

UNIVERZITA KARLOVA
HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

**Poruchy příjmu potravy: internetové sociální sítě jako prostředí
k zotavování**

Eating disorders: recovery through social media

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

Mgr. Ester Poláčková

Autor:

Zuzana Susányiová

Praha 2023

Poděkování

Ráda bych touto cestou vyjádřila své upřímné poděkování Mgr. Ester Poláčkové za její nepostradatelnou podporu, ochotu a cenné rady. Dále bych chtěla vyjádřit vděčnost všem respondentkám z výzkumného šetření, bez jejichž spolupráce by tato práce nevznikla. Také bych chtěla poděkovat své rodině a přátelům, kteří mi byli oporou a velkou motivací během celého procesu psaní práce.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Dále prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného titulu. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna pro studijní a výzkumné účely.

V Praze dne:

.....

Zuzana Susányiová

Anotace

Tato bakalářská práce se zaměřuje na problematiku poruch příjmu potravy a zotavování se z tohoto onemocnění. Nabízí přehled o poruchách příjmu potravy a možnostech léčby. Zkoumá, jak internetové sociální sítě mohou pomoci a zároveň uškodit jedincům s poruchami příjmu potravy v procesu zotavování. V práci jsou uvedeny výhody a nevýhody využívání internetových sociálních sítí. V empirické části je provedeno kvalitativní výzkumné šetření.

Klíčová slova

poruchy příjmu potravy, zotavování, Centrum Anabell, z. ú., internetové sociální sítě, rizika a pozitiva využívání (internetových) sociálních sítí, kvalitativní výzkumné šetření

Anotation

This bachelor's thesis focuses on an issue of eating disorders and recovery from this illness. The thesis provides an overview of eating disorders and their treatment and recovery options. It examines how social media can help or harm individuals with eating disorders in a recovery process. The thesis presents advantages and disadvantages of using internet social networks. The empirical part includes a qualitative research.

Key words:

eating disorders, recovery, Centrum Anabell, z. ú., internet social networks, risks and positives of social media usage, qualitative research

Obsah

Úvod.....	9
TEORETICKÁ ČÁST	10
1 Přehled poruch příjmu potravy a etiologie	10
1.1 Poruchy příjmu potravy.....	10
1.1.1 Mentální anorexie	10
1.1.2 Mentální bulimie	11
1.1.3 Psychogenní přejídání	12
1.1.4 Další formy poruch příjmu potravy	13
1.2 Etiologie	14
1.2.1 Biologické faktory	15
1.2.2 Psychické faktory	15
1.2.3 Sociokulturní faktory	16
2 Zotavování a odborná péče	17
2.1 Koncept zotavení (dle Raginse)	17
2.2 Specifika úzdravy z PPP	18
2.3 Fáze motivace vedoucí k léčbě	19
2.4 Léčba a odborná péče.....	19
2.4.1 Ambulantní péče.....	19
2.4.2 Hospitalizace	23
3 Internetové sociální sítě a PPP	24
3.1 Nejvyžívanější platformy sociálních sítí a jejich specifika.....	24
3.2 Prostředí (internetových) sociálních sítí.....	26
3.2.1 Možná rizika využívání (internetových) sociálních sítí během procesu zotavování.....	27
3.2.2 Možná pozitiva využívání (internetových) sociálních sítí během procesu zotavování.....	30

4 Metodologie výzkumné části	33
4.1 Cíl výzkumného šetření.....	33
4.2 Charakteristika výzkumného vzorku.....	33
4.3 Způsob zkoumání a metoda výzkumného šetření	34
4.4 Formulace výzkumných otázek.....	35
4.4 Způsob provedení výzkumného šetření	36
4.5 Metoda vyhodnocení dat	37
5 Analýza dat	38
5.1 Orientace respondentek v tématu sociálních sítí	38
5.2 Vztah respondentek k sociálním sítím	38
5.3 Sociální sítě jako téma během sezení	39
5.3.1 Vlastní iniciativa pracovníka pro toto téma.....	39
5.3.2 Bez vlastní iniciativy pracovníka	40
5.3.3 Vhodné a nevhodné okamžiky pro toto téma	40
5.3.4 Otevírání tématu sociálních sítí klientem (z pohledu respondentek)	41
5.3.5 Téma sdílení zkušenosti s poruchou příjmu potravy pomocí profilů na sociálních sítích u klientů (z pohledu respondentek).....	42
5.4 Perspektiva respondentek na možné přínosy využívání internetových sociálních sítí během léčby z PPP	42
5.4.1 Sdělení, že zotavení je možné	43
5.4.2 Být součástí komunity, která se zotavuje	43
5.4.3 Podpora zdravých vzorců myšlení.....	43
5.4.4 Praktické rady	44
5.4.5 Snadný přístup k informacím od odborníků	44
5.4.6 Přínosné profily na internetových sociálních sítích (z pohledu respondentek) ...	44
5.5 Perspektiva respondentek na možná rizika využívání internetových sociálních sítí během léčby z PPP	45
5.5.1 Srovnávání se a tlak na dokonalost	45

5.5.2 Trávení nadměrného množství času na sociálních sítích	46
5.5.3 Algoritmy sociálních sítí	46
5.5.4 Nevhodné profily během zotavování se z poruch příjmu potravy	46
5.5.5 Sdílení hodnot: váhy, kroků a velikosti	47
5.5.6 Trendy konkrétně: „What I Eat in the Day: Co jsem za den snědl“	48
5.5.7 Etická dilemata v souvislosti s využíváním sociálních sítí	48
5.6 Jak využívat sociální sítě ku prospěchu léčby (z pohledu respondentek)	50
6 Diskuse.....	51
Závěr	54
Seznam použité literatury	55
Seznam příloh	62

Seznam zkratek

AN: anorexia nervosa (neboli mentální anorexie)

BIO (kvalita): produkt vyrobený podle zásad ekologického zemědělství

BMI: Body Mass Index (neboli index tělesné hmotnosti)

ČSÚ: Český statistický úřad

event.: eventuálně

KBT. Kognitivně behaviorální terapie

LF UK: Lékařská fakulta Univerzity Karlovy

MD: multidisciplinární

MKN: Mezinárodní klasifikace nemocí

např.: například

NEDC: National Eating Disorders Collaboration

PPP: poruchy příjmu potravy

PSP ČR: Poslanecká sněmovna Parlamentu České republiky

tzn.: to znamená

tzv.: takzvané

ÚZIS: Ústav zdravotnických informací a statistiky

VFN: Všeobecná fakultní nemocnice

Úvod

Stále více lidí trpí poruchami příjmu potravy. Podle Ústavu zdravotnických informací a statistiky (též ÚZIS) došlo k významnému nárůstu tohoto onemocnění u dospívajících. Počet dospívajících s touto diagnózou se během deseti let zvýšil o 89 % a počet dětí do 14 let s touto nemocí vzrostl o více než polovinu (ÚZIS citovaný Českým rozhlasem, 2021).

Zároveň roste obliba internetových sociálních sítí, a proto se mnoho lidí, trpících tímto onemocněním, stále více obrací na tyto platformy jako na prostředek pro hledání pomoci a podpory při zotavování (Au a Cosh, 2022; Drtilová aj., 2021). Tato bakalářská práce se tedy zaměří na problematiku poruch příjmu potravy a prostředí internetových sociálních sítí, které může být v době léčby využíváno.

Samotná práce se skládá z teoretické a empirické části. Teoretická část práce přináší přehled (nejčastějších) poruch příjmu potravy a jejich etiologií. Druhá kapitola objasňuje termín zotavení, také se věnuje možnostem odborné péče. Poslední úsek teoretické části je věnován právě internetovým sociálním sítím v kontextu poruch příjmu potravy. V empirické části bylo provedeno kvalitativní výzkumné šetření, jehož cílem je zjistit jak pracovníci z Centra Anabell, z. ú. nahlízejí na využívání internetových sociálních sítí u osob trpících poruchami příjmu potravy.

Domnívám se, že toto téma je velmi aktuální a relevantní pro bakalářskou práci, neboť jak je výše uvedeno, poruchy příjmu potravy se stávají stále častějšími a mnoho lidí hledá pomoc prostřednictvím internetových sociálních sítí. Přestože v oblasti poruch příjmu potravy a internetových sociálních sítí bylo provedeno mnoho výzkumných studií, jen málo z nich se zaměřilo na využívání internetových sociálních sítí během procesu zotavování.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Přehled poruch příjmu potravy a etiologie

1.1 Poruchy příjmu potravy

Termín poruchy příjmu potravy (též PPP) je souhrnné označení pro onemocnění vyznačující se patologickým postojem k jídlu a vlastnímu tělu. Jídlo je nástrojem k uspokojení základní biologické potřeby a nelze bez něj fungovat; tato onemocnění jsou tedy závažná, mohou ohrozit život, způsobit tělesné a psychologické komplikace (Papežová, 2018). „Postihují v současnosti jedince všech věků, pohlaví, etnicit, ras, tělesných tvarů a váhových kategorií, sexuálních orientací a socioekonomických úrovní“ (Papežová, 2018, s. 556).

Podle specifických rysů se dají jednotlivě rozlišit na mentální anorexii, mentální bulimii, psychogenní přejídání, ortorexii, bigorexii a drunkorexii. Je důležité zmínit, že jde o spektrum nemocí, což znamená, že zasažený jedinec nemusí zůstat pouze u jedné diagnózy. Typickým příkladem je přechod z mentální anorexie do mentální bulimie, ale i psychogenního přejídání (Papežová, 2010). Budou zde tedy přiblíženy všechny výše vypsané formy poruch příjmu potravy.

1.1.1 Mentální anorexie

„Mentální anorexie je porucha charakterizovaná úmyslným zhubnutím, které si pacient sám vyvolal a dále jej udržuje“ (MKN-10). Osoba s mentální anorexií bude omezovat svůj energetický příjem pod množství, které jeho tělo potřebuje k fungování, což vede k výrazně nízké tělesné hmotnosti. „Choroba je spojená se specifickou psychopatií, kde strach ze ztloustnutí a ochablosti tvaru těla přetrvává jakožto vtíravá a ovládavá myšlenka, takže pacienti usilují o nižší tělesnou váhu“ (MKN-10). Nemocní by raději zemřeli, než aby přibrali, jídlo pro ně nepředstavuje zdroj životní energie. Jsou schopni svou váhu kontrolovat několikrát za den, při vážení řeší každý přibráný dekagram (Švédová, 2012). Typické je zkreslení vnímání vlastního těla, které se například projevuje v okamžiku, kdy se nemocní podívají do zrcadla a vidí se v něm nerealisticky: rozměrnější, než ve skutečnosti jsou (Ševčíková aj., 2021).

Charakteristická je změna stravovacích návyků, která se projevuje snižováním příjmu jídla, počítáním kalorií, hladověním, různými dietami, omezováním pestrosti jídelníčku, vynecháváním jídla (Ševčíková aj., 2021). Nemocní neřeší, zda jim jídlo chutná nebo zda obsahuje všechny potřebné látky, vybírají si ta s nejnižší hodnotou kilokalorií. Mají velký

přehled o kalorických hodnotách jídel. V důsledku toho si nejraději jídla připravují sami, protože je tak mají pod větší kontrolou, mohou si je zvážit, ubrouskem odsávat přebytečný tuk (Švédová, 2012).

Varovnými signály mohou být i rituály týkající se přípravy jídla a konzumování (nemocní např. jedí v určitý čas, na určitém místě, specifickým příborem). Dalším signálem mohou být časté návštěvy toalety během jídla či těsně po dojetí anebo se také může objevit popírání hladu (NEDC, 2022a).

Klíčovým příznakem je i zvýšená senzitivita na kritické komentáře (skutečné, ale i domnělé) týkající se vzhledu těla, stravování nebo pohybu. Kvůli tomu může docházet k sociální izolaci od přátel a rodiny. Postupně se začne prohlubovat strach se najíst mimo domov, pramenící z toho, že nemocní nechtějí jíst před ostatními a nechtějí pozorovat, jak ostatní jedí. Jak už bylo výše zmíněno, v restauraci se nenají i z důvodu, že nemají přesný přehled o kilokaloriích. Dalším příznakem může být i změna stylu oblékání (volnější oblečení, více vrstev neodpovídající počasí) (tamtéž).

Podle mezinárodní klasifikace nemocí¹ se mentální anorexie dělí na typickou a atypickou. Atypická mentální anorexie se vyznačuje tím, že se jeden nebo více klíčových příznaků nemusí vůbec projevit anebo jsou naopak přítomné všechny, ale v menší míře, než je obvyklé. Příkladem může být významný úbytek hmotnosti, přes který je hodnota BMI² stále v normě nebo nad normou. Atypické formy nejsou méně ohrožující, hrozí u nich stejné somatické a psychologické následky jako u typických forem onemocnění (Papežová, 2018).

1.1.2 Mentální bulimie

Stejně jako u mentální anorexie se zde vyskytuje zvýšená kontrola hmotnosti, vzhledu a proporcí těla. „Mentální bulimie je syndrom, charakterizovaný opakovanými záchvaty přejídání a nadměrnou kontrolou své tělesné váhy, vedoucí k přejídání se následovanému zvracením nebo používáním projímadel“ (MKN-10). Pod záchvaty si můžeme představit konzumaci velkého množství jídla během poměrně krátké doby (např. během dvou hodin).

¹ Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotnických problémů (MKN) je publikace Světové zdravotnické organizace. Označení MKN-10 znamená desátou revizi, jde o aktualizované vydání k 1.1. 2022. Poruchy příjmu potravy jsou v ní označeny a klasifikovány v kapitole Syndromy poruch chování, které jsou spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory, konkrétně spadají pod označení F50, do kterého se řadí: mentální anorexie (F50.0), atypická mentální anorexie (F50.1), mentální bulimie (F50.2), atypická mentální bulimie (F50.3), přejídání spojené s psychologickými poruchami (F50.4), zvracení spojené s psychologickými poruchami (F50.5) jiné poruchy příjmu potravy (F50.8) a porucha příjmu potravy NS (nonspecific) (F50.9).

² **BMI:** Body Mass Index (neboli index tělesné hmotnosti)

Naproti tomu zvracení, užívání projímadel, odvodňovacích látek, půst či excesivní cvičení představují formu kompenzace, jejímž smyslem je zabránit přibírání hmotnosti (NEDC, 2022b). Všechny způsoby kompenzace přináší nemocnému psychickou i fyzickou úlevu od množství snědeného jídla (Švédová, 2012).

Velmi typické jsou výčitky svědomí, pocity studu, viny a znechucení, které souvisí jak s přejídáním, tak se zvracením (Ševčíková aj, 2021). Přejídání vzbuzuje pocit nedostatečné kontroly nad jídlem. Naproti tomu vyvolávané zvracení vede k silným pocitům viny, depresi a následně k dalšímu a dalšímu přejídání (Švédová, 2012).³

Stejně jako mentální anorexie se mentální bulimie dělí na typickou a atypickou formu. U atypické podoby například nemusí dojít k nijak významné ztrátě váhy (MKN-10).

1.1.3 Psychogenní přejídání

Do problematiky poruch příjmu potravy spadá i psychogenní přejídání. U této poruchy se jídlo stává středobodem nemocného, doslova je posedlý touhou jíst. Tato posedlost se podobá touze po drogách. Záchvat psychogenního přejídání je „definován jako konzumace takového množství jídla, které je výrazně větší, než by většina lidí zkonsumovala za stejnou časovou jednotku za stejných okolností, a je provázená pocitem ztráty kontroly“ (Kviatkovská aj., 2016). Jedinec trpící psychogenním přejídáním bude mít tyto symptomy: „rychlá konzumace jídla, nepříjemný pocit plnosti, jedení bez pocitu hladu, osamělá konzumace s pocity studu, pocity znechucení, viny a deprese po jídle“ (Papežová, 2010, s.128). Na rozdíl od mentální bulimie se u psychogenního přejídání nevyskytuje potřeba kompenzačního chování (Papežová, 2018).

