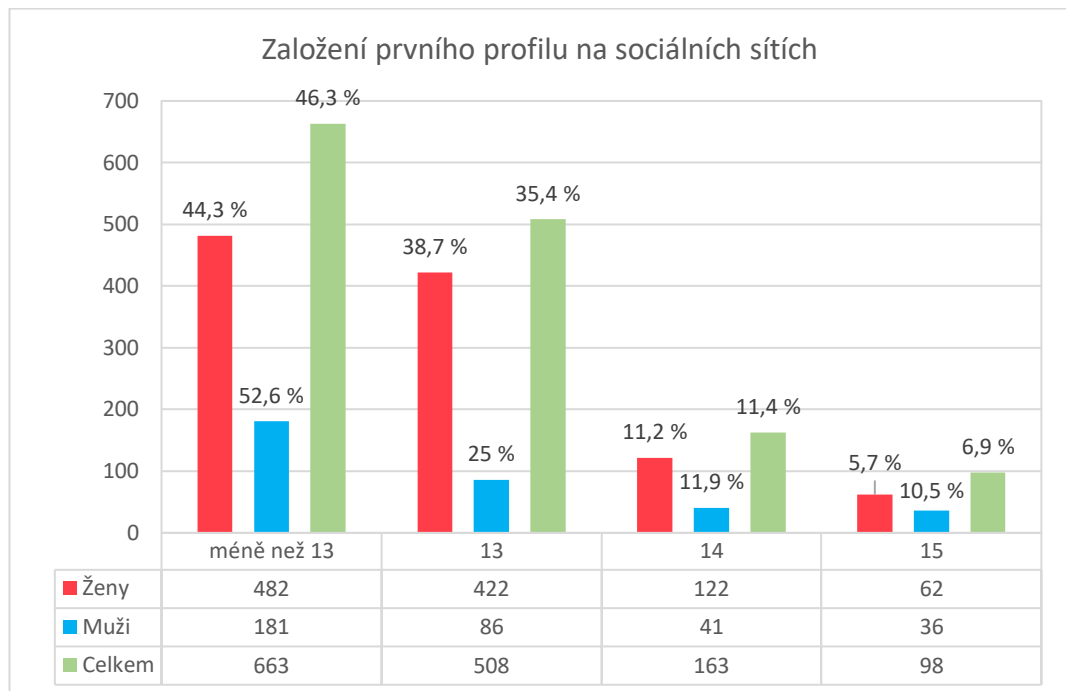
Graf 2: Otázka č. 2 – Věk respondentů

Vzhledem k výzkumnému vzorku se věk respondentů pohyboval od 15 do 19 let. Největší zastoupení měli respondenti ve věku 17 let (378; 26,4 %) a čerstvě plnoletí (342; 23,9 %). Respondenti ve věku 16 let se umístili v četnosti na třetím místě hned za plnoletými (336; 23,5 %). Bylo jich pouze o 6 méně než plnoletých. V počtu 250 (17,4 %) respondentů se výzkumu účastnili 19 letí. Respondentů s věkem 15 let bylo nejméně a to pouze 125 (8,7 %).



Graf 3: Otázka č. 2 – Věk respondentů podle pohlaví

8.3.Otázka č. 3: Od kolika let máš svůj první profil na sociálních sítích?



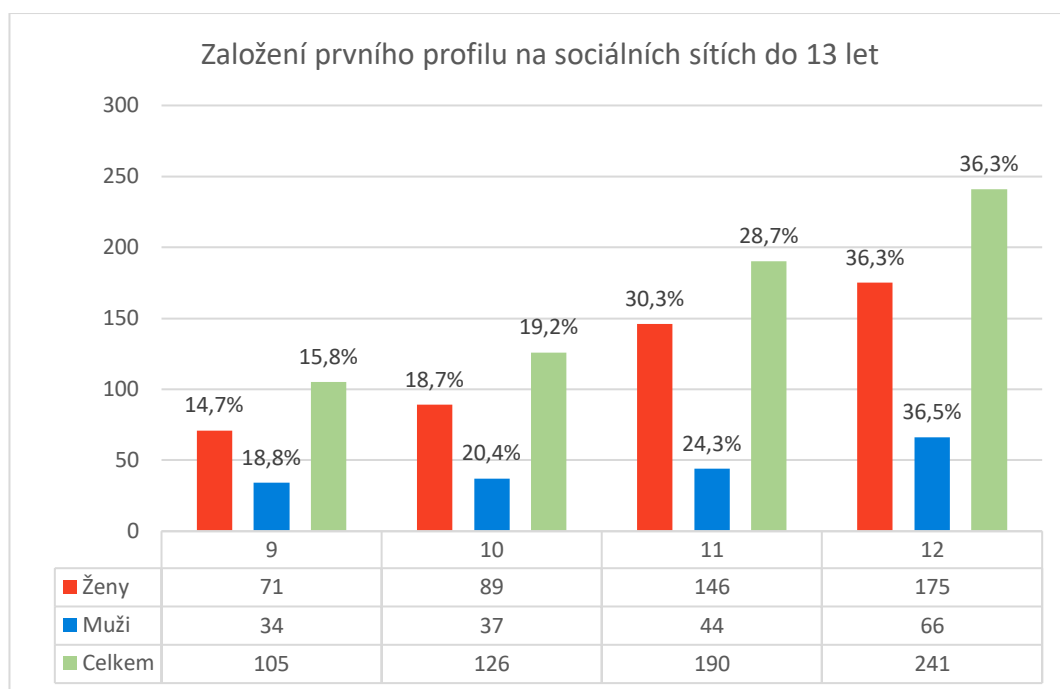
Graf 4: Otázka č. 3 – Založení prvního profilu na sociálních sítích

Uvedená procenta v grafu nám ukazují zastoupení z celkového počtu respondentů dle pohlaví a zastoupení odpovědí všech respondentů. Překvapivé je, že si 663 respondentů (46,3 %) založilo svůj první profil na sociálních sítích v mladším věku než 13 let. 181 mužů (52,6 %) a 482 žen (44,3 %). Ve 13 letech si profil založilo 507 respondentů. Ve vyšším věku se zakládání profilů výrazně snižuje. Ve 14 letech si profil založilo ve výsledku 163 dospívajících, v 15 letech již pouze 98.

8.3.1. Otázka č. 4: V kolika letech jsi měl/a svůj první profil?

Otázka číslo 4 sloužila jako doplňková otázka k předchozí otázce (otázka č. 3). V případě, že respondenti zvolili odpověď méně než 13, v elektronickém dotazníku se jim ukázala otázka číslo 4. V případě, že odpověděli jinou možností, tato otázka se jim nezobrazila.

Je důležité podotknout, že většina sociálních sítí a internetových služeb je stanovena na minimální věkovou hranici a to právě 13 let. Věk se zadává při zakládání sociálního profilu, kdy stačí uvést nepravdivé informace o svém narození a aplikace nezletilého nechá pokračovat.



Graf 5: Otázka č. 4 – Založení prvního profilu na sociálních sítích do 13 let

Z grafu lze vyčíst, že 105 dospívajících (71 žen, 34 mužů) si svůj první profil na sociálních sítích založili ve věku 9 let. Je znepokojivé, jak snadno si nezletilí mohou založit profil na sociálních sítích, pouze zadají nesprávný údaj o svém věku.

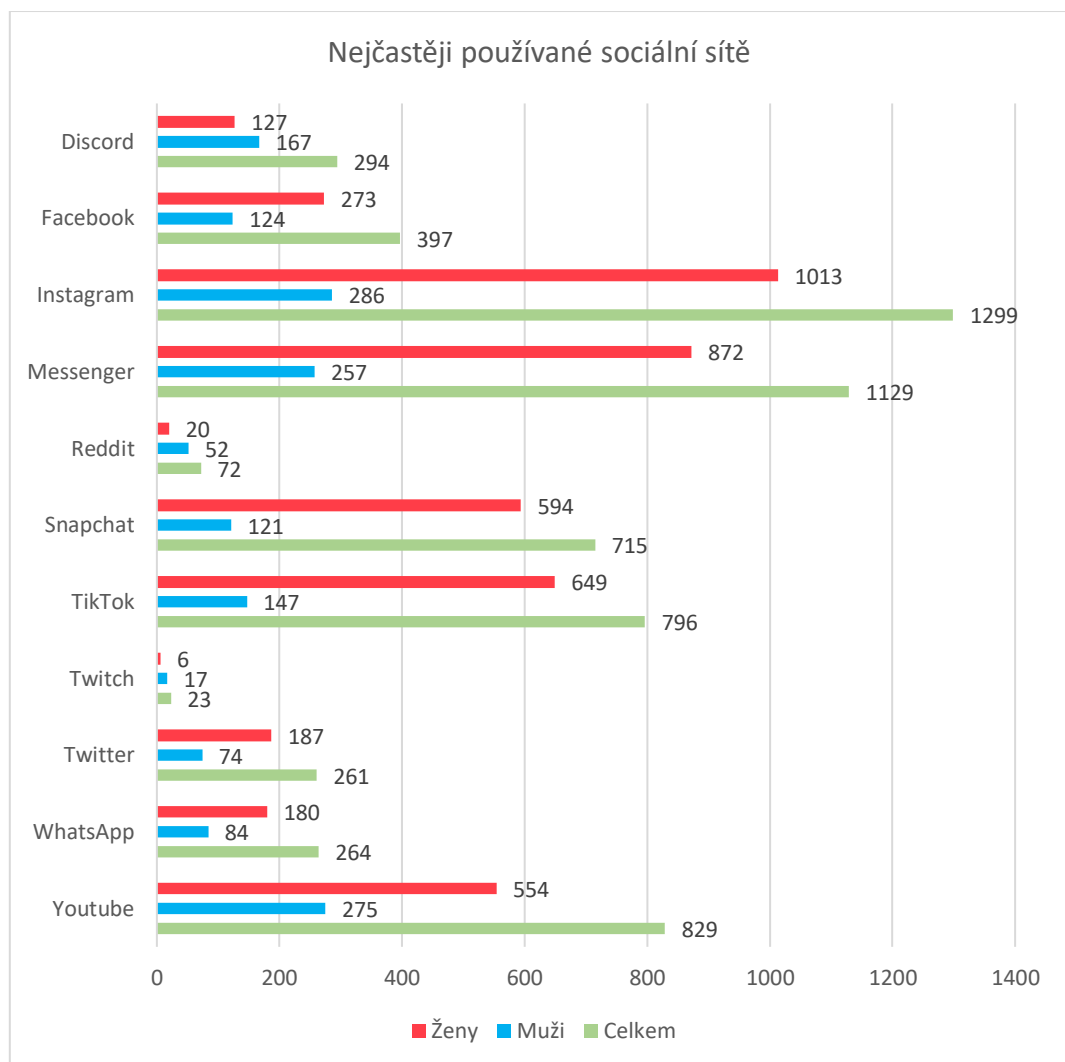
Obdobnou četnost má i věk 10 let, který má celkově 127 respondentů (90 žen, 37 mužů). 190 respondentů (146 žen, 44 mužů) si založilo první profil v 11 letech a 241 respondentů (175 žen, 66 mužů) si založilo sociální sítě ve 12 letech.

Z grafu 4 a 5 si můžeme povšimnout, že věk 12 a 14 má téměř na desetiny stejné procentuální zastoupení žen i mužů. Nejvíce si studenti středních škol zakládali profil ve 12 (36,3 %) a 13 letech (35,4 %).

8.4.Otázka č. 5: Jaké sociální sítě nejčastěji používáš?

U této otázky mohli respondenti zvolit více možností a v případě potřeby dopsat jimi aktivně využívané sociální sítě. Některé otevřené odpovědi byly pro vyhodnocení nerelevantní nebo v malé četnosti, tudíž tyto odpovědi nebyly ve výsledcích zpracovány. Na otázku bylo možné odpovědět více možnostmi, proto počet odpovědí u otázky v součtu neodpovídá celkovému počtu respondentů.

Následující graf znázorňuje rozložení odpovědí respondentů.



Graf 6: Otázka č. 5 – Nejčastěji používané sociální sítě

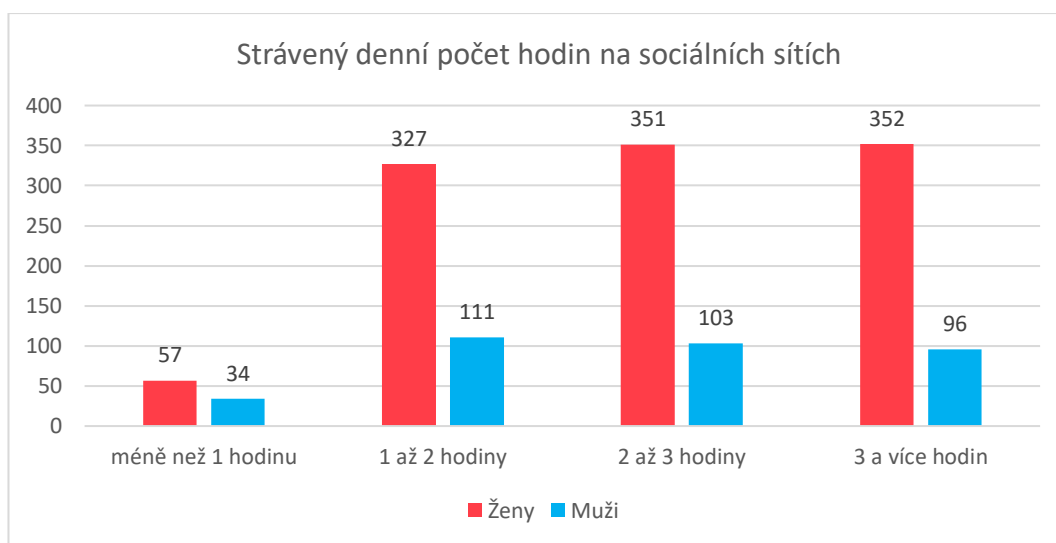
Mezi nejčastější odpovědi na otázku, jaké sociální sítě nejvíce používají, patří jednoznačně Instagram (1299) a Messenger (1129). Na třetím a čtvrtém místě je webová či mobilní aplikace YouTube (829) a TikTok (796). Na pátém místě je aplikace Snapchat (715). Na šestém místě je sociální síť Facebook (397), kde můžeme pozorovat již poměrně velký rozdíl

oproti aplikaci Snapchat. Discord (294), WhatsApp (264) a Twitter (261) mají podobné zastoupení v odpovědích. Na předposledním a posledním místě je Reddit (72) a Twitch (23).

Pokud porovnáme oblíbenost sociálních sítí z hlediska pohlaví, dojde ke změnám v pořadí oblíbenosti jednotlivých platform. U žen se pořadí prvních dvou sociálních sítí nemění, avšak na třetím a čtvrtém místě by byl TikTok (649) a Snapchat (594). To znamená, že na prvním místě jsou sociální sítě, přes které se sdílí a posílají multimédia nebo se sleduje obsah jiných lidí. U mužů na prvním místě zůstává Instagram. Na druhém místě je YouTube (275), kde se více sleduje obsah delších videí, než že dochází k pouhému sdílení fotografií, příběhů či krátkých videí.