³ O příznacích mentální bulimie mluví velmi otevřeně Marie Boková (2022) v podcastu Pod dekou. Mluví o fázi přejídání a o fázi kompenzace: „Já jsem se jako opravdu fyzicky bála, že mi praskne žaludek, a chtěla jsem přitom víc.“ „A tak jsem se prostě rozhodla, že se toho prostě zbavím, pustím sprchu, kdyby náhodou se někdo vzbudil, tak aby neslyšel, že se prostě vyzvracím. Potom, co jsem to udělala, nastala úleva.“ „Já jsem se přejídala a zvracela některý dny minimálně desetkrát, klidně i dvacetkrát.“ „Pracovala jsem ve veganském bistru (...) a po zavíračce jsme většinu zbytků vyhazovali do velkého odpadkového koše v kuchyni. A já, když jsem měla záchvat, tak jsem reálně přišla k tomu koši a vybírala jsem to jídlo. A potom se to nestalo jen v tom bistru, a ale i doma, na chatě.“ „A byly doby, kdy jsem neměla možnost tohle to udělat, tak jsem kradla, prostě jsem přišla do obchodu s plátenkou a něco jsem brala do ruky, jakože si to koupím a něco jsem dávala do plátenky. S tím tempem, co se to dělo, bych se nezvládla uživit.“ „Důvěra v sebe sama tam absolutně nebyla.“ „Když jsem ocitla u někoho doma, první věc, co byla, je že jsem šla na záchod a zjistila jsem, jak moc dobře splachuje ten záchod, jestli se náhodou neucpe, když to tam zkusím. Jaký proud má sprcha a jestli mě přehluší a jestli se dá zamknout ta koupelna.“ „Furt jsem u sebe měla žvýkačky.“ „A to jsou momenty, kdy si saháte na dno svého lidství.“ „Začnete hodně lhát.“ „Uklízíte všechno možný.“ „Já v tu dobu ztrácela naději.“ „A opravdu jsem začala mít silný sebevražedný myšlenky.“

Často přichází v období stresu, hněvu, nudy, osamělosti nebo úzkosti. V takových chvílích je přejídání se pro nemocné způsobem, jak se s náročnou situací vyrovnat, jak od těžkých emocí odvrátit pozornost. (Pipová aj., 2022)

1.1.4 Další formy poruch příjmu potravy

Mezi poruchy příjmu potravy můžeme zařadit i další formy, které jsou ve společnosti méně známé. Výzkumy se jimi zabývají až v posledních letech. Konkrétně jde o ortorexii, bigorexii a drunkorexii. (Ševčíková aj., 2021) Ortorexie, bigorexie a drunkorexie nejsou oficiální klinické diagnózy, přesto budou v této práci zmíněny. Domnívám se, že pro sociálního pedagoga může být přínosná znalost i těchto forem.

Ortorexie

Jedná se o patologické upoutání se na zdravou stravu a přísné dodržování pravidel zdravého stravování, s čímž souvisí omezený výběr potravin a dost často dochází i ke snížení energetického příjmu potravy. „Jde tedy o kvalitativní poruchu, kdy postižení konzumují potraviny, které jsou v souladu s jejich přesvědčením v bio kvalitě, geneticky nemodifikované apod.“ (Pipová aj., 2022). Na počátku se změna stravovacích návyků může zdát rozumná a přínosná. Příkladem mohou být jedinci, kteří mají v anamnéze vysoký krevní tlak, vyšší hladinu krevního cukru nebo cholesterolu. Hlavní riziko ale nastává v momentě, kdy je míra koncentrace na jídlo a jeho složení příliš vysoká (Tomanová, 2015). Nebezpečí tohoto onemocnění navíc zvyšuje prosazování zdravého životního stylu, který je v současné době velmi propagován (Ševčíková aj., 2021).

Bigorexie

Bigorexie neboli Adonisův komplex, svalová dysmorfie či obrácená anorexie je porucha, která také narušuje vnímání vzhledu těla. S mentální anorexií má mnohé společné, „jako je zkreslené vnímání vlastního těla, abnormální jídelní návyky, obsedantní myšlení ohledně vlastního těla a excesivní cvičení“ (Ševčíková aj., 2021). Jde o nadměrné přemýšlení nad nárůstem svalstva. V důsledku toho tito lidé nadměrně přijímají potravu, převážně bílkoviny, nezdravě navyšují výkon, užívají různé preparáty a steroidy (Pipová aj., 2022). „Tyto symptomy vedou postupně jako u AN⁴ k sociální izolaci a snížení a zúžení jiných zájmů a k interpersonálním problémům“ (Papežová, 2018, s. 127).

Toto je jediná forma poruch příjmu potravy, která se vyskytuje více u mužů. Riziko hrozí především u sportovců, hlavně kulturistů (Papežová, 2018). Je to dáno tím, že mužská

⁴ AN: anorexia nervosa (neboli mentální anorexie)

představa ideální postavy je rozdílná než ženská, muž si nepřeje být jen štíhlý, ale vypracovaný a s co nejmenším obsahem tuku. „Stejně jako je většina žen nespokojená se svou hmotností a přála by si ji snížit, je značná část mužské populace nespokojená s objemem své svalové hmoty a přála by si její nárůst“ (Ulrichová a Radvanský, 2019, s.44-45).

Drunkorexie⁵

Drunkorexie je porucha příjmu potravy (tedy je zde narušen vztah k vlastnímu tělu a jídlu) spojená s požíváním alkoholu. U této poruchy je spojena nadměrná konzumace alkoholu a snižování příjmu potravy (Papežová, 2018). Vyskytuje se nejvíce u žen ve věkovém rozmezí mezi dvaceti a třiceti lety. Ale může se stát problémem i mužské populace, středoškolského věku nebo naopak jedinců podstatně starších (Tomanová a Černý, 2017).

Na rozdíl od jiných poruch příjmu potravy jedinci omezují přísun stravy v momentě, kdy mají v plánu konzumovat alkohol, příkladem může být víkendová oslava, kvůli které nejedí přes týden. Jde o snižování kalorického příjmu (energie) na úkor kalorické hodnoty alkoholu. Omezování jídla se může stát drastičtější s vyšší tolerancí na alkohol a s vyšší četností konzumace. Hlavním cílem zasažených osob je udržet nebo snížit hmotnost a moci užívat alkohol i přes jeho vysokou energetickou hodnotu (Szynal et. al., 2021). Navíc alkohol eliminuje pocit hladu a chuti na jídlo. Zároveň po nadměrném požití alkoholu není ani složité vyvolat zvracení a tím si redukovat přebytečné kalorie. Kvůli těmto účinkům může nemocný začít popíjet i tajně: v domácím, školním, případně pracovním prostředí (Tomanová a Černý, 2017).

„Kromě dlouhodobých negativních důsledků tohoto chování, hrozí lidem, kteří pijí alkohol na lačný žaludek, akutní zdravotní potíže v podobě rychlého opití, zvracení nebo možné otravy alkoholem“ (Ševčíková aj., 2021).

1.2 Etiologie

Rizikové faktory jsou dispozice, které zvyšují u dané osoby pravděpodobnost propuknutí nemoci. Podle odborné veřejnosti je vznik poruch příjmu potravy podmíněn třemi oblastmi: jedná se o komplexní souhru biologických, psychologických a sociokulturních faktorů (Culbert et. al., 2015, Papežová, 2010). Jak také uvádí Papežová a Hanusová (2012, s.10): „Ojedinělý rizikový faktor nemusí mít žádný efekt (např. jen

⁵ **rozdíl mezi drunkorexií a alkoholismem** u drunkorexie se konzumuje alkohol z důvodu narušeného vztahu k tělu a jídlu, alkoholismus se týká závislosti na alkoholu bez narušeného vztahu k tělu a jídlu

posměšná poznámka trenéra o vzhledu). Pouze kombinace s ostatními faktory (úzkostná povaha, touha po dokonalosti, rodinná orientace na výkon) vede ke vzniku onemocnění nebo ho udržuje.“

1.2.1 Biologické faktory

Jednou z biologických dispozic je pohlaví; i když je výše uvedeno, že se tato onemocnění týkají všech pohlaví, stále je vyšší poměr žen než mužů (Papežová, 2010). „Důvodem jsou nejspíše odlišné probíhající změny stavby těla chlapců a dívek v průběhu puberty“ (Ulrichová a Radvanský, 2019, s.44-45). „Chlapci po nástupu puberty nabírají svalovou hmotu, oproti tomu dívkám se mění útlá dětská postava v zakulacenou postavu ženy. To znamená, že zatímco chlapcům příroda přeje a přirozeně je vede blíž k ideálu muže, dívky může přirozená příprava těla na mateřství děsit“ (Ulrichová a Radvanský, 2019, s. 44-45). Důležitým znakem dospívání je právě tělesná proměna, která je silně prožívána. Důvodem je fakt, že náš vzhled je neodmyslitelně součástí naší identity (Vágnerová a Lisá, 2021).

Riziková jsou přechodná stádia života s velkými fyzickými a sociálními změnami, jako je již zmíněné dospívání, ale i těhotenství, poporodní období a menopauza. V těchto obdobích dochází mimo jiné k výrazným tělesným změnám, s čímž je spojen nárůst hmotnosti (Krch, 2004). Jako riziková se ukazuje i předčasná vyspělost, brzký příchod první menstruace (Papežová, 2010).

Určitou roli při vzniku poruch příjmu potravy může hrát heredita, jedinec může zdědit zranitelnost vůči onemocnění (Bulik et al., 2019). Studie dvojčat a adopce zdůrazňují, že genetické vlivy významně přispívají k riziku vzniku onemocnění (Culbert et al., 2015).

Rizikové mohou být změny v hladinách neurotransmiterů. Neurotransmitery jsou (zjednodušeně) chemické látky přenášející signály do mozku. Konkrétně jde o serotonin, který je důležitý nejen k regulaci nálady a spánku, ale také ovlivňuje i chuť k jídlu (Culbert et al., 2015; Atkinson et. al, 2003).

1.2.2 Psychické faktory

Byla zjištěna přímá souvislost mezi určitými osobnostními rysy a poruchami příjmu potravy. Mezi tyto rysy můžeme zařadit obecně negativní emocionalitu, perfekcionismus (vysoké požadavky na sebe a vyšší stupeň sebekontroly) a impulzivitu. Tyto rysy mohou vést k neustálému srovnávání s ostatními, z čehož plyne pocit nedostatečnosti. Riziko se zvyšuje i v případě nízkého sebehodnocení, nenávisti k sobě, nespokojenosti s proporcemi těla a úzkostným sebepozorováním (Canals a Val, 2022; Peterson a Fuller, 2019; Culbert

et al., 2015). Nemocní často neumí správně nakládat se svými emocemi a také neumí správně interpretovat své potřeby a prosazovat je (Pipová aj., 2022).

1.2.3 Sociokulturní faktory

Mezi sociokulturní faktory ovlivňující vznik poruch příjmu potravy patří kult krásy dané společnosti, nevhodné vztahy v rodině, ale i v práci nebo ve škole a vysoký kariérní (školní) tlak (Górski et al., 2022).

Přibývá důkazů, že kritika od rodinných příslušníků má silný dopad na sebevědomí a dietní chování. (Loth et al., 2014) Nadváha v očích společnosti je dost často chápána jako lenost a neschopnost a na jedince je vyvíjen nátlak, aby zhubli. Pro vznik poruch příjmu potravy je velmi nebezpečné tvrdit, že postava, tvar, proporce, hmotnost, lze zcela upravit na základě vlastního snažení (Vágnerová, 2014).

Je to právě kultura, která nám udává ideál krásy, tedy to, jak by měl vypadat muž a jak žena. Vztah k vlastnímu tělu se odvíjí od požadavků společnosti. Snažíme se udělat dobrý dojem, mít atraktivní vzhled. (Helus, 2015). Lidé chtějí být krásní, a proto vzrostl zájem o „profese vizážistů, plastických chirurgů orientovaných na vzhledovou stránku člověka, ale i kosmetického a podobně zaměřeného průmyslu, spojeného s reklamním odvětvím“ (Helus, 2015, s. 68). V některých profesích a volnočasových aktivitách je na vzhled kladen ještě větší důraz, a proto jsou velmi rizikové pro vznik poruch příjmu potravy. Příkladem takovéto profese může být modeling, balet, gymnastika nebo wrestling. Kvůli své profesi se mohou lidé snažit udržovat nízkou váhu, aby splnili nároky (Peterson et.al., 2019).

Také časopisy, reklamy a například módní značky se velkou mírou podílely na předsudku dokonalé podoby ženy a muže (Romo, 2010). V neposlední řadě ke vzniku kultu krásy přispěly právě i (internetové) sociální sítě (Wick a Keel, 2020). Dopomáhá k tomu způsob fungování na sociálních sítích časté jsou úpravy fotek (tzv. filtry); než je fotografie zveřejněna prochází dlouhým procesem výběru z nafocených fotek, přičemž na většině z nich si daná osoba nepřipadá dostatečně hezká (Slussareff, 2022).

2 Zotavování a odborná péče

Vzhledem ke zvolenému tématu práce (Poruchy příjmu potravy: internetové sociální sítě jako prostředí k zotavování) se následující kapitola bude věnovat dalšímu důležitému pojmu – termínu, kterým je recovery neboli zotavení a úzdrava. Mimo to také blíže nastíní specifika úzdravy z PPP, jednotlivé fáze motivace vedoucí k léčbě, multidisciplinární přístup a možnosti odborné péče.

2.1 Koncept zotavení (dle Raginse)

Podle Raginse se zaměňují pojmy zotavení a vyléčení. Můžeme se zotavit, i když na onemocnění neexistuje lék, jako například po ochrnutí nebo mrtvici. „Je vlastně možné se zotavit, aniž bychom byli vůbec nějak nemocní. Lidé se zotavují z rozvodu, ze smrti rodičů, ze znásilnění, ze všech možných tragédií. Většina z nás se někdy během svého života z něčeho zotavila“ (Ragins, 2002 citovaný Fokusem 2018, s. 18). To znamená, že cílem tohoto konceptu není úplné vymizení symptomů, protože ne vždy je to možné, spíše jde o snahu klientovi pomoci zajistit co možná nejplnohodnotnější život i přes některé přetrvávající symptomy (tamtéž). Přesně o to jde i u klientů s poruchami příjmu potravy; přes některé možné přetrvávající příznaky (např. občasné vtíravé myšlenky) jsou uzdravení schopni žít plnohodnotně s kladným vztahem k jídlu a tělu.

Úzdrava je proces, který blíže přiblížím pomocí konceptu zotavení dle Raginse. Je rozdělen do čtyř fází: naděje, zplnomocnění, odpovědnost za sebe sama a získání smysluplné životní role.

První fází je naděje. V obtížných životních situacích potřebujeme mít naději, vědět, že může být lépe, což může podpořit motivaci. Naděje se pro nás stane skutečně motivující pouze v případě, že máme reálnou vizi. „Nejde ani tak o to, že by lidé s duševním onemocněním dosáhli naplnění přesně té vize, kterou si vytvářejí, ale o to, že než podniknou složité změny a pozitivní kroky, musí mít jasnou představu o svých budoucích možnostech“ (Ragins, 2002 citovaný Fokusem 2018, s. 20).

Druhou fází je zplnomocnění. Na to, abychom dělali pokroky, je třeba mít důvěru ve vlastní schopnosti. Podmínkami zplnomocnění je mít dostatek informací a možnost se samostatně rozhodovat. Zpočátku může být nutností podpora od druhých. V této fázi nemocní potřebují, aby v ně uvěřil i někdo jiný (tamtéž).

Odpovědnost za sebe sama je třetí fází. S postupujícím zotavováním přichází uvědomění, že máme odpovědnost za život, což znamená, že jsme tvůrci sebe i svých životů.

Základem je, aby se získaná naděje zaměřila na to, co pro sebe já jako jednotlivce mohu udělat sám, nečekat na zázrak (nové léky, nové léčebné postupy). S touto fází se pojí snaha zkoušet nové věci, učení se ze svých chyb, riskování, ale také odpoutávání se od pocitů viny, zklamání nebo hněvu. Jde o velmi náročnou fázi, a to dokonce nejen pro nemocného ale i pro poskytovatele služeb (tamtéž).

Poslední fází procesu zotavení je získání smysluplné životní role. Pro celkové zotavení (dle Raginse) je zapotřebí přejít z role oběti do role zotaveného. „Nově získané postoje, jako jsou naděje, důvěra a větší odpovědnost za sebe sama, se musejí uplatnit v normálních rolích zaměstnance, syna, matky, souseda apod.“ (Ragins,2002 citovaný Fokusem 2018, s. 21). Díky nově získané roli dojde k ukončení izolace. Jedinec se začne stýkat s širším okolím a může začít žít plnohodnotný život (tamtéž).

2.2 Specifika úzdravy z PPP

Specifika úzdravy z poruch příjmu potravy přiblížím za pomoci metaanalýzy⁶ Eating Disorder Recovery: A Metaethnography, (v českém překladu Zotavení z poruch příjmu potravy: metaanalýza) (Eaton, 2019).

Léčba z poruch příjmu potravy může podnítit strach ze ztráty známého, protože rituály spojené s PPP se stanou součástí identity daného jedince. Nemocní se mohou léčbě zdráhat, protože jim porucha přináší pocit kontroly, bezpečí a jistoty. Přes vědomí rizik souvisejících s onemocněním, poruchu vnímají jako „přítele“. Mohou se obávat toho, jak bude vypadat jejich život bez PPP.

V určitém okamžiku nemoci ale začne docházet ke stále většímu zvědomování následků, jako je ohrožení zdraví (trvalý zdravotní následek) anebo špatné mezilidské vztahy. Kvůli těmto tíživým důsledkům nemoci mohou nemocní začít uvažovat nad léčbou.

Tváří tvář realitě dochází k probuzení. Přichází typické ambivalentní pocity, jde o rozpolcenost a konflikt. Nemocní na jednu stranu chtějí být zdraví, a na tu druhou se nechtějí loučit s jistotou. Toto období je pro nemocné opravdu těžké. Zažívají pocity úzkosti, paniky, zmatení nebo hanby.

Na cestě k zotavení se nemocní musí začít učit zbavovat starých návyků spojených s poruchami příjmu potravy. Potřebují říct nemoci „sbohem“. Toto rozhodnutí vyžaduje trpělivost a sebe odhodlání. Odměnou může být přicházející pocit svobody.

⁶ **metaanalýza:** pracuje s výsledky mnoha původních studií, které pak následně propojuje

Se stále zvyšujícím se pocitem svobody souvisí i tvorba nové identity, díky které se může podařit postupně ztlumit vtíravé myšlenky.

2.3 Fáze motivace vedoucí k léčbě

Jednotlivé fáze motivace lze pojmenovat takto: stádium popření, přiznání problému, rozhodnutí pro léčbu, akce a udržení. První fází je stádium popření. Jedinec si nechce přiznat, že má problém nebo si nepřipadá ještě natolik nemocný, aby vyhledal léčbu. Druhou fází je přiznání problému. Pro tuto fázi je typický již zmíněný strach z léčby, ztráty kontroly, bezpečí a jistoty. Třetí fází je rozhodnutí pro léčbu. V této fázi právě dochází k stále většímu vědomí následků. Následuje fáze akce, ve které musí dojít ke změně chování. Poslední fází je udržení; jedinec pokračuje na cestě k úzdavě (Pipová aj., 2022).

2.4 Léčba a odborná péče

Výše uvedený Raginsův koncept naznačuje, že na proces zotavení není vhodné zůstat sám. Jak říká známé české přísloví: „Ve dvou se to lépe táhne.“ Platí to i pro zotavování se z poruch příjmu potravy. Léčba je totiž často velmi náročná. Vyžaduje čas, trpělivost a podporu. Náročnost v léčbě se odvíjí i od různorodosti v etiologii (viz první kapitola) (Papežová, 2018).

Léčba by tedy měla být individuální a komplexní (podle potřeb nemocného) a měla by zahrnovat různé odborníky, kteří by měli vzájemně spolupracovat v multidisciplinárním týmu (Papežová, 2018). Multidisciplinární přístup je tedy „způsob práce, jakým různé profese, různé organizace partnersky spolupracují, efektivně vzájemně komunikují a plánují tak, aby byl maximálně využit jejich společný potenciál znalostí, zkušeností a intervencí ve prospěch jednotlivce či celé skupiny. Prospěchem je myšlena maximální možná podpora v individuálním procesu zotavení u lidí s duševním onemocněním s jejich zapojením a respektem k jejich potřebám“ (Mašínová aj., 2020, s. 4).

2.4.1 Ambulantní péče

Ambulantní péči v oblasti poruch příjmu potravy mohou poskytnout tyto odborníci: psychoterapeuti (psychologové), rodinní terapeuti, nutriční terapeuti, sociální pracovníci, kliničtí psychologové, psychiatři a další lékařští odborníci (praktičtí lékaři/pediatři, zubaři, gynekologové nebo gastroenterologové...) (3pe, Pipová aj., 2022).

V rámci ambulantní péče se nejvíce zaměřím na Centrum Anabell a jejich multidisciplinární tým. Také přiblížím denní stacionář Centra pro diagnostiku a léčbu poruch příjmu potravy.

Centrum Anabell, z. ú.

Centrum Anabell je nezisková organizace, která byla založena v roce 2002. Jeho zakladatelkou je PhDr. Ing. Jana Sladká Ševčíková. Centrum Anabell působí ve třech kontaktních centrech: v Brně (sídlo organizace), v Praze a v Ostravě (Centrum Anabell, z. ú.).

Nabízí odbornou podporu a pomoc nemocným s poruchami příjmu potravy a jejich blízkým, včetně všech těch, kterých se porucha příjmu potravy dotýká. Poskytují sociální služby dle zákona č. 108/2006 Sb. (tamtéž).

V Centru Anabell pracují multidisciplinárně. Ve stálém týmu jsou sociální pracovníci, psychologové, psychoterapeuti, nutriční terapeuti a peer konzultanti. Je ovšem možné se zde potkat i s dalšími odborníky, jako jsou rodinný terapeut nebo adiktolog. Navázání spolupráce s jednotlivými odborníky se odvíjí od potřeb klienta (Centrum Anabell, z. ú.).

Sociální pracovník

Sociální pracovník v Centru Anabell poskytuje odborné sociální poradenství, které je dle zákona č. 108/2006 Sb.: „poskytováno se zaměřením na potřeby jednotlivých okruhů sociálních skupin osob.“ V případě Anabell, jak už bylo výše řečeno, jde o osoby s poruchami příjmu potravy a jejich blízké. Služba je určena starším 12 let a je poskytována formou individuálních, rodinných či skupinových intervencí (Centrum Anabell, z. ú.; Starostková, 2015).

Odborné sociální poradenství v Centru Anabell probíhá následujícím způsobem: před prvním setkáním je nutné si domluvit termín, a to buď telefonicky, emailem nebo osobně (v kterémkoli kontaktním centru Anabell) (Centrum Anabell, z. ú.). Sjednat co nejbližší možný datum setkání je obzvláště důležité, protože včasné zahájení léčby zvyšuje šanci uzdravení (3pe). V den domluveného termínu dojde k úvodnímu setkání, během kterého se uzavírá oboustranná (ústní) smlouva o poskytování sociální služby, která slouží k vyjasnění nejasností (kdo, komu, co poskytuje). Dále sociální pracovník klienta seznámí s pravidly: povinnostmi (oznámit zrušení setkání) a právy (vystupování v anonymitě). Následně klient odvypráví svou zkušenost s poruchou příjmu potravy, na základě toho se společně stanoví společný (hlavní) cíl a jednotlivé dílčí cíle. V případě zájmu klienta se domlouvají další setkání (Centrum Anabell, z. ú.).

Sociální pracovník užívá „techniky aktivního naslouchání, dotazování, strukturovaného rozhovoru a individuálního plánování, včetně průběžného hodnocení naplňování cílů. Pracovník v průběhu spolupráce klientovi poskytuje zejména podporu proaktivní zvládnání situace, podporuje ho ve využívání spolupracujících služeb týmu, poskytuje informace a pomáhá pojmenovávat řešení“ (Starostková, 2015, s. 23).

V rámci multidisciplinárního přístupu sociální pracovníci usilují o úzkou spolupráci s ostatními odborníky. „Objednávají klienta do návazných služeb MD⁷ týmu (psycholog/psychoterapeut, nutriční terapeut...), event. zprostředkují návštěvu lékařských spolupracujících odborníků“ (Starostková, 2015, s. 25). V případě nutnosti informují klienty i o možnosti psychiatrické pomoci a hospitalizaci.

Další odborníci, kteří jsou součástí (stálého) multidisciplinárního týmu organizace:

Psychologové a psychoterapeuti

Psychologové nebo psychoterapeuti mají své čestné místo v péči o osoby s poruchami příjmu potravy. Psychoterapie řeší hlubší témata, na cestě v procesu zotavování podporují klienta v otázkách sebepojetí, sebehodnocení, snaží se o zlepšení pohledu na své tělo a jídlo. Pomáhají zvládat emoce (Starostková, 2015; Centrum Anabell, z. ú.).

Peer konzultanti⁸

Peer konzultanti mají osobní zkušenost s nepříznivou životní situací, kterou následně využívají ve svůj prospěch. V centru Anabell je to tedy osobní zkušenost s onemocněním poruch příjmu potravy a také zkušenost s procesem zotavování. Peer konzultant musí mít od onemocnění odstup a mít vlastní zkušenost zpracovanou. Důležité je zmínit, že sám o sobě není odborníkem, musí být součástí multidisciplinárního týmu (Jurová a Švábíková, 2021). Pro klienta je peer konzultant nositelem naděje, že uzdravení je možné. Vytváří bezpečné prostředí, podporuje na cestě zotavení. Je ale přínosný i pro další pracovníky, protože díky němu se může klient zbavit obav z dalších odborníků (Centrum Anabell a Chut' žít, 2022).

⁷ MD: multidisciplinární

⁸ Je důležité vztít v úvahu, že pozice peer konzultanta může vyvolávat etická dilemata. Může se to týkat například toho, zda je sdílení osobních zkušeností s klienty eticky korektní a zda tato pozice může být považována za etickou. Různí odborníci mají různé pohledy na tuto problematiku, což by mohlo být zajímavým tématem pro další závěrečnou práci.

Nutriční terapeuti

Jak již bylo řečeno, poruchy příjmu potravy mají být léčeny komplexně, a proto je dobré klienty nasměrovat nejen k psychické podpoře, ale i ke změně stravování. Jde tedy o navrácení správných stravovacích návyků. Úprava výživy klienta je individuální. Jídelníček je sestavován podle potřeb klienta, případně nemusí být sestaven vůbec. Nutriční terapeut podporuje aplikování nových jídelních návyků v praxi (Starostková, 2015; Centrum Anabell, z.ú.).

Denní stacionář

Konkrétně v hlavním městě se nachází denní stacionář Centra pro diagnostiku a léčbu poruch příjmu potravy. Vznikl na Psychiatrické klinice 1. LF UK a VFN v Praze. Denní stacionář je určen pro nemocné (s PPP) nad 17 let věku a s hodnotou BMI nad 16. Maximální počet pacientů je 12. Do stacionáře není možné docházet: pokud je výrazně ohrožen zdravotní stav pacienta, dále pokud má nemocný nepříznivé rodinné prostředí (např. je přítomno fyzické týrání) anebo v případě, že již proběhla opakovaná neúspěšná dřívější léčba. Denní stacionář nabízí pomoc pět dnů v týdnu (pracovní dny). Pro pacienty je zde vytvořen program akutní i doléčovací péče. Jedná se o jídelní a terapeutický program (např. dynamická psychoterapie, KBT⁹, arteterapie, relaxace). Po programu pacienti mohou odcházet domů, takže nejsou vytrženi z přirozeného prostředí. Díky tomu jsou více podporováni ve fungování v sociální rolích. Tato forma pomoci může trvat až tři měsíce (Papežová, 2010; Minařík, 2022).

Svépomocné skupiny

Svépomocné skupiny, skupiny lidí sdílející podobnou zkušenost, mají také čestné místo v podpoře nemocných i jejich rodin (Papežová, 2010). Svépomocné skupiny fungují v jak v Centru Anabell, tak v Centru pro diagnostiku PPP. V centru Anabell je poskytována pomoc převážně nemocným (Centrum Anabell, z. ú.). Rodičům zde nabízí svépomocný manuál, který je dostupný na stránkách anabell.cz (Holá aj., 2022). V Centru pro diagnostiku PPP je v prostorách stacionáře možné využít klub pro rodiče, klub pro pacienty a zájemce o léčbu či doléčovací skupiny (Minařík, 2022).

⁹ KBT: kognitivně behaviorální terapie

2.4.2 Hospitalizace

Hospitalizace se využívá hlavně u závažných případů, tedy u pacientů se sebevražednými sklony, nadměrně užívajících návykové látky, nacházejících se ve stavech ohrožujících život (např. velký nebo rychlý váhový úbytek) nebo v případech, že ambulantní léčba nebyla úspěšná. Hospitalizace je možná na psychiatrických odděleních, specializovaných odděleních (pro léčbu PPP) nebo jednotkách intenzivní péče (Papežová, 2010). „Mezi pobytová zařízení v České republice patří Psychiatrická klinika VFN a 1. LF UK, kde mohou být na Jednotce specializované péče pro poruchy příjmu potravy v Praze hospitalizováni pacienti starší 18 let. Mladší pacienti bývají hospitalizováni ve Fakultní nemocnici v Motole. Dalším zařízením je Psychiatrická klinika při Fakultní nemocnici Brno Bohunice, kde existuje oddělení zaměřené na léčbu PPP pro dospělé a oddělení pro děti“ (Pipová aj., 2022, s. 144).

3 Internetové sociální sítě a PPP

Jedna z možných a pro toto téma vhodných definicí internetových sociálních sítí zní takto: „Sociální sítě jsou virtuálním místem – serverem, na kterém se scházejí mnohdy statisíce uživatelů, jejichž primárním zájmem je sdílet informace. Důležitým aspektem je to, že uživatelé chtějí sdílet osobní data a informace s ostatními uživateli komunity pomocí svých profilů“ (Pospíšil a Závodová, 2012, s. 99). Zmíním zde terminologický rozdíl mezi pojmy sociální sítě a internetové sociální sítě. Z pohledu sociologie v širším slova smyslu zahrnují sociální interakce, které je možné mít i mimo internet, patří sem rodina, přátelé nebo kolegové (Giddens, 2013). Sousedství „sociálních sítí“ se ale dnes v laické společnosti běžně užívá i v kontextu internetových sociálních sítí.

Život bez (internetových) sociálních sítí už je pro řadu lidí nepředstavitelný. Žijeme v době, kdy se internet a s ním spojené sociální sítě staly naší nedílnou součástí. Rozšířily se po celém světě.

3.1 Nejvyužívanější platformy sociálních sítí a jejich specifika

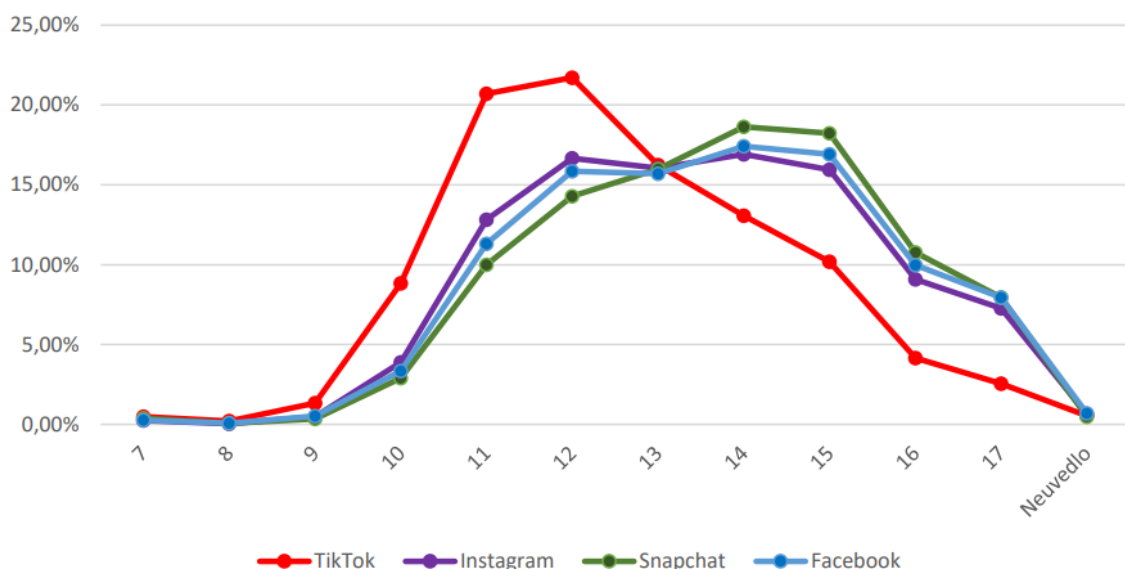
Další výzkumné šetření, které zde zmíním, se zabývalo hlubším pochopením mladé generace a jejich tíživých problémů: jedním z nich byla konzumace sociálních sítí. Šetření probíhalo na vzorku 450 mladých lidí z České republiky ve věku 18–24 let. „Z výzkumu vyplývá, že stále vedou ‚oldschoolové‘ sociální sítě. Instagram denně používá 68 % z nich, Facebook pak 63 %. Na TikToku je denně jen čtvrtina ze zkoumané skupiny, což je jen o 2 procentní body více než těch, kteří se denně dívají na televizi“ (Behavio a DFMG, 2023 citováno MediaGuru, 2023).