Discord, Reddit a Twitch jsou platformy, které jsou spojovány především s hraním her, sdílením obsahu, komunikací či online streamu (živé vysílání). U všech těchto sociálních sítí si lze povšimnout, že je větší zastoupení respondentů mužského pohlaví.

8.5.Otázka č. 6: Kolik hodin denně na sociálních sítích průměrně strávíš?



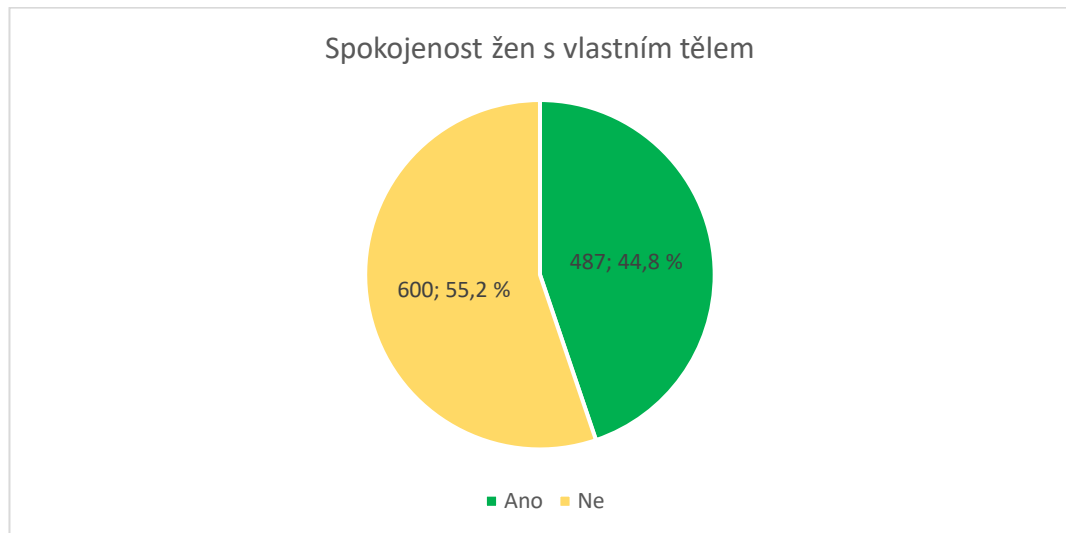
Graf 7: Otázka č. 6 – *Strávený denní počet hodin na sociálních sítích*

Jak je z grafu číslo 7 patrné, nejvíce studentů středních škol tráví na sociálních sítích průměrně 2 až 3 hodiny denně. Následuje 3 a více hodin, na třetím místě je 1 až 2 hodiny. Nejméně zastoupená je odpověď méně než 1 hodinu.

Překvapivým zjištěním bylo, že nejvíce času (3 a více hodin) na sociálních sítích tráví respondenti ve věku 16 let a nejméně času (méně než 1 hodina) ve věku 17 let.

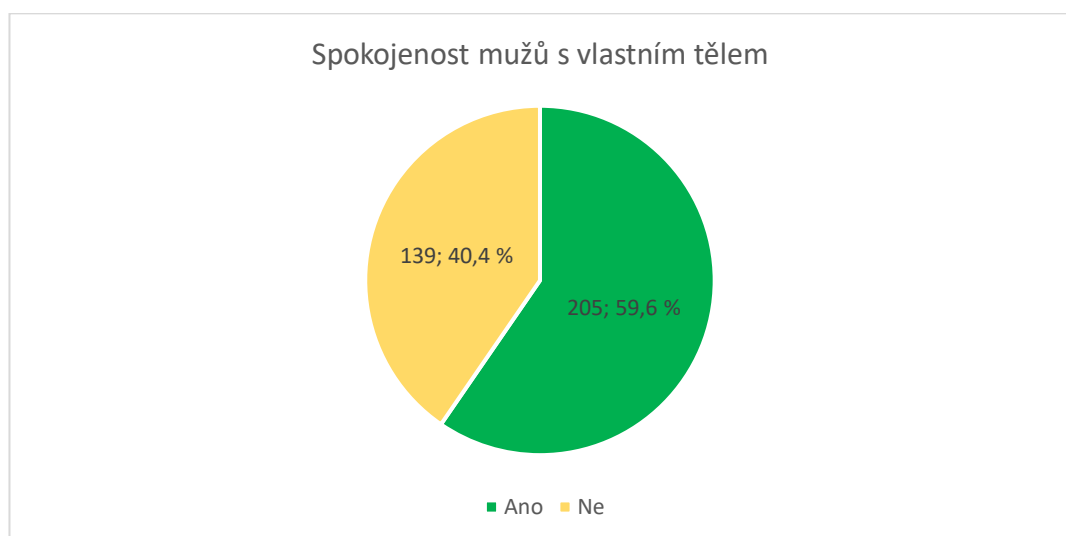
8.6. Otázka č. 7: Jsi spokojen/á s tím, jak momentálně vypadáš?

V této otázce respondenti podle vlastního názoru hodnotili, jak jsou spokojeni se svou postavou. Bylo možné odpovědět pouze formou Ano či Ne. V poznámce byla uvedena specifikace pro všechny respondenty, a to fyzický vzhled. Tato otázka poukazuje především na sebehodnocení a vnímání sebe jako osoby.



Graf 8: Otázka č. 7 – Spokojenost žen s vlastním tělem

Spokojenost s vlastním tělem je u žen v menšině (487; 44,8 %), na rozdíl od nespokojenosti, která převládá (600; 55,2 %).



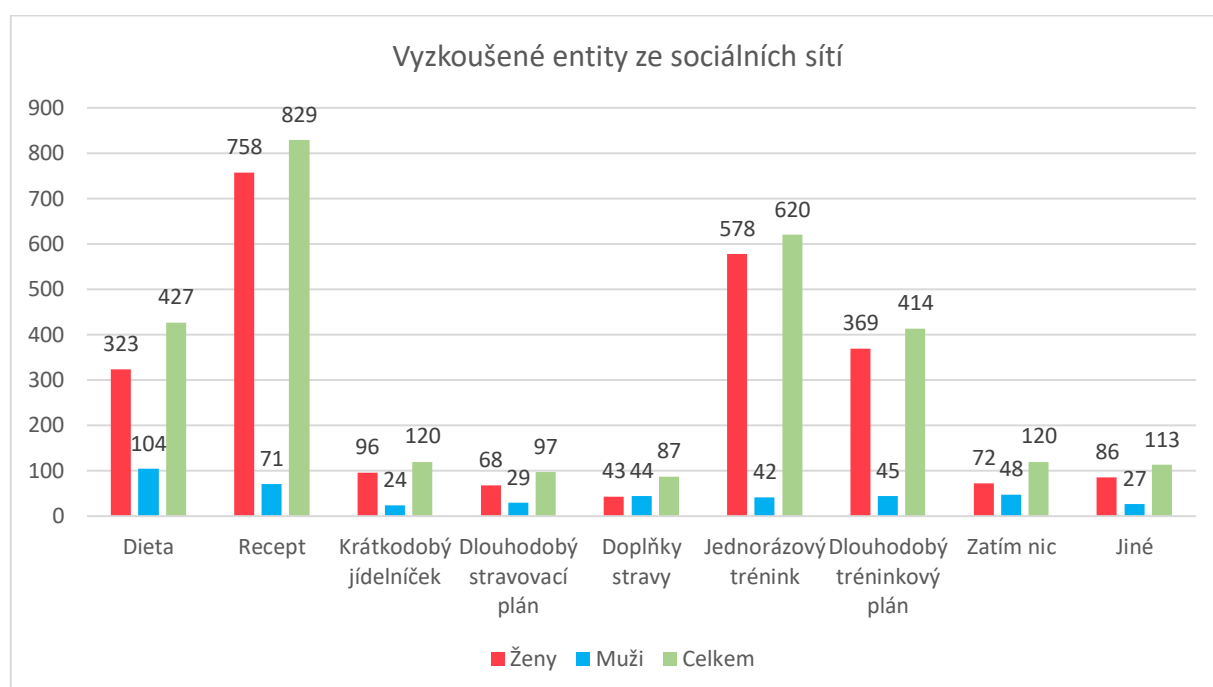
Graf 9: Otázka č. 7 – Spokojenost mužů s vlastním tělem

Muži jsou oproti ženám se svým vzhledem spokojenější. 205 respondentů (59,6 %) uvedlo, že jsou se svým vzhledem a postavou spokojeni, 139 respondentů (40,4 %) uvedlo nespokojenost.

Z odpovědí dotazovaných vyplývá, že ženy v 17 letech (41 %) a muži v 18 letech (29 %) jsou nejvíce nespokojeni se svým tělem.

8.7.Otázka č. 8: Co vše jsi na doporučení ze sociálních sítí zatím vyzkoušel/a?

Tato otázka mapuje, zda adolescenti přejímají na doporučení ze sociálních sítí nějaké entity a případně jaké. Na otázku šlo odpovědět více možnostmi, proto počet odpovědí u otázky v součtu nesouhlasí s celkovým počtem respondentů.



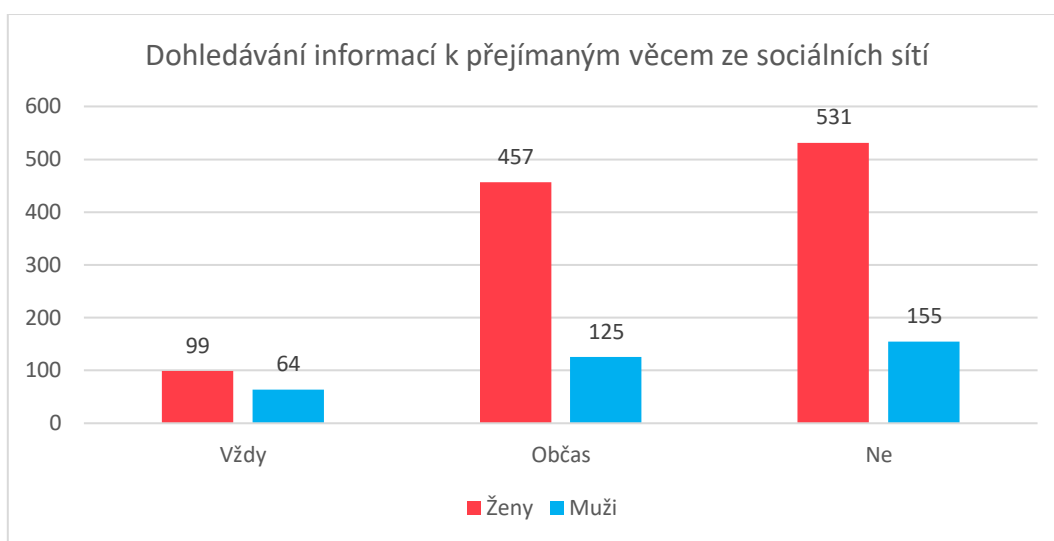
Graf 10: Otázka č. 8 – Vyzkoušené entity ze sociálních sítí

Nejčastěji byla zvolena možnost recept (829), na druhém místě jednorázový trénink (620), na třetím místě dieta (427), na čtvrtém místě dlouhodobý tréninkový plán (414). O páté místo se společně dělí krátkodobý jídelníček (120) a zatím nic (120). Odpovědi jiné (113), dlouhodobý stravovací plán (97) a doplňky stravy (87) od sebe dělí několik málo odpovědí.

Z pohledu pohlaví je zajímavé, že muži zvolili nejčastěji odpověď dieta (104), recept (71) a zatím nic (48). Ženy nejčastěji zvolily recept (758), jednorázový trénink (578) a dlouhodobý tréninkový plán (369). Odpověď na doplněk stravy byla u žen i mužů téměř totožná (ženy 43, muži 44).

8.8.Otázka č. 9: Dohledáváš si další informace k radám a tipům ze sociálních sítí?

Otázka mapuje zodpovědnost studentů středních škol na základě toho, zda si dohledávají informace k radám a tipům, které přebírají ze sociálních sítí. Na této otázce můžeme také vidět, jak velká je důvěra dospívajících v informace a fakta, která se prezentují v médiích pomocí veřejně známých osobností, influencerů a dalších.



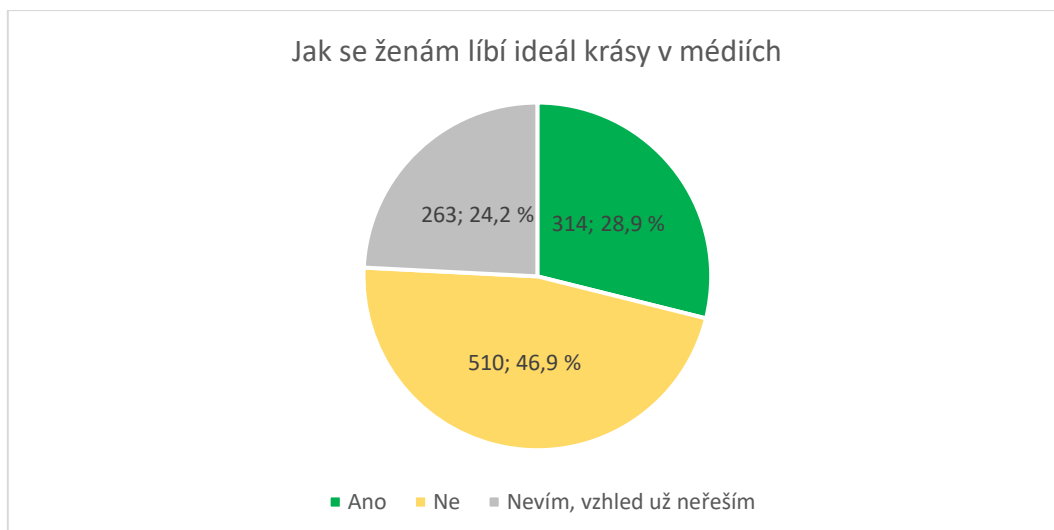
Graf 11: Otázka č. 9 – Dohledávání informací k přijímaným věcem ze sociálních sítí

Nejčastější odpovědí byla možnost ne – nedohledávám si dodatečné informace (686; 47,9 %). Tato odpověď byla nejpočetnější celkově, i u obou pohlaví (ženy 531, muži 155). Možnost dohledávám občas (582; 40,7 %). Nejméně volenou možností bylo dohledávám vždy (163; 11,4 %).

Nejzodpovědnější věkovou skupinou respondentů, kteří si vždy dohledávají dodatečné informace ze sociálních sítí, jsou ženy i muži ve věku 19 let.