Výzkumný vzorek ale nezahrnoval jedince mladší 18 let. Z tohoto důvodu využiji výzkum, který byl zrealizován v roce 2022. Nese název: Děti a kult krásy v online světě. „Výzkumný soubor byl tvořen 9441 respondenty ve věku 11–17 let (53,9 % tvořily dívky, 45,59 % chlapci). Průměrný věk respondentů činil 14,37 let.“ (Kopecký aj., 2022). Mezi nejvyužívanější sociální sítě podle výzkumu patří: YouTube (93,2 %), Instagram (79,8 %) a TikTok (68,1 %). „Zajímavostí je, že Facebook, jenž dominoval v minulých letech, využívá pouze necelých 40 % českých dětí.“ Z výzkumu se zdá, že platforma Tiktok je populárnější spíše v případě, že jsou mezi respondenty mladší lidé (tamtéž).

Další dohledaný výzkum je od autorů Kopecký a Szotkowski (2019), kteří se zabývali českými dětmi v online prostoru: podle výsledku tohoto výzkumu znázorněného na grafu (Obrázek č.1) je TikTok také populární u (nej)mladších uživatelů.

Obrázek č.1

Graf 1 Věkové rozložení dětských uživatelů dominantních sociálních sítí



(Zdroj Kopecký a Szotkowski, 2019)

Z výše uvedených výzkumných šetření byly vybrány tyto zmiňované platformy: Facebook, Instagram, TikTok a Youtube. Níže jsou tedy více přiblíženy.

Cílem Facebooku je propojování se s dalšími lidmi. Uživatel si může sám zvolit, zda jeho obsah bude soukromý, nebo veřejný. Uživatelé této platformy mohou zveřejňovat fotografie (obrázky), popisky k fotografiím (případně samostatné texty) nebo videa. Mimo to je možné psaní zpráv, sledování videí, komentování, sdílení, vysílání videa živě, ale i hraní her (Slussareff, 2022).

Instagram je převážně zaměřený na vizuální obsah. Opět je možnost výběru, zda bude profil soukromý, nebo veřejný. Je zde možnost sdílet, upravovat a pořizovat fotografie, také krátká videa. K upravování fotografií je k dispozici celá řada filtrů. Stejně jako na Facebooku je možné komentovat, sdílet, lajkovat (tamtéž).

TikTok je založen hlavně na vytváření, sdílení a sledování krátkých videí (maximálně šedesát vteřin). Také je zde možnost interakce s obsahem pomocí komentářů, sdílení a označování videí (tamtéž).

YouTube je video-platformou; kromě možnosti sledování videí lze zde i tvořit a sdílet. Na Youtube lze najít širokou škálu videí (tamtéž).

3.2 Prostředí (internetových) sociálních sítí

Jak bylo uvedeno v první kapitole, internetové sociální sítě se řadí mezi rizikové faktory podněcující vznik poruch příjmu potravy (viz etiologie). Neměli bychom je ale vnímat jen jako hrozbu, obrazně je lze přirovnat k ohni, který dokáže v mnoha ohledech pomoci a zároveň velmi uškodit. Úkolem je naučit se s ním manipulovat. Přesně tak je to i se sociálními sítěmi. Tato práce přiblíží jak nevýhody, tak výhody využívání sociálních sítí během zotavování z poruch příjmu potravy.

Předtím než začnu vyjmenovávat stinné a slunné stránky sociálních sítí, chtěla bych zde ještě uvést ukázkou ze skoro sto let staré knihy profesora Chartenze: *Motion Pictures and Youth*, v českém překladu *Filmy a dospívající*, která se věnuje vlivu kinematografie na vývoj, vztahy a chování mladé generace. Zmiňuje se o ní autorka knihy Hry, sítě a porno: Michaela Slussareff. Ukázka přibližuje situaci (vliv filmů na dospívající), která se v dnešní době řeší v souvislosti se sociálními sítěmi. Konkrétně jde o tuto citaci: „Nelze pochybovat o tom, že filmy mají (na dospívající) vliv. Ale podle našich studií jde o vliv specifický pro každé jednotlivé dítě a každý jednotlivý film. Stejný film může různé děti ovlivňovat v naprosto opačných směrech“ (Chartenz, 1933 citovaný Slussareff, 2022, s. 147). Slussareff následně dodává, že už nám v této době představa toho, že všechny filmy jsou pro mládež škodlivé, připadá úsměvná. Stejně tak v budoucnu můžeme brát jako nereálné tvrzení, že sociální sítě jsou jako celek škodlivé. Autorka také píše, že z výše zmíněné přímé citace vyplývá, že naprosto stejný obsah může na každého jednotlivce působit odlišným způsobem (tamtéž).

To ale vůbec neznamená, že by odborníci neměli být k sítím obezřetní a neměli by jim věnovat pozornost.

Proč by odborníci měli věnovat pozornost sociálním sítím v souvislosti s PPP?

Nejvíce (internetové) sociální sítě využívají osoby ve věkovém rozmezí 16 až 24 let, což vyplývá z dat ČSÚ. Důležité je zmínit, že zkoumaná skupina zahrnovala šestnáctileté a starší osoby. V této věkové kategorii 95 % z nich používá alespoň jednu platformu sociálních sítí (ČSÚ, 2022). „Více než třetina dospívajících tráví tři hodiny denně (nebo více) prohlížením příspěvků“ (Diedrichsová aj., 2021, s. 8). Dalším údajem je, že 48 % z dospělé české populace pravidelně přidává příspěvky a ve věkovém rozmezí 18 až 29 let jsou aktivnější ženy (Behavio, 2023). Rovněž přínosnou informací je, že 80 % dívek tvrdí, že porovnávají svůj vzhled s jinými lidmi na sociálních sítích (Diedrichsová aj., 2021).

Z výsledků těchto výzkumných šetření a z etiologie uvedené v první kapitole je patrný důvod, proč by odborníci měli v souvislosti s poruchami příjmu potravy věnovat pozornost sociálním sítím. Další důvody budou níže zmíněny.

Fungování na sociálních sítích s poruchou příjmu potravy

Způsob, jakým se na sociálních sítích pohybují jedinci s poruchou příjmu potravy, se odvíjí od jejich motivace. Zcela zásadní je to, v jaké fázi nemoci se právě nachází. Jejich chování je rozdílné, pokud „mají spíše motivaci udržet či prohloubit dosavadní strategie hubnutí, nebo zda jsou motivováni k uzdravení“ (Nehybková aj., 2018). Tato práce je směřovaná na jedince, kteří se zotavují z poruch příjmu potravy, proto v ní budou vyjmenována pouze rizika a výhody využívání sociálních sítí během procesu zotavení.

3.2.1 Možná rizika využívání (internetových) sociálních sítí během procesu zotavování

Profily podporující patologické chování

Proces zotavení mohou ohrožovat informace podporující patologické chování; algoritmy¹⁰ sociálních sítí nám totiž nabízejí relevantní obsah podle toho, co vyhledáváme, není jednoduché je změnit ze dne na den (Nehybková aj., 2018). Respondentky z výzkumu *Advantages and Disadvantages of Internet Use: The Perspective of Women with Eating Disorders Experience* (v českém překladu: *Výhody a nevýhody používání internetu: Pohled žen se zkušenostmi s poruchami příjmu potravy*), jehož autory jsou Drtilová, Šmahel a Šmahelová (2021), vypověděly, že se jim na sítích objevovaly nechtěné informace často; v souvislosti s tím použily doslova tyto výrazy: že na ně informace „vyskakovaly“, „bombardovaly“, „útočily a „bylo nemožné se jim vyhnout“(překlad vlastní).¹¹

Mezi takové informace lze zařadit pro-ana/ pro-mia profily, tzn. profily osob, které trpí poruchou příjmu potravy, jejichž cílem je posilování patologického jednání. Stávají se prostorem, kde si nemocní předávají různé návody, např. tipy na hubnutí (udržení, snížení váhy). Dále zde sdílejí fotografie nezdravých těl (pro ně představující ideální postavu) nebo (nezdravé) jídelníčky (Au a Cosh, 2022; Nehybková aj., 2018).

¹⁰ **algoritmy:** systém úkonů, které sociální sítě používají, aby nabízely uživateli nejlepší možný obsah

¹¹ **původní cizojazyčné znění:** Respondents discussed how the information was “bombarding them” (R27) or “attacking them” (R27) and how it was almost impossible to avoid.

Další možné rizikové profily

Pro zotavující nemusí být tedy rizikový jen pro-ana/ pro-mia obsah. Potencionální riziko mohou představovat i profily, které jsou pro zdravého uživatele jinak neškodné. Jde o typ profilů, které se zaměřují na módní trendy, ideály spojené s tělem, zdravý životní styl, recepty, cvičení a diety (lidí, kteří netrpí poruchou příjmu potravy) (Drtilová aj., 2021). Na profilech se mohou vyskytovat toxické rady (týkající se vzhledu), a to v důsledku přidávání fotek, popisků, videí ale i reklam. Konkrétní příklady budou uvedeny na základě Projektu sebedůvěry od společnosti Dove. „Existují tyto skvělé doplňky stravy v prášku. Zastaví u vás pocity hladu, takže můžete vždy vynechat snídani a oběd.“ „Neustále si říkej, nemám hlad, mám jen žízeň“ (Dove Czech republic, 2023). Dalším možným důvodem, proč je i tento typ obsahu profilů na sociálních sítích škodlivý, je frustrace a tlak, které jedinci cítí namísto inspirace a pozitivní motivace, jež by z těchto příspěvků zotavující mohli čerpat. Druhým možným důvodem je právě to, že „ona pozitivní motivace může přerůst až v nezdravou posedlost – obsesivní cvičení, držení extrémních diet nebo touhu po věcech, které nemohou mít, což může vést až pocitům úzkosti a nespokojenosti se životem“ (Slussareff, 2022, s. 153).

Respondentka výzkumu, který se zabýval využíváním internetu během fáze nemoci i léčby u poruch příjmu potravy, konkrétně uvádí: „Na úplném začátku jsem chtěla žít zdravý životní styl. Četla jsem o tom, že lepek je špatný, tak jsem si řekla aha, budu jíst bezlepkovou mouku. Pak jsem se ale dočetla, že se z mouky přibírá. A také z těstovin a pečiva, tak jsem úplně přestala jíst těstoviny a pečivo. Pak bylo někde napsáno o etických principech spojených se zpracováváním masa. A tímto způsobem se postupně zbavíte všech potravin“ (překlad vlastní)¹² (Šmahelova aj., 2020). Tato sdělení mohou jedince stahovat zpět k nemoci, mohou podnítit relaps.

Trendy

Je záhodno zde také zmínit trendy, které se objevují hlavně na platformách Instagram, Tiktok, ale i na Youtube. Konkrétně např.: „What I Eat in A Day“ (v českém překladu Co jsem za den snědl/a). Tyto příspěvky mohou být obzvláště nebezpečné, protože uživatelé zde mohou sdílet špatné stravovací návyky. Riziko tkví v tom, že je zde často prosazována

¹² **původní cizojazyčné znění:** At the very beginning, there was a belief in a healthy lifestyle. I read gluten is bad, so I said aha, I will eat gluten-free flour. But then I read that you gain weight from flour. And from pasta and pastries. I stopped eating pasta, stopped eating pastry completely. Then something was written concerning meat, linked with ethical principles(...). And that's how people get rid of everything.“

myšlenka, že pokud chci dosáhnout dokonalého těla, měl/a bych se těchto doporučení držet (Au a Cosh, 2022; Newton, 2022). Dalším takovým trendem jsou fotky „před a po“: „fotky porovnávající dvě fáze, kdy naše tělo vypadalo jinak, jsou pro lidi s poruchou příjmu potravy obrovský trigger¹³. V léčbě je klíčové sdělení, že život není o kultu dokonalého těla – cílem je mít tělo reálné a zdravé: přitom právě fotky před a po tento kult živí. Stejně tak, pokud upravím fotku nebo video pomocí efektů, které mění proporce těla a/nebo obličeje, je důležité na to upozornit“ (3pe; Au a Cosh, 2022). I zdánlivě pozitivní trend „Instagram vs realita“, jehož cílem je poukázat na to, že sociální sítě zkreslují reálný život, může být pro osoby s poruchami příjmu potravy paradoxně zraňující. „Fotka, na které ukazuju svoje nedokonalosti, totiž může být pro někoho jiného nedosažitelným cílem“ (3pe).

Negativní komentáře a anonymita

Negativní zpětná vazba je dalším možným rizikem sociálních sítí. Pokud jsme na sociálních sítích aktivní a sdílíme příspěvky, může se stát, že se setkáme s negativními komentáři od těch, kteří nás sledují, což samozřejmě léčebnému procesu spíše neprospívá. Navíc na sociálních sítích je možné vystupovat anonymně, což může různé názory ještě více radikalizovat (Au a Cosh, 2022; Drtilová aj., 2021; Cavazos-Rehg et. al, 2020).

Čísla

Kromě možných negativních komentářů se na sociálních sítích hojně vyskytují čísla: nejde pouze o jen počet sledujících nebo „lajků“¹⁴, ale pro téma poruch příjmu potravy možná ještě rizikovější hodnoty, konkrétně sdílení, kolik kilogramů se podařilo zhubnout, hmotnosti, velikosti oblečení, ale spadá do toho i počet nachozených kroků, uběhnutých kilometrů nebo sněžených kilokalorií (3pe; Au a Cosh, 2022).

Falešná realita

Je dobré si uvědomit, že sociální sítě nejsou realitou, protože si můžeme sami vybrat, co na ně přidáváme. Realita může být zveřejňována příznivějším způsobem, než jak ve skutečnosti vypadá. Jak uvádí respondent z již zmíněného výzkumu (Drtilové aj.,2021): „Na internetu můžete vidět jen část příběhu nebo jen část úsilí, část výsledku a část cesty.“ (překlad vlastní)¹⁵

¹³ **trigger**: v českém překladu spouštěč

¹⁴ **lajky**: tlačítko „To se mi líbí“ či srdíčko (Instagram)

¹⁵ **původní znění textu**: “On the internet you can see only a part of the story or just a part of the effort, a part of the result and a part of the journey.”

Profily zaměřující se na zotavení

Rizika v sobě bohužel nesou i profily, které se zaměřují na zotavení, a to opět z mnoha důvodů. Neustálé vystavování se tématu poruch příjmu potravy může znamenat zpomalení cesty k uzdravení. Dále odtajňování příběhu s poruchou příjmu potravy může být pro sledující zdrojem negativní inspirace (Drtilová aj., 2021). Zároveň i na těchto profilech dochází ke srovnávání, které může vést k frustraci sledujících z toho, že se nezotavují dostatečně rychle (Nehybková, 2018). Dalším problémem spojeným s těmito profily je, že pro zotavující tato komunita může znamenat náhradu za odbornou pomoc, kterou následně ani nevyhledají (McNamara a Parsons, 2016). I proto je důležité, aby tvůrci profilů nešli za hranice své odbornosti, nepovažovali se za odborníka v jakémkoli směru.

3.2.2 Možná pozitiva využívání (internetových) sociálních sítí během procesu zotavování

Na druhé straně sociální sítě mohou být během zotavování se z poruch příjmu potravy i užitečné. Mohou přinášet celou řadu pozitivních dopadů. Mohou sloužit jako prostředek k podpoře v zotavování. Důležité je poznamenat, že i přes zmíněné výhody by sociální sítě neměly být jediným prostředkem, který jedinci s poruchou příjmu potravy využijí, což vyplývá i z komplexnosti a náročnosti léčby.

Pozitivní motivace a inspirace vedoucí k zotavení

V období zotavování z poruch příjmu potravy se sociální sítě mohou stát prostorem k získání motivace. Mohou nabízet pozitivní inspiraci v procesu uzdravení a zvyšují naději v zotavení (Au a Cosh, 2022).

Sociální podpora

Jak uvádí Slussareff, (2022, s.154) na základě prostudovaných výzkumů: „Téměř tři čtvrtiny teenagerů vnímají, že jim sociální sítě nabízejí síť osob, které jim pomohou a podpoří je, když se budou cítit mizerně.“ Profily zaměřující na přímo proces zotavení z poruch příjmu potravy mohou být zdrojem sociální podpory. Díky komunitám a profilům, které sdílejí cestu zotavení z poruch příjmu potravy, se nemocní jedinci mohou cítit přijímání. Už na poruchu nejsou sami, mají kolem sebe osoby, které sdílejí podobnou zkušenost (různé typy), překonávají stejné problémy. Tento typ podpory může pomoci snížit pocit izolace (Au a Cosh, 2022. Nehybková aj.,2018). Navíc sociální sítě nabízejí možnost komunikace s lidmi z celého světa, díky čemuž se i zvyšuje šance, že opravdu najdeme jedince, který má skoro až identickou zkušenost jako my (Drtilová aj., 2021).

Vyobrazení cesty zotavení

Osoby, které prošly poruchou příjmu potravy a sdílejí tuto zkušenost, často otevřeně mluví o svých problémech. Ukazují jak světlé, tak ty tmavší stránky cesty k zotavení, což podporuje realistický náhled na tento proces. Zároveň nemocní vědí, že přes veškeré obtíže spojené s léčbou, může dojít k vyléčení (Au a Cosh, 2022).

Obnova vztahů v off-line prostředí

(Internetové) sociální sítě mohou být nápomocné v obnovení vztahů mimo online prostředí. Také mohou pomoci najít i nové přátele a kontakty, což je pro osoby s poruchami příjmu potravy obzvláště přínosné, jelikož jak bylo zmíněno v první kapitole nemoc jedince často vede k sociální izolaci (Nshybková aj., 2018).

Snadnější získávání informací prospěšných pro proces zotavení

Algoritmy sociálních sítí mohou fungovat i pozitivním způsobem (Au a Cosh, 2022). Toto bylo ověřeno i v praxi. V rámci práce byl učiněn (menší) pokus: sledování celé řady profilů zaměřujících se na zotavování z poruch příjmu potravy, Po nějakém čase už sítě samy nabízely další takové profily. Osoby zotavující se z poruch příjmu potravy zde tedy mohou lehce najít užitečné zdroje informací o úzdavě z poruch příjmu potravy (Drtilová aj., 2021). Navíc jak uvádí Slussareff (s.153): „Většinu informací, které dospívající konzumují, nacházejí právě na sociálních sítích.“

Profily organizací, které nabízejí odbornou pomoc/ (profesionálové v oboru)

Jako další přínos (internetových) sociálních sítí vnímám profily organizací, které nabízejí odbornou pomoc lidem s poruchami příjmu potravy, a to nejen proto, že zde odborníci mohou podpořit motivaci k léčbě a sdílet rady a tipy, ale také proto, že (internetové) sociální sítě mohou být prvním seznámením s danou organizací (Au a Cosh, 2022). Konkrétně v České republice takové profily spravuje již zmíněné Centrum Anabell (Centrum Anabell, z.ú.). Velmi dobře se v online prostředí pohybuje i organizace 3pe, která mimo profil na sociálních sítích spravuje webovou stránku 3pe: Místo pro všechny, kdo se znají s poruchami příjmu potravy, na které odborníci sepsali osm důvodů proč někoho na sociálních sítích nesledovat. Tento obsah dále šíří organizace Moje tělo je moje a Loono na přednáškách pro veřejnost (3pe, 2021).

V dnešní době je již celá řada odborníků, kteří stále aktivněji využívají sociální sítě ke komunikaci, (online) podpoře a edukaci široké veřejnosti. Jsou tedy zároveň prostředkem k osvětě a ke snížení stigmatizace (Barnes et. al., 2021).

Sociální sítě jako archiv vzpomínek

Sociální sítě se mohou stát snadným způsobem, jak uchovávat své vzpomínky. Stejně jako u psaní deníku, který si jedinec může zpětně číst, na sociálních sítích může zpětně procházet své příspěvky (Drtilová aj., 2021).

EMPIRICKÁ ČÁST

4 Metodologie výzkumné části

Jak již bylo zmíněno v úvodu, v oblasti problematiky poruch příjmu potravy a internetových sociálních sítí byla provedena celá řada výzkumných studií. Většina z nich byla převážně zaměřena na vztah mezi užíváním internetových sociálních sítí a rizikem vzniku/prohloubením symptomů poruch příjmu potravy. Ovšem daleko méně výzkumů se zabývalo internetovými sociálními sítěmi v souvislosti se zotavováním se z tohoto onemocnění.

4.1 Cíl výzkumného šetření

Praktická část této bakalářské práce se tedy zaměří právě na prostředí internetových sociálních sítí v kontextu procesu zotavování. Cílem výzkumné části je zodpovězení hlavní výzkumné otázky, tedy toho, jak pracovníci z Centra Anabell z. ú. nahlíží na využívání (internetových) sociálních sítí (nejen) u jejich klientů během léčby z PPP, jaká je perspektiva odborníků na danou problematiku, jaké jsou názory a zkušenosti odborníků ohledně tématu využití internetových sociálních sítí jako prostředku k zotavování z poruch příjmu potravy.

4.2 Charakteristika výzkumného vzorku

Všechny oslovené respondentky pracují v organizaci: Centrum Anabell, z. ú., pět z nich v pražské pobočce, jedna respondentka v ostravské pobočce. Respondentky tedy byly vytipovány v rámci organizace. Kontakty na respondentky z Prahy byly získány na základě praxe, kterou zde autorka práce absolvovala. Respondentku z Ostravy byla oslovena přímo na jejím profilu sociální sítě Instagram.

Respondentka č. 1 (R1)

Věk respondentky č. 1 (R1) se pohybuje ve věkovém rozmezí 20–30 let. Má vystudované (vysokoškolské) bakalářské vzdělání psychologie (s rozšířením o speciální pedagogiku) a v současné době studuje navazující magisterské vzdělání ve stejném oboru. V Centru Anabell, z. ú. působí na pozici sociální pracovník, poskytuje odborné sociální poradenství. V této organizaci je zaměstnaná od října roku 2022.

Respondentka č. 2 (R2)

Věk respondentky č. 2 (R2) se pohybuje ve věkovém rozmezí 20–30 let. Má vystudované (vysokoškolské) magisterské vzdělání. V Centru Anabell, z. ú. působí na pozici psychoterapeut/ psycholog. V této organizaci pracuje přibližně dva roky.

Respondentka č. 3 (R3)

Věk respondentky č. 3 (R3) se pohybuje ve věkovém rozmezí 30–40 let. Je vysokoškolsky vzdělaná. V Centru Anabell, z. ú. je zaměstnána na pozici sociální pracovník. Pod touto organizací pracuje sedm let.

Respondentka č. 4 (R4)

Věk respondentky č. 4 (R4) se pohybuje ve věkovém rozmezí 20–30 let. Má magisterské vysokoškolské vzdělání v oblasti psychologie. V Centru Anabell, z. ú. poskytuje klientům odborné sociální poradenství. Pro tuto organizaci pracuje rok a měsíc.

Respondentka č. 5 (R5)

Věk respondentky č. 5 (R5) se pohybuje ve věkovém rozmezí 20–30 let. Má dokončené magisterské vysokoškolské vzdělání. Působí na pozici sociálního pracovníka. V této organizaci působí již přes šest let.

Respondentka č. 6 (R6)

Věk respondentky č. 6 (R6) se pohybuje ve věkovém rozmezí 30–40 let. Má dokončené středoškolské studium. V Centru Anabell, z. ú. působí na pozici peer konzultant. V této organizaci je zaměstnaná od září roku 2022.

4.3 Způsob zkoumání a metoda výzkumného šetření

Výzkumná část práce je zaměřena na perspektivu odborníků, tedy zjištění, toho, jak pracovníci z Centra Anabell, z. ú. nahlíží na využívání (internetových) sociálních sítí. Účelem tedy bylo to, aby respondentky poskytly detailní popisy svých názorů a postojů a zkušeností. Pro účel splnění cíle byl zvolen kvalitativní způsob zkoumání. Cílem kvalitativního výzkumu je zaměřit se na určitou problematiku v jejím autentickém prostředí a co nejvíce komplexně ji vyobrazit. Z kvalitativních metod byl vybrán polostrukturovaný rozhovor. Polostrukturovaná podoba rozhovoru byla použita, aby bylo možné mít předem připravené otázky, ale zároveň nebylo nutné se jich striktně držet (Reichel, 2009).

4.4 Formulace výzkumných otázek

Níže je uvedena tabulka, která specifikuje hlavní výzkumnou otázku (HVO), čtyři dílčí výzkumné otázky (DVO) a doplňující otázky. V poslední části této tabulky jsou tazatelské otázky.

Tabulka č.1

HVO: Jak pracovníci z Centra Anabell z. ú. nahlíží na využívání sociálních sítí (nejen) u jejich klientů během léčby z PPP		
Dílčí výzkumné otázky:		
Tazatelské otázky:		
Úvodní otázky		
DVO 1	Jak se pracovníci z Centra Anabell z. ú. orientují v tématu internetových sociálních sítí?	Jaké platformy sociálních sítí znáte?
		Které platformy sociálních sítí využíváte? (Na jakých platformách máte založený účet?)
		Jaký máte k sociální sítím vztah? (Jak nad nimi uvažujete?)
		Pracujete s tématem soc. sítí s klienty, jsou sociální sítě otevírané téma? Pokud ano, tak jakým způsobem? (Pokud ne, proč ne, co tomu brání?)
DVO 2	Jakým způsobem a v jakém kontextu je tematizováno využívání sociálních sítí během léčby v Centru Anabell z. ú.?	V jaké fázi léčby a v jakých situacích během léčby je podle Vás vhodné mluvit s klienty o využívání sociálních sítí?
		V jaké fázi léčby a v jakých situacích během léčby je podle Vás nevhodné mluvit s klienty o využívání sociálních sítí?
		Z Vašich zkušeností v jakých situacích sami klienti hovoří o využívání sociálních sítí?
		Jak často se setkáváte s tím, že Vaši klienti používají sociální sítě ke sdílení svých vlastních zkušeností s poruchami příjmu potravy?
		Jakou máte zkušenost s přínosy v léčbě u klientů, pokud využívají sociální sítě?
DVO 3	Jak podle pracovníků Centra Anabell z. ú. může jejich (nejen) klientům využívání sociálních sítí napomoci v zotavování?	Z jakých dalších důvodů mohou být sociální sítě přínosné pro osoby s PPP?
		Je nějaký typ profilů na sociálních sítích, který považujete za přínosný během léčby?
		Jaké jsou tedy nejefektivnější způsoby, jak klienti mohou využívat sociální sítě/ na co si dát pozor?

DVO 4	Jak podle pracovníků Centra Anabell z. ú. může (nejen) jejich klientům ublížit využívání sociálních sítí během léčby?	Z jakých dalších důvodů mohou být sociální sítě rizikové pro osoby s PPP?
		Je nějaký typ profilů na sociálních sítích, který považujete vyloženě za nevhodný během léčby?
		Z pohledu odborníka, řešíte v sobě nějakou etickou otázku v souvislosti s využíváním sociálních sítí k zotavování z PPP?
Doplňující otázky:		Co si myslíte o sdílení čísel/hodnot: počtu kroků, váhy, velikosti oblečení...?
		Co si myslíte třeba o trendu: "What I Eat in the Day": (v překladu: Co jsem za den snědla)
		Je něco, co Vás k tématu ještě napadá? Něco, co byste chtěl/a zmínit?

(zdroj: vlastní)

4.4 Způsob provedení výzkumného šetření

Většina rozhovorů (kromě jednoho) byla provedena přímo v prostorách Centra Anabell, z. ú. - Kontaktního Centra Praha. Prostředí bylo důvěrně známě jak respondentkám, tak autorce textu práce. Díky tomu bylo pro výzkum zajištěno bezpečné, a hlavně klidné prostředí. Byla zde možnost jít s respondentkami do volné (terapeutické) místnosti, kde měly klid a věděly, že informace zůstanou důvěrné. Důvodem toho, proč jeden z rozhovorů neprobíhal v této pobočce je, že respondentka pracuje v Ostravě, a proto byl zvolen videohovor přes platformu GoogleMeet.¹⁶

Rozhovory byly provedeny v měsíci březnu roku 2023 (konkrétně v období od 6. 3. 2023 – do 23. 3. 2023). Minimální doba rozhovoru se pohybovala okolo 35 min. Maximální doba byla 50 min. Rozhovory byly zaznamenány na audio záznam v mobilním telefonu.

Rozhovory proběhly v příjemné a klidné atmosféře. Bylo vidět, že respondentkám záleží na svých odpovědích a mají o toto téma zájem. Z oslovených pracovníků Centra Anabell, z. ú. nikdo neodmítl účast na výzkumném šetření.

Některé z respondentek měly zájem znát otázky k rozhovoru předem, což jim bylo umožněno (a to nanejvýš týden před datem rozhovoru). Také byly před každým rozhovorem

¹⁶ Pro zachování důležitosti anonymity nebudu uvádět, o kterou respondentku se jedná. Pokud nevedu konkrétní pobočku, není možné na stránkách organizace Anabell, z.ú. najít jednotlivé pracovníky.

seznámeny s informovaným souhlasem, ve kterém se dozvěděly základní informace o výzkumném šetření a o zachování anonymity, tedy toho, že nikde nebude uvedeno jejich jméno ani jiné údaje, dle kterých by je bylo možné identifikovat. Seznámily se i s tím, že nemusí odpovídat na obtížné či nepříjemné otázky, a také s tím, že mohou svou účast na výzkumném šetření úplně zrušit (viz seznam příloh).¹⁷

4.5 Metoda vyhodnocení dat

Všechny nahrané rozhovory byly následně přepsány, aby mohlo dojít k dalšímu zpracování. V rámci analýzy bylo provedeno kódování dat a byly tedy identifikovány společné kategorie vztahující se k tématu. (Švaříček a Šed'ová, 2007).

¹⁷ Originály informovaných souhlasů jsou dostupné v archívu autorky textu.

5 Analýza dat

5.1 Orientace respondentek v tématu sociálních sítí

Všechny respondentky znají Facebook, Instagram a TikTok. Další zmíněné platformy zahrnují Snapchat, Twitter, LinkedIn, Pinterest, Reddit, Discord, BeReal a Slash. Celkově lze říci, že respondentky mají alespoň základní povědomí o různých platformách sociálních sítí.

„Facebook, Instagram, vím o TikToku, ale nikdy jsem na něm nebyla.

Přemýšlím, asi víc teď nedám.“ (R6)

„Tak těch je hodně. Facebook, Instagram, Twitter, TikTok, LidkeIn, Pinterest,

Reddit, Snapchat, Tumblr.“ (R1)

„Tak samozřejmě Instagram, Facebook, TikTok, pak vlastně Twitter, Discord mě třeba napadá, Snapchat, by se dal (...) LinkedIn. Mám pocit, že i Pinterest.

(R5)

Respondentky mají založený účet na různých sociálních sítích. Většina z nich uvedla, že používají Facebook a Instagram, některé také zmiňovaly Snapchat, Tiktok, Beareal, LinkedIn, Twitter a Pinterest. Zdá se, že některé respondentky používají sociální sítě pravidelně, zatímco jiné je využívají jen minimálně nebo vůbec.

„Tak určitě Facebook a Instagram, taky LinkedIn, Twitter a potom vlastně

Pinterest.“ (R5)

„Jedinou sociální sítí, kterou využívám je Facebook, ale založený účet mám i na Instagramu, ale nepoužívám ho.“ (R2)

„Úplně minimálně, jenom opravdu spíš Facebook a Instagram. Dřív jsem využívala, teď už spíše ne.“ (R6)

5.2 Vztah respondentek k sociálním sítím

Sociální sítě se stále více stávají součástí běžných životů. Oslovené respondentky si uvědomují, že je nelze zcela ignorovat. Některé z nich je vnímají jako užitečný nástroj pro získávání informací, komunikaci s lidmi nebo jako prostor pro inspiraci a realizaci. Všechny ale zdůrazňují nutnost kontroly času stráveného na sociálních sítích anebo kvality sledovaných informací. Některé respondentky také uvádějí, že se snaží nalézt rovnováhu mezi pozitivními a negativními vlivy využívání sociálních sítí.

„No, mně přijde fajn přirovnání, že můžou být dobrý sluha, ale zlý pán, protože já sama osobně bez jako nějakýho zkreslování té reality vnímám, že sociální sítě může být jako superzdroj informací, když si člověk vybírá, co sleduje, a když to dokáže dostatečně filtrovat. A myslím si, že je hodně důležitý si hlídat ten čas, jaký tam člověk jako stráví.“ (R1)

„Určitě nejsem takovýho toho názoru, že bych jako říkala, že sociální sítě jsou zlo nebo že prostě všechno špatný plyne odtamtud. Myslím si, že je to velmi důležitá věc v dnešní době. Jenom si myslím, nebo jak to třeba mám já, tak vím, že vždycky si potřebuju jako nastavit, abych vlastně na té sociální síti třeba netrávila příliš mnoho času na úkor jako jeho kvality.“ (R4)

5.3 Sociální sítě jako téma během sezení

5.3.1 Vlastní iniciativa pracovníka pro toto téma

Respondetky R1, R3 a R5 aktivně z vlastní iniciativy otevírají téma sociálních sítí. Tedy samy a záměrně vnáší toto téma do svých sezení. R1 uvádí, že sociální sítě jsou v průběhu sezení tematizovány. Respondentka také sděluje, že se aktivně snaží s klienty probírat obsah, který sledují. I R3 a R5 považují otevírání tohoto tématu za velmi významné.