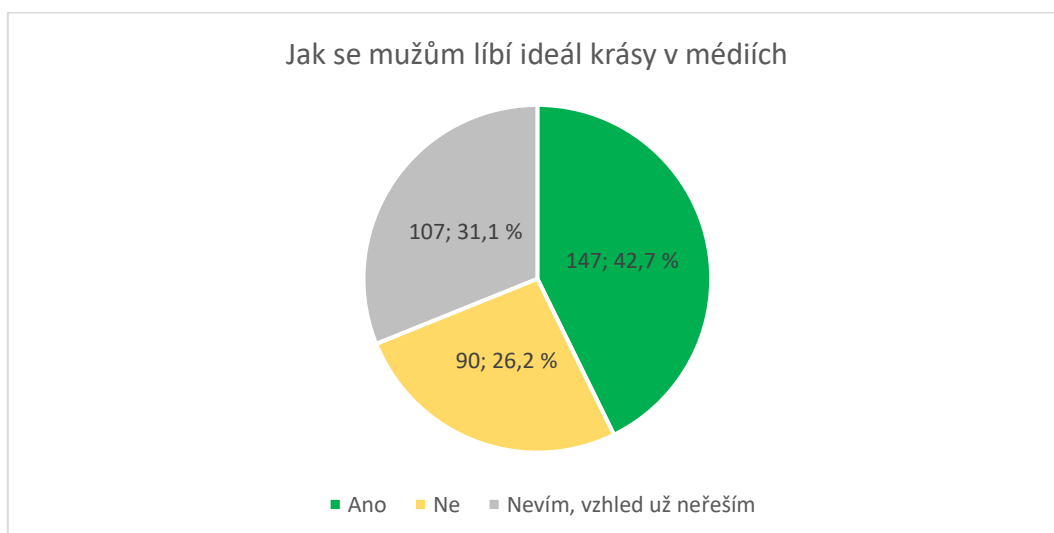
8.9.Otázka č. 10: Líbí se ti ideál krásy prezentovaný v médiích?

Tato otázka mapuje, zda se respondentům líbí aktuální ideál krásy, která prezentují média. Ženy měly v této otázce poznámku k ideálu krásy pro upřesnění 90-60-90, muži měli six-pack a svalnatá postava.



Graf 12: Otázka č. 10 – *Jak se ženám líbí ideál krásy v médiích*

Na tuto otázku odpovědělo 314 žen (28,9 %), že se jim ideál krásy prezentovaný v médiích líbí. Naopak 510 žen (46,9 %) zvolilo odpověď ne. V nabídce byla i třetí varianta odpovědi – nevím, vzhled už neřeším. Zvolilo ji pouze 263 žen (24,2 %). Tato možnost byla nabídnuta záměrně proto, aby bylo možné následně co lépe procentuálně porovnat zvolené odpovědi ano či ne.



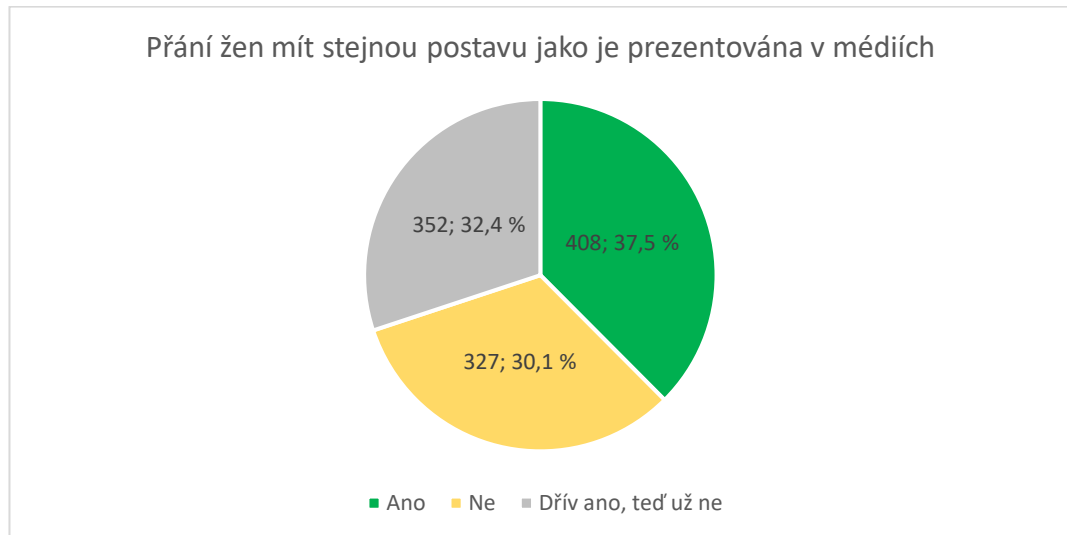
Graf 13: Otázka č. 10 – *Jak se mužům líbí ideál krásy v médiích*

Celkem 147 mužů (42,7 %) odpovědělo, že se jim ideál krásy prezentovaný v médiích líbí. Nejmenší zastoupení v odpovědích má odpověď ne s 90 respondenty (26,2 %). Třetí možnost byla stejná jako u žen – nevím, vzhled už neřeším, kterou zvolilo celkem 107 mužů (31,1 %).

Z výsledků této otázky si lze povšimnout, že se ideál krásy prezentovaný v médiích líbí více mužům (o 13,8 %) než ženám.

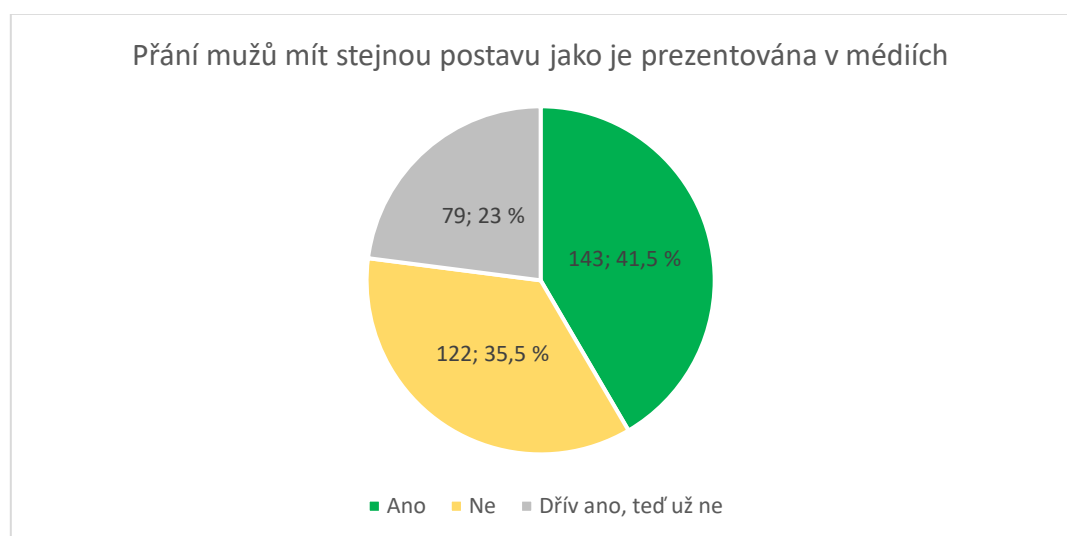
8.10. Otázka č. 11: Přeješ si mít stejnou postavu jako je prezentovaná v médiích?

Stejně jako v předchozí otázce bylo respondentům podle pohlaví v poznámce upřesněn myšlený ideál krásy. U žen 90-60-90, u mužů six-pack, svalnatá postava.



Graf 14: Otázka č. 11 – *Přání žen mít stejnou postavu jako je prezentována v médiích*

Ženy odpovídaly s ohledem na procenta poměrně vyrovnaně. Nejvíce frekventovaná byla odpověď ano (408; 37,5 %). Na druhém místě je odpověď dřív ano, teď už ne (352; 32,4 %). Nejméně volenou možností byla odpověď ne (327; 30,1 %).



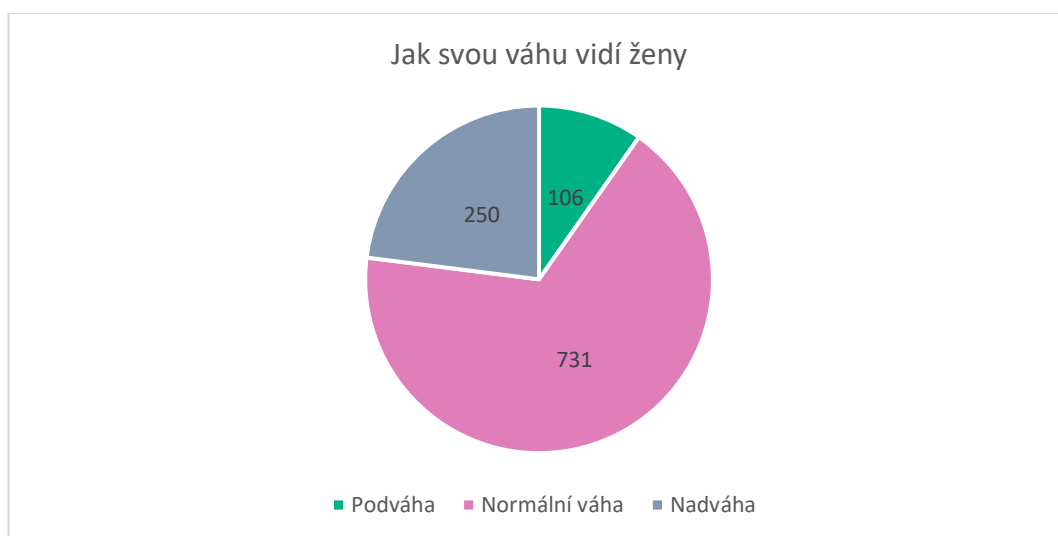
Graf 15: Otázka č. 11 – *Přání mužů mít postavu jako je prezentována v médiích*

U mužů stejně jako u žen je na prvním místě odpověď ano (143; 41,5 %). Na druhém místě odpověď ne (122; 35,5 %), třetí je odpověď – dřív ano, teď už ne (79; 23 %).

Pokud srovnáme odpovědi dotazovaných mužů a žen sledujeme, že o 4 % více mužů si přeje mít stejnou postavu, která je prezentovaná v médiích.

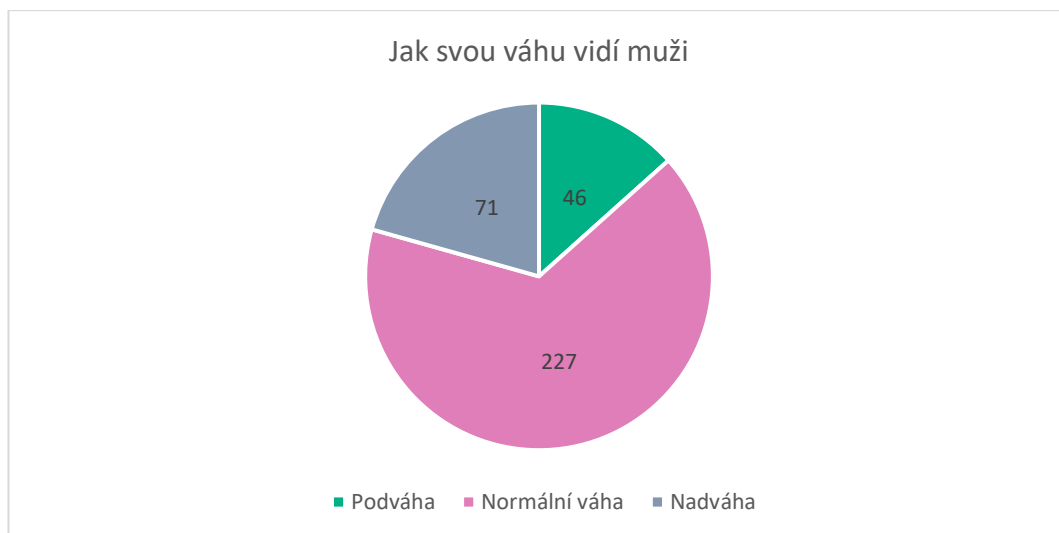
Otázka číslo 10 a 11 se v podstatě doptává na totožné téma. Zda se dotazovaným líbí ideál krásy prezentovaný v médiích a jejich přání vypadat stejně, jak prezentují média. Odpovědi ano, by měly být obdobné, případně u otázky číslo 11 nižší. U mužů jsou odpovědi v otázkách 10 a 11 téměř totožné (147 se ideál líbí, 143 si přejí tak vypadat). U žen můžeme sledovat rozporuplný výsledek. V otázce číslo 10, zda se jim ideál krásy líbí, odpovědělo ano 314 žen a zda si přejí takovou postavu mít, odpovědělo ano 408 žen. Rozdíl je tedy 94 žen (8,6 %), kterým se ideál krásy nelíbí, ale přesto mají přání tak vypadat.

8.11. Otázka č. 12: Jakou váhu podle sebe máš?



Graf 16: Otázka č. 12 – *Jak svou váhu vidí ženy*

Dle grafu číslo 16 je zřejmé, že nejčastější odpovědí byla normální váha (67 %). 23 % žen uvedlo, že mají podle sebe nadváhu, 10 % žen označilo podváhu.



Graf 17: Otázka č. 12 – *Jak svou váhu vidí muži*

Muži mají velmi obdobné odpovědi jako ženy. 66 % mužů uvedlo, že mají normální váhu a 21 % má nadváhu. Překvapivě 13 % mužů označilo, že mají podváhu.

Zajímavé je porovnání těchto výsledků s otázkou číslo 7, kde respondenti byli dotazováni, zda jsou sami se sebou spokojeni či nikoliv. Když porovnáme odpovědi podle pohlaví, můžeme vidět rozdílnosti. 59,6 % mužů uvedlo, že jsou se svou váhou momentálně spokojeni a 66 % mužů uvedlo, že mají normální váhu. 44,8 % žen uvedlo, že jsou se svou postavou spokojeny a 67 % žen uvedlo, že mají normální váhu. Velké procento žen tedy podle svého mínění nemají váhu, kterou by si představovaly a chtěly mít.