„Na to téma dost často narážím, protože jedná se prostě o mladý holky a sama ze svojí zkušenosti vím, že jsme v dnešní době všichni nalepený na telefonech, takže se ptám, zkoumám, co vlastně oni sledují a dělá mi radost, když si jako vybírají, co sledují. Když sledují třeba různý recovery účty. Zároveň mi přijde fajn, že když sledují tyhle ty účty, že k nim mají nějaký jakoby respekt a přemýšlí nad nimi.“ (R1)

„Téma sociálních sítí s klienty určitě otvíráme, protože klienty často obsah, který vidí na sociálních sítích, ovlivňuje a má to nějaký dopad na jejich onemocnění.“ (R3)

„Člověk tam vnímá a vidí vlastně ty dokonalé fotky, profily. A teď už nejde ani jako jenom o nějaký jako dokonalý vzhled postavy toho člověka, ale i o to, jak perfektní život tam prezentuje, že má. (...) A tak mám pocit, že je to jako velké téma, které s klienty řešíme.“ (R5)

5.3.2 Bez vlastní iniciativy pracovníka

I pro respondentky R2, R4 a R6 je toto téma relevantní, ale není mu věnována pozornost záměrně. Uvedly, že sociální sítě jako téma jsou otevírány dle potřeby klienta. Aktivně se na to neptají. R2 a R6 také sdělují, že toto téma není příliš časté v jejich sezeních.

„Já vyloženě sama s tím tématem nepracuju aktivně, možná je to i tím, že způsob mojí práce je takový, že spíš nechávám klienty s čím přichází, takže sociální sítě nejsou úplně něco s čím bychom pracovali jindy, než když to klient sám zmíní. Aktivně se na tuhle otázku neptám. Jsou, ale téměř ne vlastně.“ (R2)

„Jakože určitě jo, ale nevybavuju si, že bych to dělala nějak záměrně jako já, že bych jako na třetím sezení prostě přišla a řekla, tak si popovídáme o sociálních sítích, tak to ne, jakože spíš, když s tím přijde klient.“ (R4)

„Prozatím tolik ještě ne. Není to cílené, záměrně se tomu nevyhýbáme. Spíš jsou jiná témata.“ (R6)

5.3.3 Vhodné a nevhodné okamžiky pro toto téma

Z odpovědí respondentů lze také vyčíst, že téma sociálních sítí lze otevřít v jakékoli fázi léčby. Některé respondentky uvádějí, že vhodný okamžik k otevření tématu závisí na konkrétní situaci klienta.

„Jo, já si myslím, že to je vlastně vhodné jako vždycky, takže kdykoli v jakýkoli fázi léčby.“ (R4)

„Já mám pocit, že vlastně v jakékoli fázi je to v pořádku, když ten klient to téma přináší nebo když z nějakého důvodu je to něco co se opakuje častěji.“ (R5)

„Já bych to s klientem otvírala ve chvíli, kdy to téma je nějak, se nějak jako samo objevuje. Nebo ať už přes jiná témata, která s tím souvisí, nebo tak, že s tím ten klient přichází.“ (R2)

Respondentky uvedly také určité situace, při kterých není vhodné toto téma otevřít, např. v momentě, kdy mají jiná témata, jako je jídlo nebo psychické zdraví, větší prioritu. Stejný případ nastává, když se nacházejí ještě ve fázi nemoci, ve které nejsou schopné správně vyhodnotit rizika profilů na sociálních sítích. Důležitý je také způsob tematizování sociálních sítí, aby nedocházelo ze strany pracovníka nechtěně k navádění k patologickému

chování. Je důležité zvážit, zda je pro daného klienta v daný okamžik toto téma důležité nebo zda je vůbec vhodné vzhledem k věku.

„Asi bych ráda řekla to, že když fakt klient je v nějaký krizový situaci a potřebuje řešit prostě jiný věci, třeba konkrétně to jídlo nebo potřebuje nějakou psychickou podporu, tak tomuhle tématu se v tu chvíli vyhnu, ale to neznamená, že ho úplně jako vyloučím.“ (R1)

„V určité fázi nemoci lidé nemusí mít usuzovací schopnosti natolik rozvinuté, aby mohli to riziko sociálních sítí správně vyhodnotit, jo, protože ve chvíli, kdy to tělo je oslabené, tak to onemocnění zasahuje třeba i do kognitivní funkce.“

(R2)

„Myslím si, že vyloženě nevhodný by bylo, kdybych třeba já toho klienta nějak třeba informovala o nějakých nevhodných jakoby věcech, který na těch sociálních sítích může čerpat, kdybych ho k tomu jakoby nechtěně naváděla.“ (R4)

„Asi nedává smysl jako vytahovat sociální sítě, když o tom klient nemluví a je mu třeba 12 let a jako Instagram prostě třeba ještě nemá.“ (R5)

5.3.4 Otevírání tématu sociálních sítí klientem (z pohledu respondentek)

Klienti mohou hovořit o využívání sociálních sítí v různých situacích. Někteří z klientů mohou mluvit o svých zkušenostech s využíváním sociálních sítí, pokud se jim podaří vyfiltrovat a identifikovat výhody a nevýhody tohoto používání. Klienti také mohou hovořit o srovnávání se s ostatními a také o pocitu nedostatečnosti, který často může s využíváním souviset. V některých případech se klienti sami začnou zajímat o to, co je drží v nezdravých vzorcích myšlení, a mohou si uvědomit, že v tom hrají sociální sítě určitou roli. Nicméně to neplatí pro všechny klienty, protože někteří o tématu mluví úplně minimálně nebo nemusí mluvit vůbec.

„Jo, myslím si, že to je často jako ve chvíli, kdy už mají jakoby ten mindset, prostě chci se toho zbavit a kdy sami začnou přemýšlet nad tím třeba, co je u těch nějakých nezdravých vzorců myšlení jako drží a často přijdou na to, že třeba něco je tam i v těch sociálních sítích, že nějaký profily sledujou, který jakoby nejsou moc podporující nebo třeba vzpomínají, jako, jak to bylo dřív, že si četli pro-ana blogy nebo něco takovýho.“ (R4)

„Nejčastěji je to opravdu v otázce toho srovnávání se, chci vypadat jako někdo, mám pocit, že můj život není dostačující a že nejsem jednoduše dost.“ (R5)

„Minimálně o tom hovoří.“ (R6)

5.3.5 Téma sdílení zkušenosti s poruchou příjmu potravy pomocí profilů na sociálních sítích u klientů (z pohledu respondentek)

Zdá se, že většina klientů s poruchou příjmu potravy často prožívá stigma a ostych v souvislosti se svou diagnózou. Klienti se nemusí svěřovat ani svým nejbližším, natož aby to sdíleli na sociálních sítích. Spíše se snaží, aby se to okolí nedozvědělo. Avšak dvě respondentky R4 a R5 uvedly, že mají nějakou zkušenost s tím, že se klienti rozhodli sdílet své příběhy s poruchami příjmu potravy, ale je to spíše ojedinělé.

„No, to musím říct, že moc ne, že pro klienty je dost často jako těžký se svěřit třeba jenom rodičům nebo kamarádům.“ (R1)

„Nevybavuju si teď, že by mi někdo z klientů říkal, že s tímhle zachází, že třeba sdílí, sdílí svůj příběh. Vlastně právě naopak. Mám dojem, že se setkávám s klienty, pro které sdílet to s ostatními není úplně prioritou. Myslím si, že se spíše snaží to nesdílet, ale určitě existují lidé, kteří tu zkušenost, tu zkušenost sdílí, jenom to nejsou asi lidi, s kterými bych se setkala, anebo o tom se mnou nehovoří.“ (R2)

„Znám třeba tři, čtyři klienty, kteří s tím šli otevřeně ven, ale většina opravdu nejde.“ (R5)

„Některé klientky, který jsem měla, tak když měly pocit, že už jsou jako trošku nějak z toho venku, tak o tom hodně přemýšlely, že by třeba i se zapojily do nějakých iniciativ jakoby a sdílely třeba ten svůj příběh, že pro některý to je důležitý.“ (R4)

5.4 Perspektiva respondentek na možné přínosy využívání internetových sociálních sítí během léčby z PPP

Dle oslovených respondentek sociální sítě mohou pro lidi zotavujícím se z poruch příjmu potravy představovat (alespoň nějaké) přínosy. Mohou být užitečným nástrojem na cestě k úplnému zotavení, pokud jsou využívány s obezřetností. Mezi zmiňované přínosy můžeme zařadit:

5.4.1 Sdělení, že zotavení je možné

Často zmiňovaným přínosem je možnost vidět, jak druzí procházejí procesem úzdravy, tedy toho, jak se druzí lidé vypořádávají s léčbou a jak se zotavují. Může to totiž přinášet sdělení, že zotavení je možné, což může zvyšovat motivaci. Profily zaměřující se na proces zotavení mohou být nositeli naděje.

„Myslím si, že jedním z těch důvodů je nějaká cesta, která se ukazuje jako možná. Jo, že vlastně to, co tam lidé sdílí, je nějaký způsob, jak tou úzdravou sami procházejí.“ (R2)

„Myslím si, že to má dost podobnou funkci, jako třeba scházení se s peer konzultantem, kdy ty recovery účty můžou být nositelem té naděje, že se z toho onemocnění dá zotavit.“ (R3)

5.4.2 Být součástí komunity, která se zotavuje

Respondentky zmiňují, že sociální sítě mohou sloužit jako nástroj pro vytváření komunity lidí. Mohou poskytnout sociální podporu a pocit sounáležitosti s lidmi, kteří procházejí podobnými problémy a také možnost sdílet své zkušenosti a pocítit podporu od ostatních. Tyto výhody mohou být zvláště cenné pro lidi, kteří nemají ve svém okolí někoho, kdo by je mohl plně pochopit.

„Nějaká jako sounáležitost mezi těmi lidmi, co právě řeší něco podobného, pochopení, možnost se jako i svěřit virtuální kamarádům, protože to taky někteří klienti jvůbec nemají ve svém okolí.“ (R1)

„Vnímám to jako možnost vytvářet nějakou jako velkou svépomocnou skupinu, kde fakt můžu poznávat lidi, kteří to mají podobně a můžou se podporovat.“ (R5)

„To, že můžou být součástí komunity lidí, kteří se léčí.“ (R3)

5.4.3 Podpora zdravých vzorců myšlení

Sledování profilů, které podporují zdravý vztah k sobě, může mít pozitivní vliv na zotavování se z poruch příjmu potravy. Tento druh profilů může pomoci klientovi s nasměrováním na změnu vztahu ke svému tělu a může pomoci se sebedůvěrou.

„Když se klient nasměruje na profily, které podporují třeba nějakou sebedůvěru, které podporují jako nějak jako utváření si vztahu k sobě a jde to zdravou cestou, tak tam to může podpořit ten proces.“ (R5)

„Zbavování se těch právě jako nějakých jako nezdravých vzorců myšlení“ (...)

„Začnou sledovat profily místo těch prostě patologických, takže jim to najednou připadá normální: jíst nějak jako pestře nebo necvičit, furt prostě neklást jakoby důraz třeba na tu image nebo na tu hubenost.“ (R4)

5.4.4 Praktické rady

Lidé zotavující se z poruch příjmu potravy mohou poskytnout praktické rady. Příkladem mohou být příspěvky, které se zabývají recepty, což může napomoci k získání nových způsobů stravování, nebo také rady, jak se vypořádat s fyzickými a emocionálními problémy.

„Hodně klientů vlastně (...) napadá mě, že si sami připravují jídlo, vaří si. Takže i nějaká inspirace, co se týká jako receptů“ (R1)

„Včetně úplně praktických rad, třeba, co ten daný uživatel dělal, když nevím, ho třeba bolelo břicho, když se najedl a podobně.“ (R3)

5.4.5 Snadný přístup k informacím od odborníků

Dalším přínosem může být možnost najít profily odborníků nebo organizací, které se zabývají problematikou poruch příjmu potravy.

„Můžou se dostat velmi dobře jako k profilu odborníků.“ (R5)

5.4.6 Přínosné profily na internetových sociálních sítích (z pohledu respondentek)

Respondentky uvedly konkrétní příklady profilů, které mohou být užitečné během léčby z poruch příjmu potravy. Uváděly hlavně profily z platformy Instagram (anebo z platformy Facebook). Všechny znají profil jejich organizace, tedy Centra Anabell, z. ú. Mezi další zmiňované patří Moje tělo je moje, Chuť žít, To jídlo, Za normální holky, 3pe online anebo Nehladu. Některé z těchto profilů jsou zaměřeny na vzdělávání a vyvracení mýtů o stravování, zatímco jiné poskytují bezpečné místo pro sdílení zkušeností s poruchami příjmu potravy.

„Vím, že třeba to 3pe online, tam jsou jako hodně informace, no, to jsou, to spíš to vnímám, jako, že to jsou spíš informace. A pak mi přijde super taky ten profil Chuť žít (slovenská), kde právě mi přijde, že ten Instagram slouží dost i jako to sdílení, že tam často mají jakoby nějakou otázku a potom tam sdílí odpovědi ostatních lidí, a to mi přijde hrozně super třeba. No a pak sleduju Anabell. Vím vlastně i o profilech nějakých jako nutričních terapeutek. A ty mi

přijdou hrozně dobrý, jako třeba Nehladu.“ (...) „ty jsou hrozně takový, jako že třeba vyvrací mýty nějaký o tom, že je špatný jíst pečivo nebo takovýchle věci.“

(R4)

„Nabízí se říct profil Anabell. Mám pocit, že vlastně jako i profily, jako je Moje tělo je moje, protože to je skvělá věc, co dělají. Vlastně na Slovensku Chť žít, tak to vlastně jako dělají moc hezky. Projekt Za normálního holky. To mám pocit, že to byl skvělý projekt, který už teda bohužel není, ale mám pocit, že to co dělal bylo úplně skvělý. Takže fakt mám pocit, že takových profilů je jako díky bohu dost, mám pocit, že když to ty organizace dělají, tak si vždycky dávají pozor, co sdílejí. Dávají si pozor na to, aby to nevyznělo jako dvousečně, tak to je třeba pro mě takový jako bezpečný místo, no. Napadá mě ještě To jídlo.“ (R5)

5.5 Perspektiva respondentek na možná rizika využívání internetových sociálních sítí během léčby z PPP

5.5.1 Srovnávání se a tlak na dokonalost

Na sociálních sítích se často sdílí pozitivní obsah, což může zvyšovat touhu po dokonalosti. Tato touha pak může vést ke srovnávání se s ideálem krásy nebo jinými dokonalými životy, které vidíme na sociálních sítích. To může vyvolat pocit nedostatečnosti a negativní dopad na sebezpřijetí.

„Vnímám tam jako velkou nevýhodu, že je to prostor, kde se všechno snaží být perfektní. Takže získám pocit, že nedělám dost, protože nejsem dostatečná.

Takže silný jako prostředek pro nějaké jako srovnávání se.“ (R5)

„A srovnávání se s nějakým ideálem krásy, což má pak dopad na nějaký sebezpřijetí.“ (R3)

„Ve svém případě vím, že mně to třeba moc jako psychicky nepomáhalo, když jsem se necítila dobře. Člověk otevře ty sociální sítě a na první dobrou tam vidí, jak jsou všichni šťastný, že jo, dovolený: příspěvky z dovolené nebo rodiny a podobně. Ve chvíli, kdy člověk třeba vůbec ještě chtěl (...), jako já jsem toužila po rodině, teď tam byly ty příspěvky od těch kamarádů a všichni ty kamarádky rodily nebo tak. To úplně v tu dobu pro mě nebylo jako nějak příjemný.“ (R6)

5.5.2 Trávení nadměrného množství času na sociálních sítích

Sociální sítě mohou být velmi návykové a často se stává, že lidé na nich tráví příliš mnoho času. Může to mít negativní dopad na celkovou pohodu a duševní zdraví. To je tedy problematické i pro osoby, které se zotavují z poruch příjmu potravy. Jak už je napsáno v teoretické části lidé s poruchami příjmu potravy mají tendenci vyhýbat se sociálním interakcím v reálném světě, a tudíž by mohli být náchylní k nadměrnému trávení času na sociálních sítích, což může být negativní pro jejich celkové zdraví a pohodu.

„A myslím si, že je hodně důležitý si hlídat ten čas, jaký tam člověk jako stráví, protože i podle třeba nějakých jako výzkumů, fakt je potvrzený, že čím víc času, tím jako víc negativní vliv na psychiku. Může to způsobovat hrozně jako úzkosti, deprese.“ (...) „Když tam ten člověk tráví kvanta hodin denně, tak se ochuzuje o ten reálný život, což by se dalo říct jako i v obecném hledisku nejen v kontextu poruch příjmu potravy.“ (R1)

„Trávení tam nadměrného množství času, což ještě víc jako znásobuje ten nepříjemný pocit, který si klienti odnášejí.“ (R3)

5.5.3 Algoritmy sociálních sítí

Algoritmy sociálních sítí mohou být podle respondentek nebezpečné, protože mohou nabízet potenciálně škodlivý obsah. Uživatelé se na sociálních sítích snadno setkají s obsahem, který podporuje patologické chování.

„Řekla bych ty algoritmy, jo to třeba sleduju u toho Tiktoku, kdy člověk vlastně může (...) člověk ani neví, jak se k tomu jako dostane a najednou mu celá ta sociální síť nabízí pro-ana tipy, pro-ana profily, je to jako hodně nebezpečný: ty algoritmy.“ (R1)

„Algoritmus mi bude pořád házet tady tenhle typ jako profilů, je úplně jedno, jestli jako jsem v procesu údravy nebo ne, tam to nereflektuje údravu, ale fakt, v čem jsem jako nejvíc byla.“ (R5)

„Podle mě je jednoduchý, jakoby bejt obklopenej tady tím prostředím a pak je to jakoby něco normálního, že jo, není důvod se z toho nějak léčit.“ (R4)

5.5.4 Nevhodné profily během zotavování se z poruch příjmu potravy

Z pohledu respondentek se na sociálních sítích mohou vytvářet komunity podporující patologické chování, jako je nevhodný životní styl se zaměřením např. na hladovění, extrémní diety nebo nadměrné cvičení. Nebezpečné jsou profily, které podporují pro-ana a

pro-mia myšlenky. Mezi další rizikový obsah mohou patřit právě i profily lidí, kteří sdílí, že mají poruchu příjmu potravy vyřešenou, a přitom to tak není. Z odpovědí lze také vyčíst, že potenciálně nebezpečné mohou být i profily zaměřené na fitness, zejména pokud propagují nevhodné stravovací návyky.

„Obecně mi přijdou hodně jako škodlivý účty, stránky, profily, který jako propagují nějaký extrém, jo, takže prostě keto diety, já nevím, frutariánství. Fakt, klienti potom přichází s různýma jako až extrémníma prostě nápada, jak se stravovat, jak žít.“ (R1)

„Napadají mě jako pro-ana, pro-mia profily, nějaký jako se sebevražednými myšlenkami a poškozováním se, tak to je jasné jako asi všem. Chtělo se mi říct jako fitness profily, na druhou stranu, pokud se to dobře komunikuje a dobře s tím jako pracuje, tak si nemyslím, že to je úplně jako špatně. Existuje spousta jako profilů, já teda nechci tady jmenovat, ale existuje spousta jako profilů a influencerů, kteří se tváří, že mají poruchy příjmu potravy za sebou a tím, co tam jako sdílejí, a tím, jak se prezentují, jde vidět, že prostě to vůbec za sebou nemají a myslím si, že i to být rizikové.“ (R5)

5.5.5 Sdílení hodnot: váhy, kroků a velikosti

Respondentky vnímají rizika spojená s tímto typem sdílení a spíše jej nedoporučují, a to zejména v kontextu poruch příjmu potravy. Obávají se, že tyto číselné údaje mohou být zavádějící a nepřesné. Sdílení čísel může být užitečné pouze v případech, že je dobře vykomunikováno a vysvětleno například u lidí, kteří se snaží dosáhnout určitých cílů ve sportu, ale zároveň zdůrazňují, že tyto údaje by neměly být jediným faktorem, který by měl určovat to, zda jsou úspěšní, či nikoli.

„V kontextu poruch příjmu potravy to úplně jako nepodporuju, vůbec je nepodporuju ve vážení, zapisování si kalorií. S tím sportem je to složitější, protože vnímám, že to může dost lidí motivovat, kolik uběhli kilometrů, kolik ujdou kroků, kolik třeba spálili kalorií. V tom případě jim říkám, to si klidně nechte a zároveň nedělejte ten sport jenom kvůli tomu, že vlastně jsou i jiný, mnohem lepší aspekty, proč ten sport dělat.“ (R1)

„Tak to si myslím, že užitečné není, protože jsou to zavádějící čísla, protože to, když zadám, že jsem ušla během dne 23 000 kroků, ale moje profese je třeba

pošťáčka, tak je jasný, že toho nachodím víc než někdo, kdo sedí celý den v kanceláři.“ (R3)

„Mně zase dává jako smysl v okamžiku, kdy se to jako dobře jako vykomunikuje. Třeba, a to vlastně jako jsem taky třeba často na svých sociálních sítích dělala, tak jako ukázka, jak mám měřený InBody, kdy spousta vlastně jako lidí se bojí extrémně moc jako váhy a mám pocit, že jako když ta váha půjde nahoru, tak je to jako všechno špatně a hodně lidí si selektuje jako všechno na tu váhu. Mám pocit, že ta váha je prostě nějaké číslo a díky tomu InBody může jako vlastně zjistit, že ta váha třeba roste, protože mám více svalů.“ (R5)

5.5.6 Trendy konkrétně: „What I Eat in the Day: Co jsem za den snědl“

Tento trend může být zavádějící, protože uživatel neví, zda tvůrce příspěvku opravdu snědl to, co ukázal ve videu. Některé respondentky se domnívají, že tato videa jsou pro lidi s poruchami příjmu potravy nebezpečná. Nechápu, proč by někdo měl ukazovat, co jí za den. Na druhou stranu některé respondentky tento trend vnímají jako užitečný pro získání inspirace týkající se přípravy jídla. Vhodný se jim zdá v momentě, pokud se v příspěvku sdělí, že se jedná pouze zdroj inspirace a ne o přesný návod.

„Přijde mi fajn, když někteří influenceři to tak dělají, že vlastně na začátku řeknou-tohle není nic jakoby striktního, podle čeho byste se museli držet, je to pouze nějaká inspirace.“ (R1)

„Mně to přijde bizár, jako nevidím důvod, proč bych měla někomu ukazovat to, co ten den jako jím. Tak to je jedna věc a druhá věc je, jako že to má relevantní jako dopad, tomu taky nerozumím. Každý z nás je úplně jiný a já můžu vzhledem k tomu sníst jako za dva chlapy a vlastně můžu nějak vypadat, ale to neznamená, že když tak bude jíst jiný člověk bude mít stejnou postavu, nebo že bude jako vypadat tak, jak já“ (R5)

5.5.7 Etická dilemata v souvislosti s využíváním sociálních sítí

Mezi často zmiňované etické dilema můžeme zařadit nezodpovědné chování těch, kteří sdílí nějaký obsah na sociálních sítích. V kontextu poruch příjmu potravy jsou to právě nezdravé stravovací návyky, což může vést k normalizaci poruch příjmu potravy, nebo také to, že informace získané na sociálních sítích nejsou vždy spolehlivé a mohou být poskytovány laiky, kteří, přestože nemají vzdělání v oboru a sdílí rady, které mohou být

ohrožující. Dalším zmiňovaným dilematem je nezodpovědné nakládání se svými osobními údaji. Dále lze uvést to, že zkušenosti s poruchami příjmu potravy se mohou výrazně lišit, to znamená, že informace a tipy, které mohou fungovat pro jednu osobu, nemusí fungovat pro druhou. tyto informace mohou stát návodnými. Dalším etickým dilematem může být to, že někteří lidé s poruchami příjmu potravy se mohou prezentovat na sociálních sítích jako uzdravení, ale stále se s problémem potýkají.

„Tak etický problém bych spatřovala v tom, že jde právě o zkušenost jednotlivce, která není přemostitelná a může být naopak ohrožující.“ (R2)

„Pořád to vlastně brát jako informace od dalšího jako laika, že vlastně ten člověk navíc nemůže dát stejný informace jako vystudovaný nutriční terapeut, jako vystudovaný psycholog.“ (R1)

„Tak určitě, pokud se bude prezentovat jako uzdravený na těch sociálních sítích, ale přitom vlastně bude docházet do Anabell, kde ten problém bude jako aktivně řešit, tak to vnímám jako problematické.“ (R3)

„Zároveň ten příběh jako může pro někoho návod, jak se do té nemoci jako dostat, že jo.“ (R5)

„Před nějakou dobou jsem přidala do facebookový skupiny, která se týká anorexie, bulimie, emočního přejídání (ne recovery) a bylo pro mě zajímavý sledovat, osoby, které se bez vzdělání staví do role odborníků a tam jsem vnímala riziko toho, že budou ty další osoby (nemůžeme je nazývat klienty), ale další osoby, které jsou přidáné na těch stránkách, že budou poškozené.“
(R2)

Respondentky si tedy uvědomují možná etická dilemata a samy se snaží být obezřetné ve sdílení tipů na konkrétní (vhodné) profily. Jsou opatrné kvůli ochraně soukromí, a proto by namísto toho raději odkazovaly na organizace, které se zabývají problematikou poruch příjmu potravy nebo případně na konkrétní příspěvky.

„No, já bych to nedělala, nesdílela bych tipy na konkrétní profily.“ (R2)

„Nechci odkazovat na úplně konkrétní lidi, proto, když bych odkazovala, tak bych odkazovala třeba na Moje tělo je moje. Bych taky mohla říct, ať ten člověk sleduje Ahmedovou, ale prostě mi přijde lepší odkázat na organizaci v tomhle směru.“ (R3)

„Já mám pocit, že jako záleží, co tam sdílím, pokud bych sdílela jako celý profil, hele tak tahle holka je super a zotavuje se, asi spíš bych to nesdílela. Na druhou stranu, pokud jako je tam konkrétní jako příspěvek, které mně dává jako smysl, tak proč to jako nesdílet?“ (R5)

5.6 Jak využívat sociální sítě ku prospěchu léčby (pohled respondentek)

V první řadě je dobré si uvědomit, že to, co vidíme na sociálních sítích, nemusí být vždy realita, takže se vyplatí být obezřetný a nebrat vše jako absolutní pravdu, dále pečlivě zvažovat, jaký obsah sleduji, vnímat co mi dělá dobře, a co ne – tedy dávat si pozor na to, koho a jak sleduji. Je dobré zvažovat, zda je sdílený obsah důvěryhodný, a vyhnout se profilům, které překračují hranice odbornosti. Dále je vhodné omezit obsah, který ve mně vyvolává negativní myšlenky a emoce, zvážit zablokování a nahlášení takových příspěvků a místo toho sledovat profily, které mě podpoří v léčbě. Vhodné může být i omezování času stráveného na sociálních sítích. Někdy může být prospěšné sítě na nějakou dobu úplně opustit, pakliže se chci zbavit tohoto prostředí.

„Ten člověk úplně neví, koho sleduje ve smyslu, neví, jak ten druhý, který sdílí svoji zkušenost, na tom je doopravdy. Něco, co vidíme na sociálních sítích, realitou být může a nemusí. Velké riziko je i vtom, že to může spadat do nějaké jako pseudoodbornosti.“ (R2)

„No, opravdu podívat se jako na to, co sleduju, zrušit sledování tomu, co mi prostě jako nedělá dobře, což si myslím, že většina lidí může vyhodnotit nějakým jako selským rozumem, že vyloženě jako pro-ana blogy nebo taky nějaký jako propagování přísných diet, tohle prostě jako vyřadit úplně a nevyhledávat to. A fakt začít sledovat ty věci, který jsou ku prospěchu.“ (R1)

„Za mě to je rozhodně si jako nastavit nějaký čas, který na tom chce strávit za ten den.“ (R5)

„Třeba ty sítě na nějakou dobu úplně opustit, protože ono to taky, to není jenom o tom, koho sleduju, že jo, ale je to i o tom, že třeba, já nevím, že si jakoby vytvářím o sobě nějaký ten profil, nějak tam prostě chci působit, nějak tam chci mít nějaký laiky nebo něco. Myslím si, že, nebo i jsem se s tím setkala, že jako pro některý klientky je jakoby už tohle vlastně jako ohrožující, jakoby dávat vlastně důraz na ten image, na to, jak působím, na ty ostatní, takže se toho chtěly na nějakou dobu úplně prostě jako zbavit.“ (R4)

6 Diskuse

Jak již bylo zmíněno v úvodu, téma poruch příjmu potravy a sociálních sítí se stává stále aktuálnější. Mezi časté důvody, proč tomu tak je, patří narůstající počet lidí trpících nějakou z forem poruch příjmu potravy a rostoucí obliba sociálních sítí. V současné době se toto téma stává předmětem diskuse v různých oborech. Dokazuje to i nedávný kulatý stůl, který se konal v rámci poslanecké sněmovny, na téma: „Mentální anorexie a jiné poruchy příjmu potravy - i slova mohou zabíjet!“ (PSP ČR, 2023)

Přestože se toto téma dostává do popředí, stále (podle mého názoru) existuje mnoho lidí (i z řad odborníků), kteří neberou závažnost této problematiky v potaz. Sama si vnitřně pokládám otázku: „Jak je to možné?“ A na to navazující otázky: „Představuje tato problematika (stále) novou výzvu pro oblast osvěty?“ „Hrají v ní klíčovou roli vzdělávací akce a diskuse?“

Cestou vzdělávacích akcí se vydalo Centrum Anabell, z. ú., snaží se informovat (nejen) odbornou veřejnost. V rámci spolupráce se slovenskou organizací Chut' žít' vytvořili projekt: „Mládež ako súčasť pomoci rovesníkom: Nové riešenie a prístupy pri riešení porúch potravy u mladých ľudí.“, ve kterém se zaměřili i na problematiku sociálních sítí. (Centrum Anabell, z.ú.)

Není tedy až tak velkým překvapením, že oslovené respondentky, z Centra Anabell, z. ú., projeví o toto téma zájem. Uvědomují si, že sociální sítě jsou nedílnou součástí běžného života, a nelze je zcela přehlížet. Mají alespoň základní povědomí o různých platformách sociálních sítí. Většina respondentek používá Facebook a Instagram, některé také používají Snapchat, Tiktok, Beareal, LinkedIn, Twitter a Pinterest. Respondentky se shodly, že téma sociálních sítí je relevantní a může být otevřeno v jakékoli fázi léčby, vhodný okamžik se odvíjí od potřeb klienta. Zároveň ale reflektují situace, při kterých se zdá lepší toto téma odložit na později. Například kvůli jiným aktuálnějším prioritám nebo nízkému věku. Z analýzy dat také vyplývá, že některé respondentky aktivně otvírají téma sociálních sítí v rámci svých sezení, zatímco jiné tuto iniciativu nechávají na klientech. Pozitivním dojmem působilo, že respondentky, které se příliš nevěnují tématu sociálních sítí během svých sezení (konkrétně R2 a R6) mi na konci rozhovoru sdělily, že děkují za podnět na další možné téma pro jejich sezení, které mohou využít v případě jejich potřeby.

Respondentky také potvrdily, že sociální sítě mohou být pro lidi s poruchami příjmu potravy přínosné, pokud jsou využívány s obezřetností. Mezi zmiňované přínosy patří sdělení, že zotavení je možné, možnost být součástí komunity, která se zotavuje, podpora zdravých vzorců myšlení, praktické rady a snadný přístup k informacím od odborníků. V praktické části byl rovněž potvrzen a rozšířen přehled vhodných profilů pro osoby zotavující se z poruch příjmu potravy. Mezi ně můžeme zařadit profil Centra Anabell, z. ú., 3pe, Moje tělo je moje, Chut' žít, To jídlo a Nehladu. Tyto výsledky se shodují s informacemi uvedenými v teoretické části. Dva přínosy zmíněné v kapitole Možná pozitiva využívání (internetových) sociálních sítí během procesu zotavování z poruch příjmu potravy (3.2.2) ale nebyly zmíněny, a to obnova vztahů v offline prostředí a využití sociálních sítí jako archivu vzpomínek.