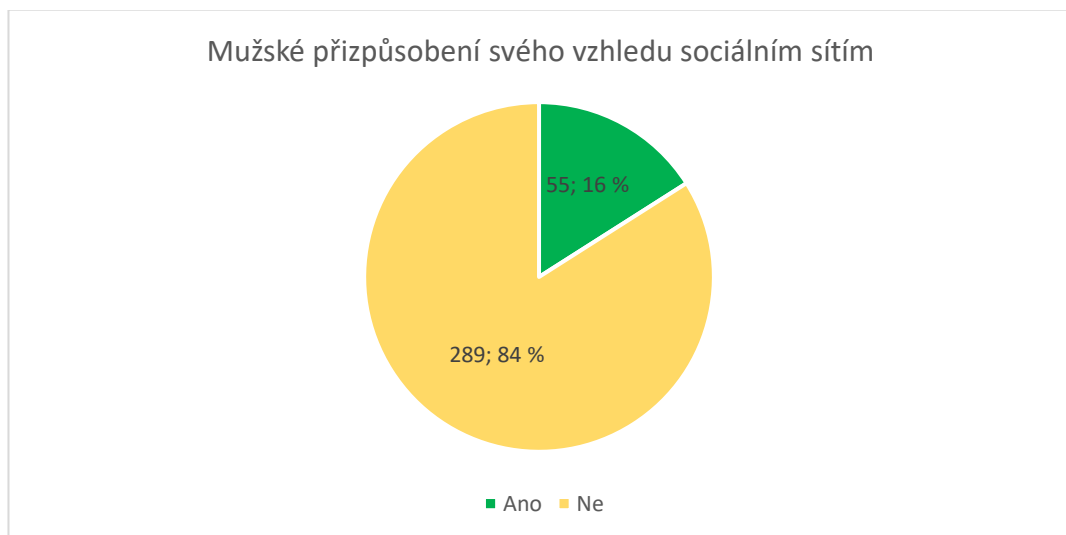
Pokud porovnáme odpovědi v otázce číslo 8 (Co vše jsi na doporučení ze sociálních sítí zatím vyzkoušel/a?) a 11 (Přeješ si mít stejnou postavu jako je prezentovaná v médiích?) zjistíme, že 228 (72 %) respondentů, kteří označili svou váhu za nadváhu, si přejí mít postavu 90-60-90 a nejčastěji ze sociálních sítí přebírají diety a dlouhodobé stravovací plány.

8.12. Otázka č. 13: Máš tendenci přizpůsobovat svůj vzhled na základě vlivu a aktuálním trendům na sociálních sítích?



Graf 18: Otázka č. 13 – *Ženské přizpůsobení svého vzhledu sociálním sítím*

Významná část žen (37,9 %) uvedla, že mají tendenci svůj vzhled přizpůsobovat trendům, které vidí na sociálních sítích.

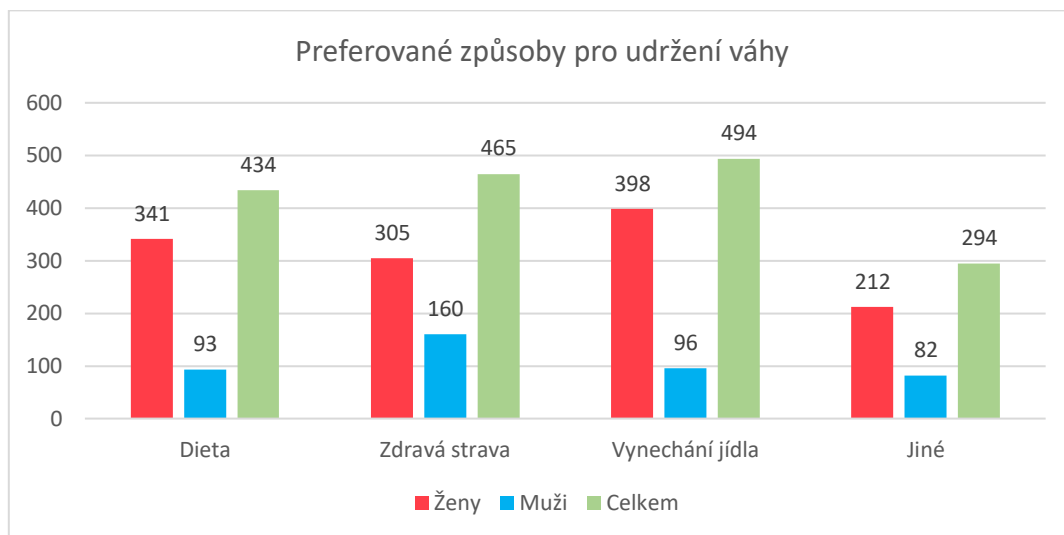


Graf 19: Otázka č. 13 – *Mužské přizpůsobení svého vzhledu sociálním sítím*

Muži na rozdíl od žen nemají takovou tendenci, jelikož ano označilo pouze 16 %.

8.13. Otázka č. 14: Jaký způsob pro udržení své postavy preferuješ?

U této otázky mohli respondenti zvolit více možností dle svých osobních preferencí. V poznámce bylo upřesněno, že mohou zvolit činnost či způsob, který alespoň pětkrát opakovaně aplikovali.



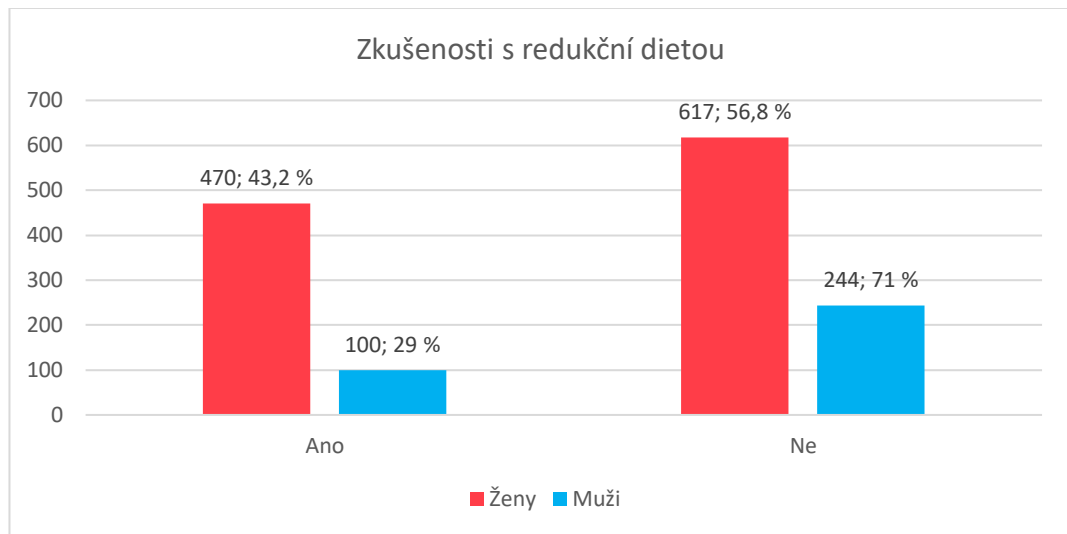
Graf 20: Otázka č. 14 – *Preferované způsoby pro udržení váhy*

Překvapivým zjištěním bylo, jak velké množství respondentů uvedlo, že jako preferovaný způsob pro udržení své postavy volí vynechání jídla (29,3 %). Následuje zdravá strava (27,5 %), dieta (25,7 %) a jiné (17,5 %).

Zároveň respondenti, kteří odpověděli na otázku číslo 12 (Jakou váhu podle sebe máš?), že mají normální váhu, nejčastěji zvolili dietu a vynechání jídla jako způsoby pro udržení své postavy.

Zajímavé je, že s narůstajícím věkem respondenti upřednostňují vynechání jídla před dietou.

8.14. Otázka č. 15: Držíš nebo jsi v posledním roce držel/a dietu na snížení váhy?



Graf 21: Otázka č. 15 – *Zkušenosti s redukční dietou*

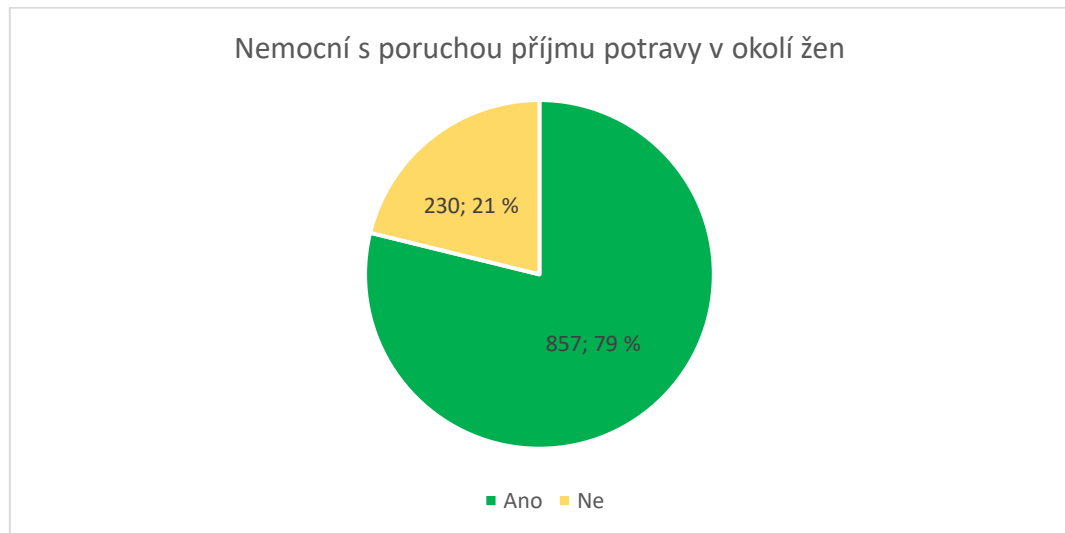
Respondenti byli dotazováni, zda aktuálně nebo v minulosti drželi dietu na redukci své váhy. Z grafu můžeme vidět, že s redukčními dietami mají větší zkušenost ženy než muži (ženy 43,2 %, muži 29 %).

Pokud porovnáme zkušenosti podle věku, u žen s dospělostí upadá zájem o redukční diety, ale muži s nadcházející dospělostí tento způsob více preferují.

Z celkového počtu 100 mužů, kteří odpověděli, že dietu v posledním roce drželi nebo aktuálně drží, tuto formu redukce váhy dlouhodobě preferuje 93 (93 %). Z celkového počtu 470 žen, tuto formu redukce váhy dlouhodobě preferuje 341 (72,5 %).

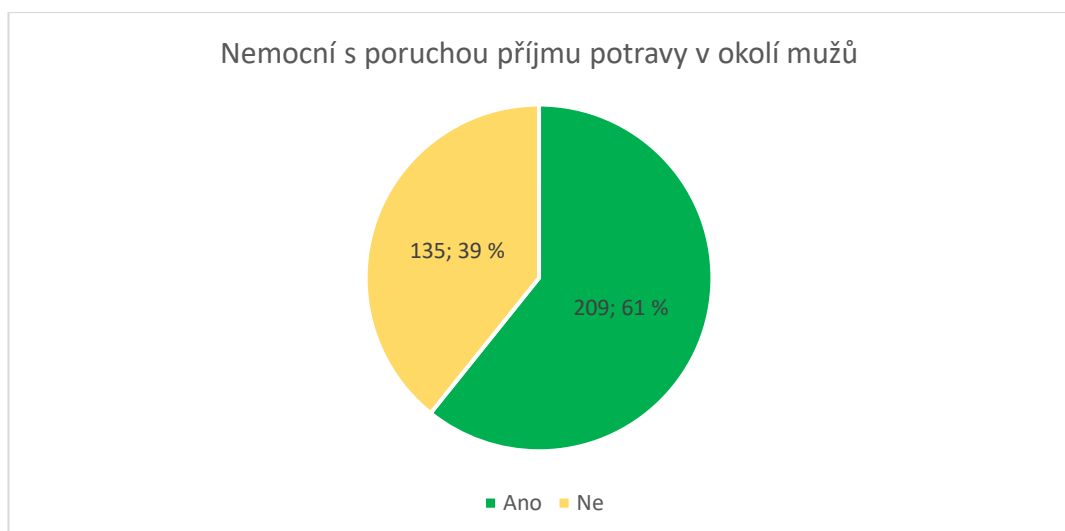
8.15. Otázka č. 16: Znáš někoho, kdo měl poruchu příjmu potravy?

Vzhledem k tomu, že je téma poruch příjmu potravy stále poměrně stigmatizované, předpokladem pro sdělení této informace je bližší vztah s jedincem, který je nemocný. Celá otázka nám reflektuje, v jaké míře se respondenti ve svém okolí setkávají s poruchami příjmu potravy.



Graf 22: Otázka č. 16 – *Nemocní s poruchou příjmu potravy v okolí žen*

Ženy s velkou převahou odpověděly ano (79 %).

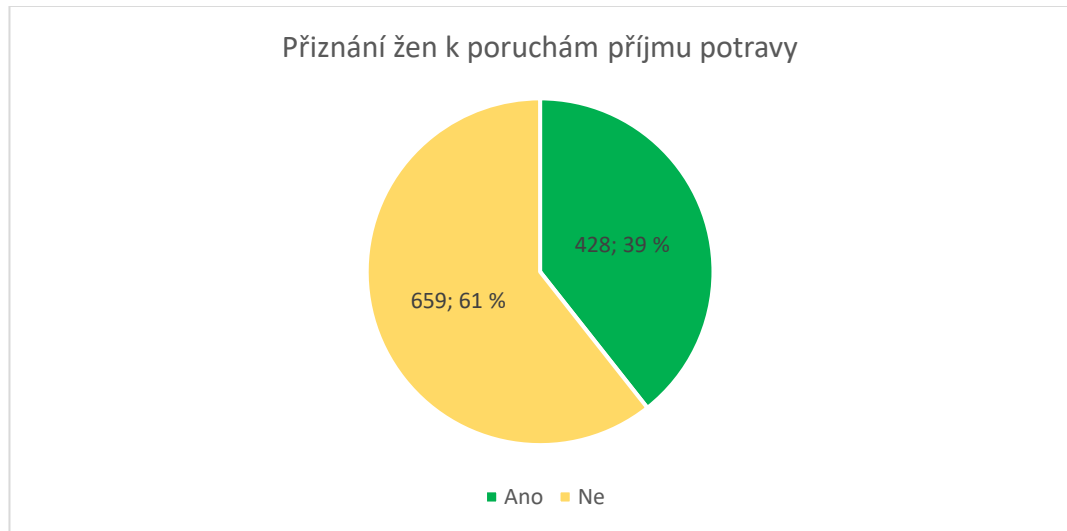


Graf 23: Otázka č. 16 – *Nemocní s poruchou příjmu potravy v okolí mužů*

Muži znají o něco méně osob s poruchou příjmu potravy, přesto 61 % odpovědělo ano.

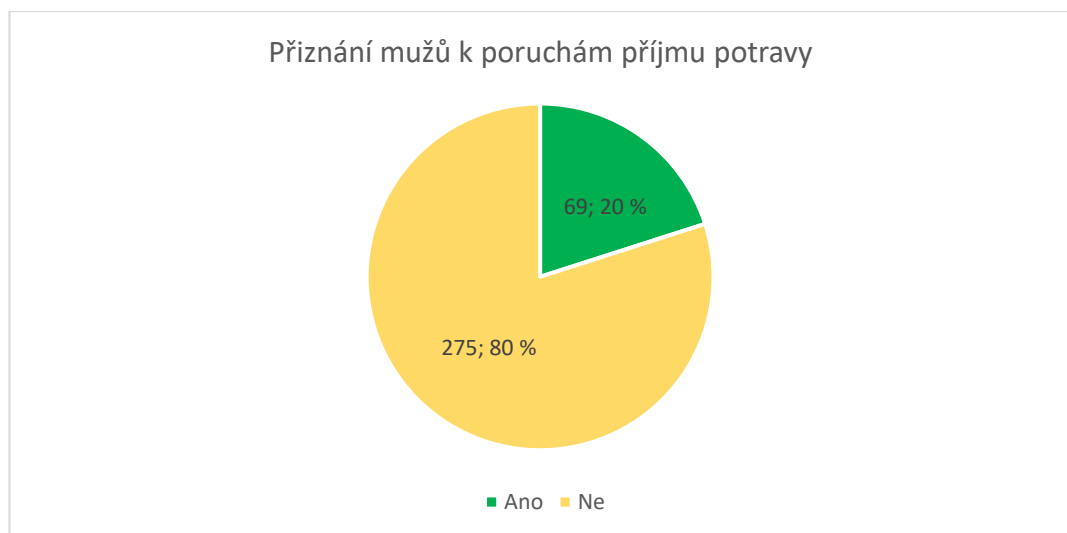
8.16. Otázka č. 17: Máš nebo jsi v minulosti měl/a poruchu příjmu potravy?

Otázka mapuje výskyt poruch příjmu potravy u samotných respondentů.



Graf 24: Otázka č. 17 – Přiznání žen k poruchám příjmu potravy

Z grafu 24 je patrné, že 39 % dotazovaných žen má zkušenost s poruchami příjmu potravy.



Graf 25: Otázka č. 17 – Přiznání mužů k poruchám příjmu potravy

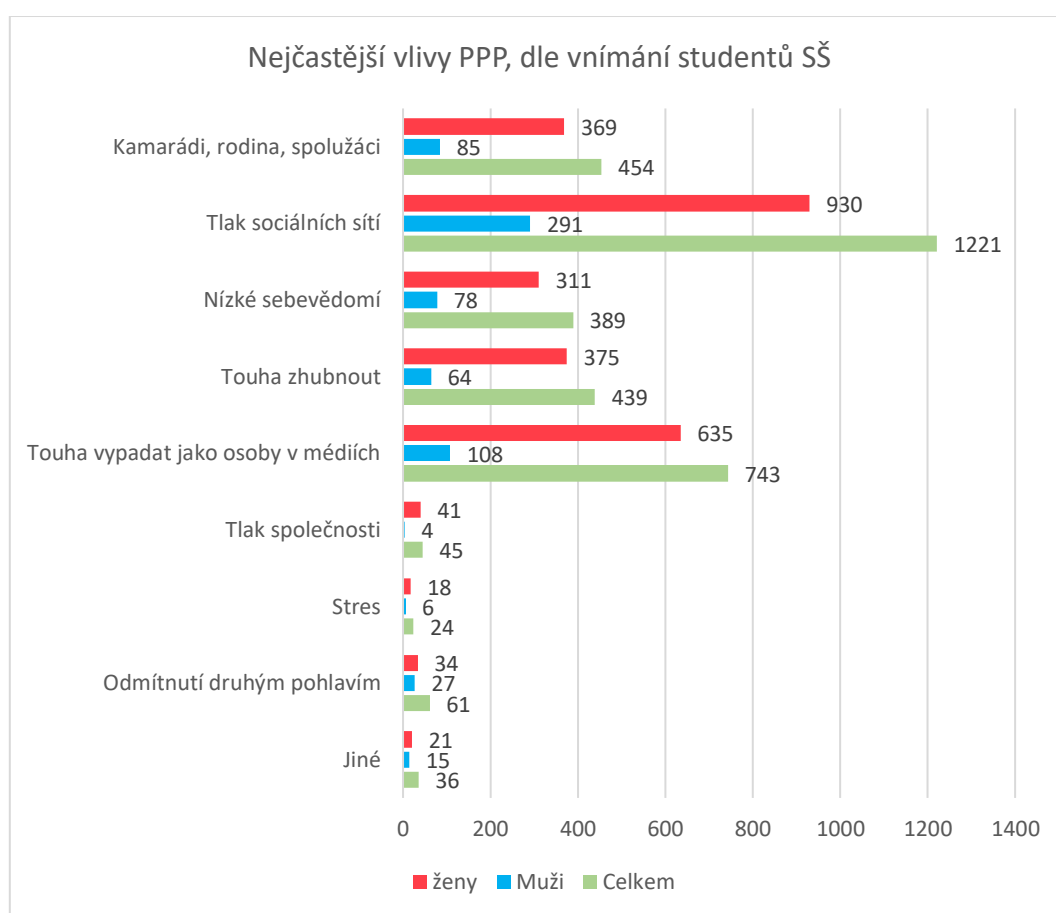
Oproti tomu výsledky ukazují, že má tuto zkušenost 20 % respondentů mužského pohlaví.

Pokud vezmeme v úvahu věk respondentů zjistíme, že čím je respondent mladší, tím více se u něj vyskytují poruchy příjmu potravy. 45 % (224) respondentů, kteří odpověděli že mají vlastní zkušenost s PPP, si přejí mít postavu kterou vidí v médiích (otázka číslo 11).

8.17. Otázka č. 18: Co má podle tebe největší vliv na vznik poruch příjmu potravy?

V poslední otázce mohli respondenti zvolit více možností a v případě potřeby dopsat vlastní názor nebo pohled na problematiku PPP. Některé otevřené odpovědi byly pro vyhodnocení nerelevantní nebo v malé četnosti, tudíž tyto odpovědi nebyly do výsledků zpracovány. Na otázku bylo možné odpovědět více možnostmi, proto počet odpovědí u otázky v součtu nekoresponduje s celkovým počtem respondentů.

Následující graf znázorňuje rozložení odpovědí respondentů.



Graf 26: Otázka č. 18 – Nejčastější vlivy PPP, dle vnímání studentů SŠ

Mezi nejčastější odpovědi na otázku, co má podle tebe největší vliv na PPP, patří jednoznačně tlak sociálních sítí (1221), touha vypadat jako osoby v médiích (743) a vliv rodiny, kamarádů a spolužáků (454). Na čtvrtém místě je touha zhubnout (439), na pátém místě nízké sebevědomí (389). Následující odpovědi jsou již s výrazným početním odstupem – odmítnutí druhým pohlavím (61), tlak společnosti (45), jiné (36) a stres (24). Pořadí první dvou vyjmenovaných vlivů se z pohledu pohlaví nemění.

9. Závěry výzkumného šetření

9.1. Zodpovězení výzkumné otázky

VO1: Co má podle studentů středních škol největší vliv na poruchy příjmu potravy?

Výzkumné šetření ukázalo, že tlak sociálních sítí vnímají studenti středních škol jako největší spouštěč poruch příjmu potravy (85,3 %). Více než polovina respondentů (51,9 %) považuje jako spouštěč také touhu vypadat jako osoby v médiích.

„Je to potřeba, mít něco pod kontrolou a jídlo je většinou jediná věc kterou mohu dostatečně kontrolovat, taky chci fakt hodně vypadat jako lidi na fotkách na instagramu, aby mě ostatní brali víc vážně“ – 15 let, žena.

„Já právě měl ppp a rozhodně tomu všemu přispěly sociální sítě, protože je používám každý den a podvědomě se chceme každý podobat influencerům, které sledujeme“ – 18 let, muž.

Téměř třetina respondentů (31,7 %) také poukazuje na vliv kamarádů, rodiny a spolužáků.

„Mám pocit, že když se nenajím, jsem lepší člověk, líbí se mi, když mi někdo řekne, jak jsem hubená a celkově prostě jsem tak trochu závislá na tom, že hubnu. Anorexii mám od 10 let a stále s tím bojuju. Vzniklo to v rodině, protože máma držela furt nějaké diety a táta neustále komentuje mou postavu, hlavně prsa a zadek, tak si snažím udržovat postavu malého dítěte. Nikdy jsem nebyla tlustá, věčně hubená, je to prostě v mé hlavě a sociální sítě tomu určitě napomáhají.“ – 19 let, žena.

Ze všech získaných odpovědí vyplývá, že téměř třetina respondentů považuje nízké sebevědomí (27,2 %) a touhu zhubnout (30,7 %) jako faktor, který ovlivňuje vznik poruch příjmu potravy.

Respondenti mezi významné vlivy zařadili také tlak společnosti (3,1 %), odmítnutí druhým pohlavím (4,3 %) nebo stres (1,7 %), na kterém se shodují mnozí autoři (Cooper, 1995; Hanusová, 2012; Pavlová, 2010; Vágnerová, 2004).

„Tlak společnosti, kdy je nám již od dětství tlučeno do hlavy, že jen hubení lidé jsou krásní. Když vezmu třeba pohádky a filmy pro dívky. Hlavní postava je vždy hubená krásná dívka a její kamarádka je vždy tlustší (má normální postavu), aby hlavní postava vypadala ještě více hubeně. Celkový ideál krásy je nám takto vštěpován již od dětství, jelikož v pohádkách a ve filmech jsou jen "krásní lidé". Ted' to samé neustále vidíme na

instagramu, kde jsou samé modelky, které se tím živí a my normální smrtelníci se jim snažíme vyrovnat“ – 17 let, žena.

„Stalo se mi, že moje spolužačka spadla do anorexie, protože jí kluk řekl, že na to aby s ní chodil nemá postavu...“ – 18 let, žena.

Jako spouštěče PPP se v dalších odpovědích objevila také škola, traumata, deprese, mentální poruchy nebo šikana.

„Z mého případu to byli spolužáci, kteří si ze mě na základce dělali furt srandu, jak vypadám, kolik mám kilo a tak dále. Zpětně si myslím, že to byla šikana. Proto jsem přestal jíst“ – 16let, muž.

„Od 11 jsem 4 roky bojovala s anorexií a doslova jsem si říkala, že si nezasloužím jídlo, takže asi moje odpověď je mentální problémy. Taky je pro mě v poslední době těžké sledovat některé obsahy na sociálních sítích, protože mě to podvědomě nabádá přestat jíst, abych vypadala hezky, jak se ode mě očekává“ – 18let, žena.

Z výzkumného šetření vyplývá, že si respondenti uvědomují vliv sociálních sítí na poruchy příjmu potravy. Přesto si téměř polovina respondentů (686) informace přebrané ze sociálních sítí neověřují a slepě následují rady a tipy, které prakticky přebírají do svého života. Tento vliv lze také pozorovat na tendenci přizpůsobovat svůj vzhled sociálním sítím, kterou přiznalo 467 respondentů.

9.2. Ověření věcných hypotéz

V další části jsou prezentovány výsledky ve vztahu ke statistickému testování stanovených věcných hypotéz.

Ukázka výpočetních postupů se nachází v dodatku diplomové práce (Příloha 3). Všechny statistické výpočty byly zaokrouhleny na dvě desetinná místa. Obě hypotézy byly zpracovány stejným způsobem.

9.2.1. Hypotéza I.

H_{01} = Počet stráveného času na sociálních sítích nemá vliv na poruchy příjmu potravy u studentů středních škol.

H_1 = Čím více času tráví studenti středních škol na sociálních sítích, tím více tíhnou k poruchám příjmu potravy.

	Ano	Ne	Σ
Méně než 1 hodina	24	67	91
1 až 2 hodiny	113	325	438
2 až 3 hodiny	170	284	454
3 a více hodin	190	258	448
Σ	497	934	1431

Hladina významnosti: $\alpha = 0,05$ (5 %)

Chí kvadrát pro kvantil: 0,95 ($1 - \alpha = 0,95$)

Stupeň volnosti: 3

Kritická hodnota z tabulek: 7,815

χ^2 : 31,34

Kritický obor: $\chi^2 > \chi^2_{0,95}$

Dosazeno: $31,34 > 7,815$

Pokud platí nerovnost výše, lze zamítnout H_{01} a přijmout H_1 . V tomto případě je 31,34 větší než 7,815.

Na základě získaných dat zamítáme nulovou hypotézu na hladině významnosti 0,05 a přijímáme alternativní hypotézu H_1 .

Mezi závislou a nezávislou proměnnou je slabá závislost ($\phi = 0,148$).

Hypotéza číslo 1 byla potvrzena.

9.2.2. Hypotéza II.

H_{02} = Věk při zakládání prvního profilu nemá u studentů středních škol vliv na tendenci přizpůsobovat svůj vzhled obsahu na sociálních sítích.

H_2 = Čím nižší je věk studentů středních škol při prvním založení profilu na sociálních sítích, tím větší je tendence přizpůsobit svůj vzhled obsahu na sociálních sítích.

	Ano	Ne	Σ
9 let	35	70	105
10 let	49	77	126
11 let	76	114	190
12 let	84	157	241
13 let	162	346	508
14 let	43	120	163
15 let	18	80	98
Σ	467	964	1431

Hladina významnosti: $\alpha = 0,05$ (5 %)

Chí kvadrát pro kvantil: 0,95 ($1 - \alpha = 0,95$)

Stupeň volnosti: 6

Kritická hodnota z tabulek: 12,592

χ^2 : 19,6

Kritický obor: $\chi^2 > \chi^2_{0,95}$

Dosazeno: $19,6 > 12,592$

Pokud platí nerovnost výše, lze zamítnout H_{02} a přijmout H_2 . V tomto případě je 19,6 větší než 12,592.

Na základě získaných dat zamítáme nulovou hypotézu na hladině významnosti 0,05 a přijímáme alternativní hypotézu H_2 .

Mezi závislou a nezávislou proměnnou je slabá závislost ($\phi = 0,117$).

Hypotéza číslo 2 byla potvrzena.

10. Diskuze

V této kapitole porovnám výsledky výzkumu diplomové práce s teorií v první části práce, ale také se závěry a výsledky vybraných výzkumů a odborné literatury. V podkapitole zhodnotím limity mého výzkumného šetření.

Výzkumné sondy se zúčastnilo celkem 1431 respondentů ve věku 15 až 19 let, 1087 žen a 344 mužů. Otázky v dotazníku byly zaměřeny nejen na četnost užívání sociálních sítí a jejich vliv na vnímání vlastní postavy, ale také mě zajímal názor respondentů, jak vnímají současný ideál krásy prezentovaný v médiích.

Ve výzkumu bylo zjištěno, že studenti středních škol tráví v největším počtu 2 až 3 hodiny denně na sociálních sítích. Nejčastěji využívají platformu Instagram, Messenger a YouTube. Skrze tyto sociální sítě respondenti nejvíce přejímají recepty, jednorázové tréninky a diety.

Vágnerová (2008) tento postoj vysvětluje tak, že mediálně prezentované vzory mají nežádoucí postoj k jídlu s důrazem na diety. Také Vysekalová (2012) je názoru, že si dospívající virtuálně idealizují influencery, kterým naprosto věří. Důvěru v osoby vystupující na sociálních sítích potvrzuje i výzkumné šetření, kdy si téměř 50 % respondentů nedohledává další informace k věcem převzatým z internetu. Uhlíková (2007) uvádí, že vliv sociálních sítí na adolescenty je nepřehlédnutelný. Šetření ukázalo, že 38,5 % respondentů si přeje mít identickou postavu jako je prezentována v médiích.

Výzkumné šetření odhalilo nespokojenost s vlastním tělem u 55,2 % žen a u 40,4 % mužů. Krch (2000b) ve svém výzkumu uvádí 57,4 % žen a 34,3 % mužů. Dále Krch (2000b) uvádí, že 57,4 % žen a 12,7 % mužů má zkušenost s dietou. Z provedeného výzkumného šetření vyplývá, že zkušenost s dietou má 43,2 % žen a 29 % mužů. Zatímco byl zaznamenán pokles zkušenosti s dietou u žen, u mužů lze sledovat velký nárůst těchto zkušeností. Z celkového počtu respondentů uvedlo 31 % žen a 27 % mužů, že dietu preferují a dlouhodobě aplikují.

Dakanalis a Carrà et al. (2014), Fitzsimmons-Craft, (2011) a Hesse-Biber, Clayton-Matthews a Downey, 1987, Tolaymat & Moradi (2011) ve svých studiích upozorňují, jak má ideál krásy negativní vliv na stravování dospívajících, na jejich pocity a myšlenky v souvislosti s přijetím vlastního těla. Špatné stravování lze u respondentů vidět v preferovaných způsobech stravování, kdy 34,5 % t dotazovaných uvedlo, že k udržení své postavy volí především vynechání jídla. Krch (2012) a Vágnerová (2008) konstatují, že PPP mají v dnešní době svou logiku, jelikož existují velké tlaky na to podobat se co nejvíce

ideálu krásy. Dle Leibolda (1995) jsou ženy pod větším sociálním tlakem ohledně svého vzhledu než muži. Tento názor sdílí i 45 respondentů v dotazníkovém šetření, kteří na sobě cítí tlak ze strany společnosti, z toho je 41 žen a pouze 4 muži. Cassuto a Guillou (2008), Leibold (1995), Marfil-Carmona et al. (2021), Novák (2010), Papežová (2003) a Taylor et al. (2006) uvádí jako spouštěč PPP také reakce okolí (komentování váhy, posměch, šikana aj.). Vágnerová (2008) a Kesby et al. (2017) v této souvislosti jmenují také nízké sebevědomí. Na to ve výzkumu upozornila i necelá třetina respondentů.

Většina autorů již v minulosti zdůrazňuje souběh různých faktorů a hovoří o biopsychosociální podmíněnosti PPP (viz kapitola 3). Dakanalis a Carrà et al. (2014), Marfil-Carmona et al. (2021), Murray, Maras a Goldfield (2016), Peroutsi a Gonidakis (2011), Peter a Brosius (2020) nebo Švédová a Mičová (2010) ve svých výzkumech a publikacích zdůrazňují sociální síť jako faktor, který je bezprostředně zodpovědný za nárůst výskytu PPP.

Podle Procházkové a Sladké-Ševčíkové (2017) má PPP na konci dospívání 20 žen ze 100. Pipová et al. (2021) ve své studii dochází k závěru, že téměř 24 žen ze 100 a méně než 10 mužů ze 100 má PPP. Výzkum v diplomové práci prokázal výskyt PPP u 39,4 žen ze 100 a u 20 mužů ze 100. V případě, že bychom brali v úvahu udávaný poměr žen a mužů 10:1 od Vágnerové (2002) nebo Koutka (2011), měl by být správný matematický poměr mužů vůči ženám 4 muži ze 100. Ve výzkumu evidujeme pětinasobný nárůst výskytu poruch příjmu potravy u mužů a téměř dvojnásobný nárůst u žen.

Již v předcházejících výzkumech se potvrdilo, že poruchám příjmu potravy jsou vystaveny více ženy než muži (Franko et al., 2013; Freeman, 2005; Hsu, 2004; Karsen, 2006; Koutek, 2011; Krch, 2000a, 2002, 2010; Spitzer et al., 1992; Wittchen et al., 1998). Hartl a Hartlová (2010) sdílí názor, že dokonce až 95 % nemocných jsou ženského pohlaví na rozdíl od Koutka (2011), který udává 90 %, Krch (2010) udává 85 % a Leibold (1995) 80 %. Z provedeného výzkumného šetření vyplývá, že 86,1 % nemocných jsou ženského pohlaví, zároveň sledujeme strmý nárůst nemocných mužského pohlaví.

Šetření odhalilo exponenciální nárůst poruch příjmu potravy u dospívajících. Z celkového součtu odpovědí vyplývá, že každý 3 respondent má osobní zkušenost s PPP. Dokonce 79 % žen a 61 % mužů znají někoho ve svém okolí, kdo má poruchy příjmu potravy.

Závěrem lze konstatovat, že cíle výzkumného šetření diplomové práce byly naplněny. Z důvodu možného zobecnění byl pro výzkumné šetření vybrán vzorek respondentů náhodným stratifikovaným výběrem ze všech krajů České republiky. Z výzkumného šetření vyplývá, že jsou studenti středních škol prokazatelně v souvislosti se svým vzhledem pod velkým tlakem

sociálních sítí. Také zde byly ověřeny dvě věcné hypotézy, kde byly přijaty alternativní hypotézy H_1 a H_2 se slabou závislostí mezi závislou a nezávislou proměnnou. Mareš a Rabušic (2010) poukazují, že slabá závislost je v sociálně vědních výzkumech s větším počtem respondentů zcela běžná.

10.1. Limity výzkumného šetření

Hlavním limitem mého výzkumu byla situace, kdy mnoho škol odmítlo spolupracovat a poměrně dlouhou dobu trvalo, než se mi podařilo s jednotlivými školami navázat kontakt. Důvody odmítnutí byly různé – nejsem absolvent jejich školy, škola úzce spolupracuje s jinou univerzitou nebo fakultou, nepřijímají online dotazníky, nezúčastňují se žádných dotazníků studentů VŠ (pouze dotazníky od MŠMT, ČŠI, KÚ, ČSÚ atp.), omezená časová dotace v hodinách a další.

Vedlejším limitem shledávám možnost potencionálního zkreslení dat, jelikož vstřícně spolupracovali především ředitelé a ředitelky škol, kteří si uvědomují závažnost tohoto tématu. Tyto myšlenky se mnou sdíleli v telefonické nebo elektronické komunikaci.

Závěr

Diplomová práce se zabývá vlivem sociálních sítí na poruchy příjmu potravy u studentů středních škol a je rozdělena na teoretickou a empirickou část. Hlavním cílem práce bylo zjistit, zda jsou studenti středních škol v souvislosti se svým vzhledem pod tlakem sociálních sítí, které mohou podpořit a rozvíjet vývoj poruch příjmu potravy.

Informace pro teoretickou část diplomové práce jsem čerpala z české i zahraniční literatury a rozdělila jsem ji do 4 kapitol. V první kapitole jsem se věnovala charakteristice období adolescence. V podkapitolách popisuji období života, kdy se z dítěte stává adolescent, osamostatňuje se od rodičů a začíná si utvářet vlastní identitu. Tyto změny se projevují při budování nových vztahů i ve způsobu stravování, jelikož dospívající rádi napodobují své okolí a vzory. V druhé kapitole na základě studia odborné literatury popisuji poruchy příjmu potravy dle jejich definic v MKN-10. Mentální anorexii a mentální bulimii jsem vybrala jako nejvíce rozšířené psychické nemoci z poruch příjmu potravy. Následně charakterizuji historický vývoj, diagnostická kritéria, definuji výskyt, projevy jednotlivých variant a průběh onemocnění. V třetí kapitole teoretické části píšou o faktorech ovlivňujících vznik a rozvoj poruch příjmu potravy. Definuji zde základní biologické, genetické a psychologické faktory. Současně popisuji životní události a sociokulturní vlivy, které také ovlivňují vznik a rozvoj poruch příjmu potravy. V poslední kapitole uvádím seznam nejčastěji využívaných sociálních sítí adolescenty.

Na počátku empirické části se zabývám přehledem dosavadních českých i zahraničních výzkumných zjištění, publikací a studií. Popisuji metodologii výzkumu, proces získávání a zpracování dat včetně provedení předvýzkumu. Na základě výzkumného problému jsem vyvodila výzkumný cíl, výzkumnou otázku a stanovila nulové i alternativní hypotézy.

Vlastní výzkum jsem realizovala prostřednictvím kvantitativního výzkumného šetření využitím metody strukturovaného elektronického online dotazníku, který se skládal z 18 otázek. Výzkumný vzorek respondentů byl získán náhodným stratifikovaným výběrem ze všech krajů České republiky. Výzkumu se zúčastnilo celkem 1431 respondentů ve věku 15 až 19 let. Výsledky znázorňuji a prezentuji v grafech, které jsou seřazeny v souladu se strukturou elektronického dotazníku.

Na základě analýzy výsledků výzkumného šetření jsem dospěla k závěru. Studenti středních škol jednoznačně přiznávají, že nejsilnější a největší podněty pro vznik PPP vznikají tlakem sociálních sítí, touhou vypadat jako osoby v médiích, vlivem rodiny, spolužáků a kamarádů. Tyto faktory se projevují u adolescentů tak, že běžně praktikují nevhodné

stravovací návyky a považují diety nebo vynechání jídla jako nejsnadnější způsob, jak si udržet postavu. Výsledky zároveň potvrdily, že téměř polovina dospívajících věří osobám na sociálních sítích a převzaté informace neověřují. Signifikantní výsledek se zároveň projevil i v oblasti přizpůsobování svého vzhledu sociálním sítím a přání mít stejnou postavu jako je prezentována v médiích. Tyto názory sdílí více než třetina dospívajících.

V kapitole diskuze porovnávám výsledky dotazníkového šetření, které jsem srovnala s odbornými výzkumy a literaturou. U adolescentů lze pozorovat nárůst nejen v oblasti nespokojenosti s vlastním tělem (především u mužů). Zároveň sledujeme dvojnásobný nárůst poruch příjmu potravy u obou pohlaví. Skutečnost, že každý třetí z dotázaných přiznává nemoc PPP je alarmující.

Ve svých stanovených hypotézách jsem předpokládala, že množství stráveného času na sociálních sítích má výrazný vliv na vznik poruchy příjmu potravy a nízký věk při zakládání prvního profilu zvyšuje tendenci přizpůsobovat svůj vzhled obsahu na sociálních sítích. Obě hypotézy jsem na základě získaných dat na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ potvrdila. Metoda náhodného stratifikovaného výběru umožňuje výsledky výzkumu generalizovat na celou populaci adolescentů ve věku 15–19 let v České republice.

Stěžejním smyslem diplomové práce je upozornit na nebezpečnost internetových médií a jejich závažný dopad na nárůst PPP v porovnání s výzkumy realizovanými v minulých letech. Pasivně přihlížíme problémům, se kterými se mladá generace potýká a která není jimi přímo zaviněná. Je nezbytné pomocí cíleného osobnostního rozvoje, vhodných vzdělávacích programů a výchovného působení v rodinách, ve škole a společnosti budovat v mladé generaci zdravou sebedůvěru, víru v sebe sama a tím předcházet závislosti dětí a dospívajících na sociálních sítích.

Cílem mé diplomové práce bylo pomocí odborné literatury a vlastního výzkumu vytvořit ucelený popis a náhled na psychické onemocnění PPP. Ukázat souvislost a vylíčit skutečný vliv sociálních sítí na studenty středních škol. Výzkum přináší důležitá, závažná data a informace, kterým je nutné se i nadále intenzivně věnovat.

Seznam použitých zdrojů

- Agras, W. S., & Robinson, A. (2010). *The Oxford Handbook of Eating Disorders*. New York: Oxford University Press.
- Arditte Hall, K. A., Bartlett, B. A., Iverson, K. M., & Mitchell, K. S. (2017). Military-related trauma is associated with eating disorder symptoms in male veterans. *International Journal of Eating Disorders, 50*, 1328–1331.
- Baumeister, R. F., Campbell, J. D., Krueger, J. I., & Vohs, K. D. (2003). Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness, or healthier lifestyles? *Psychological science in the public interest, 4* (1), 1–44.
- Becker, A. E., Burwell, R. A., Gilman, S. E., Herzog, D. B., & Hamburg, P. (2002). Eating behaviours and attitudes following prolonged exposure to television among ethnic Fijian adolescent girls. *Br J Psychiatry, 180*, 509–514.
- Block, J., & Robins, R. W. (1993). A longitudinal study of consistency and change in self-esteem from early adolescence to early adulthood. *Child development, 64* (3), 909–923.
- Bordo, S. (1993). *Unbearable Weight: Feminism, Western Culture and the Body*. Berkeley: University of California Press.
- Boučková, J. (2010). Body Image – zamyšlení, poznámky, otázky. In J. Koudelka. *Projevy body image ve spotřebním chování*. Praha: Oeconomica.
- Bruch, H. (1978). *The golden cage: The enigma of anorexia nervosa*. Cambridge: University Harvard Press.
- Brunellová, C. (2013). *Uzdravila jsem se z anorexie*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství.
- Buermann, U. (2009). *Jak (pře)žít s médii: příležitosti a hrozby informačního věku a nové úkoly pedagogiky: výzkumná práce Institutu pro pedagogiku a smyslovou a mediální ekologii*. Hranice: Fabula.
- Bukovský, I. (2009). *Hubnutí bez blbnutí – pravdy a lži o dietách a detoxikaci*. Praha: AKV.
- Bulik, C. M. (2002). Eating disorders in adolescents and young adults. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics, 11*, 201–218.

- Calado, M., Lameiras, M., Sepulveda, A. R., Rodríguez, Y., & Carrera, M. V. (2010). The mass media exposure and disordered eating behaviours in Spanish secondary students. *Eur Eat Disord Rev*, 18 (5), 417–427.
- Cassuto, D., & Guillou S. (2008). *Když chce dcera hubnout: rady pro rodiče dospívajících dívek*. Praha: Portál.
- Cavazos-Rehg, P. A., Fitzsimmons-Craft, E. E., Krauss, M. J., Anako, N., Xu, C., Kasson, E., Costello, S. J., & Wilfley, D. E. (2020). Examining the self-reported advantages and disadvantages of socially networking about body image and eating disorders. *Int J Eat Disord*, 53 (6), 852–863.
- Dakanalis, A., & Carrà, G., Calogero, R., Fida, R., Clerici, M., Zanetti, M. A., & Riva, G. (2015). The developmental effects of media-ideal internalization and self-objectification processes on adolescents' negative body-feelings, dietary restraint, and binge eating. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 24 (8), 997–1010.
- Darby, P. L., Garfinkel, P. E., Garner, D. M., & Coscina, D. (1982). *Anorexia nervosa: Recent developments in research (Neurology and neurobiology)*. New York: A. R. Liss.
- Devrim, A., Bilgic, P., & Hongu, N. (2018). Is There Any Relationship Between Body Image Perception, Eating Disorders, and Muscle Dysmorphic Disorders in Male Bodybuilders?. *American Journal of Men's Health*, 12 (5), 1746–1758.
- Dolejš, M., Zemanová, V., & Vavrysová, L. (2018). *Kdo a co řídí české adolescenty?* Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Dye, H. (2016). Does Internalizing Society and Media Messages Cause Body Dissatisfaction, in Turn Causing Disordered Eating?. *J Evid Inf Soc Work*, 13 (2), 217–227.
- Elliott, J., & Place, M. (2002). *Dítě v nesnážích: prevence, příčiny, terapie*. Praha: Grada.
- Erikson, E. (2015). *Životní cyklus rozšířený a dokončený: devět věků člověka*. Praha: Portál.
- Erol, R. Y., & Orth, U. (2011). Self-esteem development from age 14 to 30 years: A longitudinal study. *Journal of personality and social psychology*, 101 (3), 607.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., & Welch, S. L. (1999). Risk factors for anorexia nervosa: three integrated case-control comparisons. *Archives of General Psychiatry*, 56, 468–476.

- Fairburn, C. G., Doll, H. A., Welch, S. L., Hay, P. J., Davies, B. A., & O'Connor, M. E. (1998). Risk factors for binge eating disorder: a community-based, case-control study. *Archives of General Psychiatry*, *55*, 425–432.
- Fairburn, C. G., Doll, H. A., Welch, S. L., Hay, P. J., Davies, B. A., & O'Connor, M. E. (1997). Risk factors for bulimia nervosa. A community-based case-control study. *Archives of General Psychiatry*, *54*, 509–517.
- Faltus, F. (2010). Historie poruch příjmu potravy. In H. Papežová, *Spektrum poruch příjmu potravy: Interdisciplinární přístup* (pp. 20–23). Praha: Grada.
- Fialová, L. (2006). *Moderní body image: jak se vyrovnat s kultem štíhlého těla*. Praha: Grada.
- Fialová, L., & Krch, F. D. (2012). *Pojetí vlastního těla: zdraví, zdatnost, vzhled*. Praha: Karolinum.
- Figueiredo, R. A. O., & Simola-Ström, S., (2019). Body dissatisfaction and disordered eating symptoms in Finnish preadolescents. *Eat Disord.* *27* (1), 34–51.
- Fitzsimmons-Craft, E. E. (2011). Social psychological theories of disordered eating in college women: review and integration. *Clin Psychol Rev*, *31* (7), 1224–1237.
- Fitzsimmons-Craft, E. E., Krauss, M. J., Costello, S. J., Floyd, G. M., Wilfley, D. E., & Cavazos-Rehg, P. A. (2020). Adolescents and young adults engaged with pro-eating disorder social media: eating disorder and comorbid psychopathology, health care utilization, treatment barriers, and opinions on harnessing technology for treatment. *Eat Weight Disord*, *25* (6), 1681–1692.
- Franko, D. L., Keshaviah, A., Eddy, K. T., Krishna, M., Davis, M. C., Keel, P. K., & Herzog, D. B. (2013). A longitudinal investigation of mortality in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Am J Psychiatry*, *170* (8), 917–925.
- Fraňková, S., Pařízková J., & Malichová E. (2013). *Jídlo v životě dítěte a adolescenta: teorie, výzkum, praxe*. Praha: Karolinum.
- Freeman, A. C. (2005). Eating disorders in males: A review. *South African Psychiatry Review*, *8*, 58–64.
- Fung, I. C., Blankenship, E. B., Ahweyevu, J. O., Cooper, L. K., Duke, C. H., Carswell, S. L., Jackson, A. M., Jenkins 3rd, J. C., Duncan, E. A., Liang, H., Fu, K. W., & Tse, Z. T. H. (2020). Public Health Implications of Image-Based Social Media: A Systematic Review of Instagram, Pinterest, Tumblr, and Flickr. *The Permanente journal*, *24*, (18), 307.

- Giordano, S. (2015). Eating disorders and the media. *Curr Opin Psychiatry*, 28 (6), 478–482.
- Goh, A. Q. Y., Lo, N. Y. W., Davis, C., & Chew, E. C. S. (2021). #EatingDisorderRecovery: a qualitative content analysis of eating disorder recovery-related posts on Instagram. *Eat Weight Disord.*
- Gould, S. J. (1989). *Wonderful life: The Burgess shale and the nature of history*. New York: Norton.
- Habermas, J. (2005). Equal Treatment of Cultures and the Limits of Postmodern Liberalism. *The journal of political philosophy*, 13 (1), 1–28.
- Hainer, V. (2011). *Základy klinické obezitologie*. Praha: Grada.
- Hall, L., & Cohn, L. (2003). *Rozlučte se s bulimií*. Brno: ERA.
- Halmi, K. A., Sunday, S. R., Strober, M., Kaplan, A., Woodside, D. B., Fichter, M., Treasure, J., Berrettini, W. H., & Kaye, W. H. (2000). Perfectionism in anorexia nervosa: variation by clinical subtype, obsessionality, and pathological eating behavior. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1799–1805.
- Hartl, P., & Hartlová, H. (2010). *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál.
- Hesse-Biber, S., Clayton-Matthews, A., & Downey, J. A. (1987). The differential importance of weight and body image among college men and women. *Genet Soc Gen Psychol Monogr*, 113 (4), 509–528.
- Himmelstein, M. S., Puhl, E. M., & Quinn, D. M. (2018). Weight Stigma in Men: What, When and by Whom? *Obesity*, 26, 968–976.
- Hosák, L., Hrdlička, M., & Libiger, J. (2015). *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum.
- Hrachovinová, T., & Csémy, L. (2007). Gender rozdíly v preferenci štíhlosti u neklinické populace. *Česká a slovenská psychiatrie. Časopis České psychiatrické společnosti a Slovenskej psychiatrickej spoločnosti*, 103, 30–32.
- Hsu, L. K. G. (1996). Epidemiology of the eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 19 (4), 681–700.
- Chráska, M. (2007). *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada.
- Jendruchová, M. (2013). *Už je to za mnou: osobní zpověď (bývalé?) anorektičky: anorexie a jak se s ní vyrovnat*. Praha: Vyšehrad.

- Kabíček, P., Csémy, L., & Hamanová, J. (2014). *Rizikové chování v dospívání a jeho vztah ke zdraví*. Praha: Triton.
- Keel, P. K., & Klump, K. L. (2003). Are eating disorders culture-bound syndromes? Implications for conceptualizing their etiology. *Psychological Bulletin*, 129 (5), 747–769.
- Kesby, A., Maguire, S., Brownlow, R., & Grisham, J. R. (2017). Intolerance of Uncertainty in eating disorders: An update on the field. *Clinical Psychology Review*, 56, 94–105.
- Kim, S.Y., Seo, Y. S., Baek, K. Y. (2014). Face consciousness among South Korean women: a culture-specific extension of objectification theory. *J Couns Psychol*, 1, 24–36.
- Kocourková, J., & Koutek, J. (2001). Specifika poruch příjmu potravy u dětí a adolescentů: diagnostické a terapeutické otázky. *Psychiatrie pro praxi*, 3, 109–111.
- Kocourková, J., Koutek, J., & Lébl, J. (1997). *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Praha: Galén.
- Koudelka, J. (2010). *Projevy body image ve spotřebním chování*. Praha: Oeconomica.
- Koutek, J. (2008). Poruchy příjmu potravy. In V. Hort, *Dětská a adolescentní psychiatrie* (pp. 263–283) Praha: Portál.
- Krch, F. D. (1999). *Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie*. Praha: Grada.
- Krch, F. D. (2000a): *Bulimie: jak bojovat s přejídáním*. Praha: Grada.
- Krch, F. D. (2000b). Vztah mezi tělesnou spokojeností a kvalitou života českých adolescentů. *Psychiatrie*, 4 (4), 231–235.
- Krch, F. D. (2004). Poruchy příjmu potravy – rizikové faktory. *Psychiatrie pro praxi*, 1, 14–16.
- Krch, F. D. (2005). *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada.
- Krch, F. D. (2008). *Bulimie: jak bojovat s přejídáním*. Praha: Grada.
- Krch, F. D. (2010). *Mentální anorexie*. Praha: Portál.
- Krch, F. D., & Málková, I. (2001). *SOS nadváha*. Praha: Portál.
- Krch, F. D., & Švédová, J. (2013). *Příručka pro zdravotníky: aneb Různé tváře poruch příjmu potravy*. Brno: Anabell.

- Kudrle, S. (2004). Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti. In K. Kalina (Eds.). *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup* (pp. 91–95). Praha: Úřad vlády České republiky.
- Lacinová, L., Ježek S., & Macek, P. (2016). *Cesty do dospělosti: psychologické a sociální charakteristiky dnešních dvacátníků*. Brno: Masarykova Univerzita.
- Langmeier, J., & Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie*. Praha: Grada.
- Leibold, G. (1995). *Mentální anorexie: příčiny, průběh a nové léčebné metody*. Praha: Svoboda.
- Macek, P. (2003). *Adolescence*. Praha: Portál.
- Machová, J., & Kubátová, D. (2015). *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada.
- Maloney, M., & Kranz, R. (1997). *O poruchách příjmu potravy*. Praha: Lidové noviny.
- Mangweth – Matzek, B., Rupp, Hausmann, A., Gusmerotti, S., Kemmler, G., & Biebl, W. (2010). Eating disorders in men: Current features and childhood factors. *Eating Weight Disorders, 15* (1), 15–22.
- Marádová, E. (2007). *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí.
- Mareš, J., & Rabušic, L. (2010). *Učební text k analýze dat v programu SPSS*. Brno: Masarykova Univerzita.
- Marfil-Carmona, R., Ortega-Caballero, M., Zurita-Ortega, F., Ubago-Jiménez, J. L., González-Valero, G., & Puertas-Molero, P. (2021). Impact of the Mass Media on Adherence to the Mediterranean Diet, Psychological Well-Being and Physical Activity. Structural Equation Analysis. *Int J Environ Res Public Health, 18* (7), 37–46.
- Marsh, H. W., & Parker, J. W. (1984). Determinants of student self-concept: Is it better to be a relatively large fish in a small pond even if you don't learn to swim as well? *Journal of Personality and Social Psychology, 47* (1), 213–231.
- McLean, S. A., Paxton, S. J., & Wertheim, E. H. (2016). The role of media literacy in body dissatisfaction and disordered eating: A systematic review. *Body Image, 19*, 9–23.
- Mertová, S. (2006). Výživa, zdraví a vědomí těla. Dějiny a současnost: historicko-vlastivědná revue Československé společnosti pro šíření politických a vědeckých znalostí a ministerstva školství a kultury. *Lidové noviny, 28* (2), 20–23.

- Murray, M., Maras, D., & Goldfield, G. S. (2016). Excessive Time on Social Networking Sites and Disordered Eating Behaviors Among Undergraduate Students: Appearance and Weight Esteem as Mediating Pathways. *Cyberpsychol Behav Soc Netw*, 19 (12), 709–715.
- Nakonečný, M. (2011). *Psychologie: přehled základních oborů*. Praha: Triton.
- Navrátilová, M. (2013). In P. Dvořáková, *Já jsem hlad: příběh o zápasu s mentální anorexií, hledání, cestě a návratu k ženské duši*. Brno: Host.
- Nelson, K. R. (2017). *Eating Disorders: When Food is an Obsession*. New York: LucentPress.
- Nevšímalová, S., & Šonka, K. (2007). *Poruchy spánku a bdění*. Praha: Galén.
- Nielsen Sobotková, V. (2014). *Rizikové a antisociální chování v adolescenci*. Praha: Grada.
- Novák, M. (2010). *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Brno: Akademické nakladatelství CERM.
- Papežová, H. (2000). *Anorexia Nervosa*. Praha: Psychiatrické centrum.
- Papežová, H. (2003). *Bulimia nervosa: příručka pro všechny, kteří nemocí trpí – postižené samotné, jejich rodiny, přátele, partnery a některé odborníky (učitele a lékaře první linie)*. Praha: Psychiatrické centrum.
- Papežová, H. (2006). Nové otázky a jejich řešení u poruch příjmu potravy. *Časopis lékařů českých*, 145 (3), 181–183.
- Papežová, H. (2010). *Spektrum poruch příjmu potravy: Interdisciplinární přístup*. Praha: Grada.
- Papežová, H., & Hanusová, J. (2012). *Poruchy příjmu potravy: příručka pro pomáhající profese*. Praha: Togga.
- Pavlíček, A. (2010). *Nová média a sociální sítě*. Praha: Oeconomica.
- Pavlová, B. (2008). *Eating Disorders: Epidemiology and Risk Factors*. (Diplomová práce, Univerzita Karlova). Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/99173/>
- Pavlová, B. (2010). Epidemiologie poruch příjmu potravy. In H. Papežová, *Spektrum poruch příjmu potravy: Interdisciplinární přístup* (pp. 25–32). Praha: Grada.
- Peroutsi, A., & Gonidakis, F. (2011). Eating disorders and mass media. *Psychiatriki*, 22 (3), 231–239.

- Peter, C., & Brosius, H. B. (2021). The role of the media in the development, course, and management of eating disorders. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 64 (1), 55–61.
- Petersen, A. C., & Leffert, N. (1995). What is special about adolescence. *Psychosocial disturbances in young people: Challenges for prevention*, 23, 3–36.
- Piaget, J., & Inhelder, B. (1997). *Psychologie dítěte*. Praha: Portál.
- Pipová, H., Dolejš, M., Suchá, J., Kostková, M., & Urešová, A. (2021). *Stravování a vztah k jídlu u českých adolescentů ve 21. století*. Praha: Togga ve spolupráci s Univerzitou Palackého v Olomouci.
- Pugnerová, M., & Kvintová, J. (2016). *Přehled poruch psychického vývoje*. Praha: Grada.
- Rabušic, L., Soukup, P., & Mareš, P. (2019). *Statistická analýza sociálněvědních dat*. Brno: Masarykova Univerzita.
- Raskin, J. (2019). What Might an Alternative to the DSM Suitable for Psychotherapists Look Like? *Journal of Humanistic Psychology*, 59 (3), 368–375.
- Reas, D. L., Ro, O., Karterud, S., Hummelen, B., & Pedersen, G. (2013). Eating Disorders. In a Large Clinical Sample of Men and Women with Personality Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 46 (8), 801–809.
- Shaw, H., Ramirez, L., Trost, A., Randall, P., & Stice, E. (2004). Body image and eating disturbances across ethnic groups: more similarities than differences. *Psychology of Addictive Behaviors*, 18, 12–18.
- Sladká Ševčíková, J. (2004). Anabell aneb, dvě strany téže mince. *Literární noviny*, 15 (35), 2.
- Spitzer, R. L., Devlin, M., Walsh, B. T., Hasin, D., Wing, R., Marcus, M., Stunkard, A., Wadden, T., Yanovski, S., Agras, S., Mitchell, J., & Nonas, C. (1992). Binge eating disorder: A multisite field trial of the diagnostic criteria. *International Journal of Eating Disorders*, 11 (3), 191–203.
- Stárková, L. (2005). Poruchy příjmu potravy – psyché a soma. *Pediatric pro praxi*, 1, 11–15.
- Statica Research Department (2022, 25. března). *Most popular global mobile messenger apps as of January 2022, based on number of monthly active users*. <https://www.statista.com/statistics/258749/most-popular-global-mobile-messenger-apps/>

- Stewart, C. T. (2012). *New Ideas about Eating Disorders: Human Emotions and the Hunger Drive*. London: Routledge.
- Stice, E. (2002). Body image in bulimia nervosa. In T. F. Cash, & T. Pruzinsky, *Body Image. A Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice* (pp. 304–311). New York: Guilford Press.
- Štříteský, V. (2010). Spotřebitelské vnímání body image v reklamě. In Koudelka, J. (Ed.) *Projevy body image ve spotřebním chování*. Praha: Oeconomica.
- Švédová, J., & Mičová, L. (2010). *Poruchy příjmu potravy: Manuál pro pedagogy*. Brno: Anabell.
- Taxová, J. (1987). *Pedagogicko-psychologické zvláštnosti dospívání*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.
- Taylor, C. B., Bryson, S., Celio Doyle, A. A., Luce, K. H., Cunning, D., Abascal, L. B., Rockwell, R., Field, A. E., Striegel-Moore, R., Winzelberg, A. J., & Wilfley, D. E. (2006). The adverse effect of negative comments about weight and shape from family and siblings on women at high risk for eating disorders. *Pediatrics*, 118 (2), 731–738.
- Tolaymat, L. D., & Moradi B. (2011). U.S. Muslim women and body image: links among objectification theory constructs and the hijab. *J Couns Psychol*, 58 (3), 383–392.
- Uchôa, F. N. M., Uchôa, N. M., & Daniele, T. M. D. C., Lustosa, R. P., Garrido, N. D., Deana, N. F., Aranha, Á. C. M., & Alves, N. (2019). Influence of the Mass Media and Body Dissatisfaction on the Risk in Adolescents of Developing Eating Disorders. *Int J Environ Res Public Health*. 16 (9), 1508.
- Vágnerová, M. (2000). *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál.
- Vágnerová, M. (2002). *Úvod do psychologie*. Praha: Karolinum.
- Vágnerová, M. (2004). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
- Vágnerová, M. (2007). *Základy psychologie*. Praha: Karolinum.
- Vágnerová, M. (2008). *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Praha: Karolinum.
- Vágnerová, M. (2012). *Vývojová psychologie: Dětství a dospívání*. Praha: Grada.
- Vágnerová, M. (2014). *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
- Vávra, O. (2010). Body Image, komunikační význam těla, jeho vnímání a přístupy k jeho měření. In J. Koudelka, *Projevy body image ve spotřebním chování*. Praha: Oeconomica.

- Vodáčková, D. (2002). *Krizová intervence*. Praha: Portál.
- Vysekalová, J. (2012) *Psychologie reklamy*. Praha: Grada.
- Walker, M., Thornton, L., De Choudhury, M., & Teevan, J., Bulik, C. M., Levinson, C. A., & Zerwas, S. (2015). Facebook Use and Disordered Eating in College-Aged Women. *J Adolesc Health, 57* (2), 157–163.
- Wardetzki, B. (2001). Mentální anorexie a bulimie v kontextu rodiny. *Psychologie dnes, 7* (2), 16–17.
- Winston, A. P., Acharya, S., Chaudhuri, S., & Fellowes, L. (2004). Anorexia nervosa and gender identity disorder in biologic males: A report of two cases. *International Journal of Eating Disorders, 36* (1), 109–113.
- Wittchen, H. U., Nelson, C. B., & Lachner, G. (1998). Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychological Medicine, 28*, 109–126.
- Wonderlich, S. A., Connolly, K. M., & Stice, E. (2004). Impulsivity as a risk factor for eating disorder behavior: Assessment implications with adolescents. *International Journal of Eating Disorders, 36*, 172–182.
- Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., Mitchell, J. E., Thompson, K. M., Redlin, J., Demuth, G., Smyth, J., & Haseltine, B. (2001). Eating Disturbance and Sexual Trauma in Childhood and Adulthood. *International Journal of Eating Disorders, 30*, 401–412.

Seznam grafů

Graf 1: Otázka č. 1 – Pohlaví respondentů	49
Graf 2: Otázka č. 2 – Věk respondentů	50
Graf 3: Otázka č. 2 – Věk respondentů podle pohlaví	50
Graf 4: Otázka č. 3 – Založení prvního profilu na sociálních sítích	51
Graf 5: Otázka č. 4 – Založení prvního profilu na sociálních sítích do 13 let	52
Graf 6: Otázka č. 5 – Nejčastěji používané sociální sítě	53
Graf 7: Otázka č. 6 – Strávený denní počet hodin na sociálních sítích	54
Graf 8: Otázka č. 7 – Spokojenost žen s vlastním tělem	55
Graf 9: Otázka č. 7 – Spokojenost mužů s vlastním tělem	55
Graf 10: Otázka č. 8 – Vyzkoušené entity ze sociálních sítí	56
Graf 11: Otázka č. 9 – Dohledávání informací k přejímaným věcem ze sociálních sítí	57
Graf 12: Otázka č. 10 – Jak se ženám líbí ideál krásy v médiích	58
Graf 13: Otázka č. 10 – Jak se mužům líbí ideál krásy v médiích	58
Graf 14: Otázka č. 11 – Přání žen mít stejnou postavu jako je prezentována v médiích	59
Graf 15: Otázka č. 11 – Přání mužů mít postavu jako je prezentována v médiích	59
Graf 16: Otázka č. 12 – Jak svou váhu vidí ženy	60
Graf 17: Otázka č. 12 – Jak svou váhu vidí muži	61
Graf 18: Otázka č. 13 – Ženské přizpůsobení svého vzhledu sociálním sítím	62
Graf 19: Otázka č. 13 – Mužské přizpůsobení svého vzhledu sociálním sítím	62
Graf 20: Otázka č. 14 – Preferované způsoby pro udržení váhy	63
Graf 21: Otázka č. 15 – Zkušenosti s redukční dietou	64
Graf 22: Otázka č. 16 – Nemocní s poruchou příjmu potravy v okolí žen	65
Graf 23: Otázka č. 16 – Nemocní s poruchou příjmu potravy v okolí mužů	65
Graf 24: Otázka č. 17 – Přiznání žen k poruchám příjmu potravy	66
Graf 25: Otázka č. 17 – Přiznání mužů k poruchám příjmu potravy	66
Graf 26: Otázka č. 18 – Nejčastější vlivy PPP, dle vnímání studentů SŠ	67

Přílohy

Příloha 1: Informovaný souhlas	89
Příloha 2: Elektronický dotazník	90
Příloha 3: Ukázka výpočtu: chí-kvadrát test.....	93

Příloha 1: Informovaný souhlas

Ahoj,

jmenuji se Kateřina Kopáčková a jsem studentkou Filozofické fakulty Univerzity Karlovy v Praze. Chtěla bych Tě tímto požádat o vyplnění krátkého elektronického dotazníku výzkumného šetření, které je realizováno v rámci mé diplomové práce.

- Dotazník se skládá z 19 otázek a zabere ti maximálně 5 minut tvého času.
- Na otázky, prosím, odpovídej pravdivě, dle vlastního uvážení a vlastního názoru.
- Veškeré získané informace a údaje budou zcela anonymní (nebude možné identifikovat Tvou osobu) a budou použity pouze pro potřebu výzkumného šetření v diplomové práci.
- Do výzkumného šetření se zapojuješ dobrovolně a během vyplňování můžeš dotazník kdykoli ukončit.
- Na základě Tvého vyžádání Ti mohu po ukončení výzkumného šetření poskytnout informace o výsledcích.

Vyplněním tohoto dotazníku potvrzuješ, že jsi byl(a) seznámen(a) s výše uvedenými informacemi a souhlasíš se zapojením do výzkumného šetření v rámci diplomové práce Vliv sociálních sítí na poruchy příjmu potravy studentů středních škol.

Děkuji Ti za spolupráci a Tvůj čas.

V případě jakéhokoliv dotazu mě neváhej kontaktovat na e-mailové adrese: katy.kopackova@gmail.com

S pozdravem,

Bc. Kateřina Kopáčková

Příloha 2: Elektronický dotazník

1. **Jaké je tvé pohlaví?** *(Lze zvolit pouze jedna odpověď)*

- Žena
- Muž

2. **Kolik ti je let?** *(Lze zvolit jedna odpověď)*

- 15
- 16
- 17
- 18
- 19

3. **Od kolika let máš svůj první profil na sociálních sítích?** *(Lze zvolit pouze jedna odpověď)*

- méně než 13
- 13
- 14
- 15

4. **Pokud méně než 13: V kolika jsi měl/a svůj první profil?** *(Lze zvolit pouze jedna odpověď)*

- 9
- 10
- 11
- 12

5. **Jaké sociální sítě nejčastěji používáš?** *(Lze zvolit více možností)*

- Discord
- Facebook
- Instagram
- Messenger
- Reddit
- Spanchat
- TikTok
- Twitter
- WhatsApp
- Youtube
- Jiné

- 6. Kolik hodin denně na sociálních průměrně strávíš? (Lze zvolit pouze jedna odpověď)**
- Méně než 1 hodinu
 - 1–2 hodiny
 - 2–3 hodiny
 - 3 a více hodin
- 7. Jsi spokojen/á s tím, jak momentálně vypadáš? (Lze zvolit pouze jedna odpověď)**
- Poznámka: Fyzický vzhled
- Ano
 - Ne
- 8. Co vše jsi na doporučení ze sociálních sítí zatím vyzkoušel/a? (Lze zvolit více možností)**
- Recept
 - Dietu
 - Krátkodobý jídelníček
 - Dlouhodobý stravovací plán
 - Doplnky stravy (detoxikační čaje, vitamíny atd.)
 - Jednorázový trénink (video)
 - Dlouhodobý tréninkový plán (30 denní výzva, eBook, atd.)
 - Zatím nic
- 9. Dohledáváš si další informace k radám a tipům se sociálních sítí? (Lze zvolit pouze jedna odpověď)**
- Vždy
 - Občas
 - Ne
- 10. Líbí se ti ideál krásy prezentovaný v médiích? (Lze zvolit pouze jedna odpověď)**
- Poznámka: Takzvané 90-60-90 / six-pack, svalnatá postava.
- Ano
 - Ne
 - Vzhled už neřeším
- 11. Přeješ si mít stejnou postavu jako je prezentována v médiích? (Lze zvolit pouze jedna odpověď)**
- Poznámka: Takzvané 90-60-90 / six-pack, svalnatá postava.
- Ano
 - Ne
 - Dřív ano, teď už ne

12. Jakou váhu podle sebe máš? (*Lze zvolit pouze jedna odpověď*)

- Podváhu
- Normální váhu
- Nadváhu

13. Máš tendenci přizpůsobovat svůj vzhled na základě vlivu a aktuálním trendům na sociálních sítích? (*Lze zvolit pouze jedna odpověď*)

- Ano
- Ne

14. Jaký způsob pro udržení své postavy preferuješ? (*Lze zvolit více možností*)

Poznámka: Činnost či způsob, kterou jsi alespoň pětkrát opakovaně aplikoval/a.

- Dieta
- Zdravá strava
- Vynechání jídla
- Jiné

15. Držíš nebo jsi v posledních letech držel/a dietu na snížení váhy? (*Lze zvolit pouze jedna odpověď*)

- Ano
- Ne

16. Znáš někoho, kdo měl poruchu příjmu potravy? (*Lze zvolit pouze jedna odpověď*)

- Ano
- Ne

17. Máš nebo jsi v minulosti měl/a poruchu příjmu potravy? (*Lze zvolit pouze jedna odpověď*)

- Ano
- Ne

18. Co má podle tebe největší vliv na vznik poruch příjmu potravy? (*Lze zvolit více možností*)

- Kamarádi, rodina, spolužáci
- Tlak sociálních sítí
- Nízké sebevědomí
- Touha zhubnout
- Touha vypadat jako osoby v médiích
- Jiné

Příloha 3: Ukázka výpočtu: chí-kvadrát test

HLADINA VÝZNAMNOSTI $\alpha = 5\% (0,05\%)$

POZOROVANÉ ČETNOSTI (P)

H1

	ANO	NE	Σ
MÉNĚ NEŽ 1H	24	67	91
1-2H	113	325	438
2-3H	170	284	454
3 A VÍCE H	190	258	448
Σ	497	934	1431

} r=4

OČEKÁVANÁ ČETNOST (O) $s=2$

	ANO	NE
MÉNĚ NEŽ 1H	$(497 \cdot 91) : 1431 = 31,61$	$(934 \cdot 91) : 1431 = 59,4$
1-2H	$(497 \cdot 438) : 1431 = 152,12$	$(934 \cdot 438) : 1431 = 285,88$
2-3H	$(497 \cdot 454) : 1431 = 157,68$	$(934 \cdot 454) : 1431 = 296,32$
3 A VÍCE H	$(497 \cdot 448) : 1431 = 155,59$	$(934 \cdot 448) : 1431 = 292,41$

TESTOVÉ KRITÉRIUM $= \chi^2 = (P-O)^2 : O$

X	ANO	NE
MÉNĚ NEŽ 1H	$(24-31,61)^2 : 31,61 = 1,83$	$(67-59,4)^2 : 59,4 = 0,94$
1-2H	$(113-152,12)^2 : 152,12 = 10,06$	$(325-285,88)^2 : 285,88 = 5,35$
2-3H	$(170-157,68)^2 : 157,68 = 0,96$	$(284-296,32)^2 : 296,32 = 0,51$
3 A VÍCE H	$(190-155,59)^2 : 155,59 = 7,61$	$(258-292,41)^2 : 292,41 = 4,05$
Σ	20,46	10,88

$= 31,34 \chi^2 = \text{CHI-KVADRÁT}$

CHI-KVADRÁT PRO KVANTIL $[0,95]$ $(1-\alpha = 1-0,05 = 0,95)$

STUPNĚ VOLNOSTI $(r-1) \cdot (s-1) = (4-1) \cdot (2-1) = 3 \cdot 1 = 3$

$\chi^2_{0,95}(3) = 7,815$

KRITICKÝ OBOR $\chi^2_{0,95} > \chi^2$

31,34 > 7,815