Na druhou stranu respondentky také zmínily možná rizika využívání sociálních sítí, jako je srovnávání se s ostatními, tlak na dokonalost, trávení přílišného množství času na sítích, vystavování se množství škodlivých informací, které se v online prostředí vyskytují. Sociální sítě mohou být také problematické kvůli nezodpovědnému chování těch, kteří obsah sdílí. Mohou překračovat hranice odbornosti, tedy sdílejí informace, přestože pro ně nemají potřebnou kvalifikaci odborníka. Opět byly potvrzeny informace z teoretické části.

Z výsledků analýzy dat lze vyčíst, že respondentky na sociální sítě nahlíží kriticky, ale zároveň také vnímají možná pozitiva jejich využívání. Potvrdilo se tedy, že sociální sítě mohou být dobrý sluha, ale zlý pán. Je skutečně pozitivní, že respondentky jsou schopné nahlédnout na oba póly a nejsou jen kritické.

Jedním z doporučení pro využívání sociálních sítí ku prospěchu je sledovat profily, které podporují a poskytují užitečné informace. Je tedy důležité pečlivě zvažovat, co sledovat. Dalším doporučením je omezit čas strávený na sociálních sítích a v případě potřeby je úplně opustit. Tento krok může být užitečný, pokud sociální sítě způsobují nadměrný stres a úzkost. Také je důležité nebrat vše, co vidíme na sítích, jako absolutní pravdu.

Výsledky provedeného výzkumného šetření se shodují s radami již zmíněné organizace 3pe, která vytvořila „3pe Kodex“ neboli několik bodů, které je dobré mít na paměti, pokud si chceme být jistější během využívání sociálních sítí. Konkrétně jde o tato doporučení: „upřímnost hlavně k sobě“ (ujasnit si, jaký je záměr příspěvku), „hranice odbornosti“ (nepřekračovat hranice odbornosti), „pouze moje zkušenost“ (každé tělo je jiné, má jiné potřeby, je třeba to brát v potaz), „tři tisíce sledujících = tři tisíce příběhů“ (každý se

nacházíme v jiných životních situacích), „škrtnout čísla“ (nesdílet svou hmotnost, velikost oblečení). Poslední radou, která se shoduje s odpověďmi oslovených respondentek, je dát si pozor na trendy vyskytující se na sítích. Kodex také ještě doporučuje lidem, kteří sdílí svou zkušenost, aby si drželi časový odstup a náhled (nešířit doporučení, pokud ho nedokážu zhodnotit s časovým odstupem) (3pe).

Toto výzkumné šetření má řadu limitů, které je nutné zmínit. Prvním je relativně malý vzorek respondentek. Dalším limitem může být podobnost sociodemografických údajů respondentů. Šetření také nezahrnuje jiné odborníky zabývající se podporou lidí s poruchami příjmu potravy. Všechny respondentky byly navázány na organizaci Centrum Anabell, z. ú. Nemůžeme tedy výsledky považovat za zcela výpovědní.

Závěr

Tato bakalářská práce se zabývala problematikou poruch příjmu potravy a internetovými sociálními sítěmi jako prostředím k zotavování. První kapitola se věnovala přehledu poruch příjmu potravy a také etiologií. Bylo zjištěno, že termín poruchy příjmu potravy je souhrnným označením pro onemocnění vyznačující se patologickým postojem k jídlu a vlastnímu tělu. Dále došlo ke zjištění, že vznik poruch příjmu potravy je podmíněn třemi hlavními oblastmi: biologickými, psychickými a sociokulturními. Druhá kapitola se zaměřila na termín zotavení a možnosti odborné péče. Přiblížila specifika úzdravy z PPP, jednotlivé fáze motivace vedoucí k léčbě. V této kapitole je také zmíněno, že léčba by se měla odvíjet od potřeb nemocného a měla by zahrnout multidisciplinární přístup. Pomoc v oblasti poruch příjmu potravy mohou poskytnout psychoterapeuti, rodinní terapeuti, nutriční terapeuti, sociální pracovníci, kliničtí psychologové, psychiatři a další lékařští odborníci. Do ambulantní formy pomoci spadá i Centrum Anabell, z. ú, které poskytuje sociální služby pro osoby s PPP. Dalším místem, kam je možné se obrátit, je denní stacionář Centra pro diagnostiku a léčbu poruch příjmu potravy. V případě, že není ambulantní péče vhodná, je nutná hospitalizace. Poslední úsek teoretické části se zabýval internetovými sociálními sítěmi v kontextu poruch příjmu potravy. Mezi nejvyužívanější sociální sítě podle dohledaných výzkumných článků patří Instagram, Facebook, TikTok a Youtube. V této části byly přiblíženy pozitivní i negativní stránky prostředí sociálních sítí jako prostředku k zotavování. Lze říct, že mohou hrát důležitou roli v procesu zotavování u lidí trpících poruchami příjmu potravy, a proto by jim odborníci měli věnovat pozornost.

Cílem empirické části bylo zjistit, jak pracovníci z Centra Anabell, z. ú. nahlízejí na využívání sociálních sítí u osob trpících poruchou příjmu potravy. Jak již bylo uvedeno v předešlé kapitole, téma sociálních sítí je pro pracovníky dané organizace relevantní, lze jej řešit v jakékoli fázi léčby. Respondentky se shodly, že sociální sítě mohou být pro lidi s poruchami příjmu potravy přínosné, pokud jsou využívány s opatrností. Zároveň byla zmiňována možná rizika. O sociálních sítích lze tedy říct, že mohou být dobrými sluhy, ale zlými pány. Výzkumné šetření navíc zmiňuje možná doporučení pro využívání sociálních sítí ku prospěchu léčby.

Domnívám se, že toto téma skýtá potenciál pro další zkoumání. Další výzkumné šetření by mohlo zahrnout větší spektrum odborníků, nebo by se naopak mohlo zaměřit pouze na jednu konkrétní oblast, např. na psychology/psychoterapeuty, kteří se věnují problematice poruch příjmu potravy.

Seznam použité literatury

ATKINSON, R. L., R. C. ATKINSON, E. E. SMITH, D. J. BEM a S. NOLEN-HOEKSEMA. Psychologie. Vyd. 2. Portál, 2003. ISBN 80-7178-640-3.

AU, E.S. a S.M. COSH. Social media and eating disorder recovery: An exploration of Instagram recovery community users and their reasons for engagement [online]. 2022 [cit. 2023-03-28]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35760017/>

BARNES, A., R. M DEUTSCH, S. J. HUNTER, T. P. MELCHERT, M.E. TANSY a F. P. VARGHESE,. APA GUIDELINES for the Optimal Use of Social Media in Professional Psychological Practice: APA COMMITTEE ON PROFESSIONAL PRACTICE AND STANDARDS [online]. 2021 [cit. 2023-04-10]. Dostupné z: <https://www.apa.org/about/policy/guidelines-optimal-use-social-media.pdf>

BEHAVIO. Češi, kteří dávají pravidelně příspěvky na sociální sítě. In: Atlas Čechů [online]. 2023 [cit. 2023-03-28]. Dostupné z: <https://atlascechu.cz/results/internet-sn>

BOKOVÁ, M. Pod dekou: O bulimii: raw & honest. In: Spotify [online]. 2022 [cit. 2023-03-11]. Dostupné z: <https://open.spotify.com/episode/3Xs3p6ZEXTVJXQZiVC7gGL>

BULIK, C. M., L. BLAKE a J. AUSTIN. Genetics of Eating Disorders: What the Clinician Needs to Know. Psychiatric Clinics of North America [online]. 2019, **42**(1) [cit. 2023-03-11]. DOI:10.1016/j.psc.2018.10.007

CANALS, J. a V. A. VAL. Factores de riesgo y estrategias de prevención en los trastornos de la conducta alimentaria: Risk factors and prevention strategies in eating disorders. Nutrición Hospitalaria [online]. 2022, **39**(2) [cit. 2023-03-11]. DOI:10.20960/nh.04174

CAVAZOS-REHG, P. A., E.E. FITZSIMMONS-CRAFT, M.J. KRAUSS, N. ANAKO, C. XU, E. KASSON, S.J. CASTELLO a D.E. WILFLEY. Examining the self-reported advantages and disadvantages of socially networking about body image and eating disorders. The International Journal of Eating Disorders [online]. 2020, **53**(6) [cit. 2023-03-28]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32359127/>

CENTRUM ANABELL a CHUŤ ŽIŤ. Nejíst není řešení: Odborná konference na téma duševního zdraví, aktuálních psychických obtíží a rizik vzniku poruch příjmu potravy [online]. In: Facebook. 2022 [cit. 2023-03-12]. Dostupné z: <https://fb.watch/g69zVj7ulz/>

CENTRUM ANABELL, z.ú. [online]. [cit. 2023-03-12]. Dostupné z: <http://www.anabell.cz/>

CULBERT, K. M., S. E. RACINE a K. L. KLUMP. Research Review: What we have learned about the causes of eating disorders - a synthesis of sociocultural, psychological, and biological research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* [online]. 2015, **56**(11) [cit. 2023-03-11]. DOI:10.1111/jcpp.12441

ČESKÝ ROZHLAS. V ČR vzrůstá počet lidí s poruchami příjmu potravy, hlavně mezi dospívajícími. In: ÚZIS [online]. 2021 [cit. 2023-04-10]. Dostupné z: <https://cesky.radio.cz/v-cr-vzrusta-pocet-lidi-s-poruchami-prijmu-potravy-hlavne-mez-i-dospivajicimi-8723734>

ČSÚ. Využívání informačních a komunikačních technologií v domácnostech a mezi osobami: Sociální sítě [online]. 2022 [cit. 2023-03-28]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/6-komunikace-na-internetu-fzfb5w2yh>

DIEDRICHSOVÁ, P., S. HAYWOODOVÁ, N. CRADDOCKOVÁ, G. PEGRAMOVÁ a K. GARBETTOV. Průvodce sebedůvěrou: Budování spokojenosti s vlastním tělem u vás a mladých lidí ve vašem životě [online]. Dove projekt sebedůvěry, 2021 [cit. 2023-03-28].

DOVE, Czech Republic. Toxické rady na sociálních sítích: Dove experiment. In: Projekt sebedůvěry Dove [online]. 2023 [cit. 2023-03-28]. Dostupné z: <https://www.youtube.com/watch?v=elihZ6Idxms>

DRTILOVÁ, H., D. ŠMAHEL a M. ŠMAHELOVÁ. Advantages and Disadvantages of Internet Use: The Perspective of Women with Eating Disorders Experience [online]. 2021 [cit. 2023-03-28]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/10410236.2020.1868076>

EATON, C. M. Eating Disorder Recovery: A Metaethnography. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association* [online]. 2019, **26**(4) [cit. 2023-03-11]. DOI:10.1177/1078390319849106

FOKUS PRAHA, J. RŮŽIČKA a M. FOJTÍČEK. Cesta k zotavení: sebrané texty Marka Raginse [online]. Fokus ČR In: RAGINS, M. MHALA (Mental Health America of Los Angeles), 2002. [cit. 2023-03-11]. ISBN 978-80-902741-2-9.

GIDDENS, A. Sociologie. Praha: Argo, 2013. ISBN 978-80-257-0807-1.

GÓRSKI, M., B. CALYNIUK, J. GARBICZ a M. BUCZKOWSKA. Specific eating disorders – selected aspects of pathogenesis and risk factors. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna* [online]. **22**(01) [cit. 2023-03-11]. DOI:10.15557/PiPK.2022.0006

HELUS, Z. *Sociální psychologie pro pedagogy*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-1168-3

HOLÁ, S, P. HRUBÁ, P. KAŠNÁ, I. ZOUHAROVÁ a V. JEDLIČKOVÁ. *Svépomocný manuál pro rodiče* [online]. Centrum Anabell, z.ú [cit. 2023-03-12]. Dostupné z: <http://knihovna.anabell.cz/publikace/product/view/1/136>

JUROVÁ, L. a I. ŠVÁBÍKOVÁ. *Příručka dobré praxe v režimu Zotavení* [online]. Centrum Anabell, z. ú., 2021 [cit. 2023-03-12]. Dostupné z: <http://knihovna.anabell.cz/publikace/product/view/1/127>

KOPECKÝ, K. a R. SZOTKOWSKI. *České děti v kybersvětě: Jak se chovají online a co jim hrozí?* [online]. Univerzita Palackého v Olomouci, O2 Czech republic, 2019 [cit. 2023-03-28]. Dostupné z: <https://www.e-bezpeci.cz/index.php/ke-stazeni/vyzkumne-zpravy/117-ceske-deti-v-kybersvete/file>

KOPECKÝ, K., R. SZOTKOWSKI, J. KVINTOVÁ, L. KŘEMÉNKOVÁ a D. VORÁČ. *Děti a kult krásy v online světě* [online]. Pedagogická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci, O2 Czech Republic, 2022 [cit. 2023-03-28]. Dostupné z: <https://www.e-bezpeci.cz/index.php/ke-stazeni/vyzkumne-zpravy/155-deti-a-kult-krasy-v-online-svete-2022/file>

KRCH, F. D. *Poruchy příjmu potravy - rizikové faktory*. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2004, **04**(1) [cit. 2023-03-11]. Dostupné z: https://www.solen.cz/artkey/psy-200401-0004_Poruchy_prijmu_potravy-rizikove_faktory.php

KVIATKOVSKÁ, K., J. ALBRECHT a H. PAPEŽOVÁ. *Psychogenní přejídání, současné a alternativní možnosti terapie*. *Česká a slovenská psychiatrie: Časopis Psychiatrické společnosti ČLS JEP a Psychiatrickej spoločnosti SLS* [online]. Česká lékařská společnosti J. E. Purkyně, 2016, **112**(6) [cit. 2023-03-11]. Dostupné z: http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2016_6_275_279.pdf

LOTH, K., R. MACLEHOSE, M. BUCCHIANERI, S. CROW a D. NEUMARK-SZTAINER. *Predictors of dieting and disordered eating behaviors from adolescence to*

young adulthood. *Journal of Adolescent Health* [online]. **55**(5) [cit. 2023-03-11]. DOI:10.1016/j.jadohealth.2014.04.016

MAŠÍNOVÁ, L. K., J. PFEIFFER, S. PAPEŽOVÁ, M. URBÁNKOVÁ, Z. FIŠAROVÁ a H. HERBSTOVÁ. Metodika zavádění multidisciplinárního přístupu v péči a podpoře lidí s duševním onemocněním [online]. Ministerstvo zdravotnictví, 2020, s. 4 [cit. 2023-03-12]. Dostupné z: https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2021-03/metodika_MT_fin%20schv%C3%A1lena%20VV.pdf

MCNAMARA, N. a H. PERSONS. 'Everyone here wants everyone else to get better': The role of social identity in eating disorder recovery. *British Journal of Social Psychology* [online]. 2016, **55**(4) [cit. 2023-03-28]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27667140/>

MEDIAGURU. Výzkum: Pro generaci Z je nejdůležitější duševní pohoda [online]. 2023 [cit. 2023-03-28]. Dostupné z: <https://www.mediaguru.cz/clanky/2023/01/vyzkum-pro-generaci-z-je-nejdulezitejsi-dusevni-pohoda/>

MINAŘÍK, P. Centrum pro diagnostiku a léčbu poruch příjmu potravy: Centrum pro poruchy příjmu potravy [online]. 1. lékařská fakulta Univerzita Karlova a Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, 2022 [cit. 2023-03-12]. Dostupné z: <https://psychiatrie.lf1.cuni.cz/centrum-pro-diagnostiku-a-lecbu-poruch-prijmu-potravy>

MKN-10: Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize: Syndromy poruch chování spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory: F50 Poruchy příjmu potravy. Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky [online]. [cit. 2023-03-11]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F50>

NEDC: NATIONAL EATING DISORDERS COLLABORATION. Anorexia Nervosa [online]. Australian Government Department of Health, 2022a [cit. 2023-03-11]. Dostupné z: <https://nedc.com.au/assets/Fact-Sheets/NEDC-Fact-Sheet-Anorexia-Nervosa.pdf>

NEDC: NATIONAL EATING DISORDERS COLLABORATION. Bulimia nervosa [online]. Australian Government Department of Health, 2022b [cit. 2023-03-11]. Dostupné z: <https://nedc.com.au/assets/Fact-Sheets/NEDC-Fact-Sheet-Bulimia-Nervosa.pdf>

- NEHYBKOVÁ, E., M. ŠMAHELOVÁ, D. ŠMAHEL a M. ČEVELÍČEK. Digitální technologie a poruchy příjmu potravy: Digital Technologies and Eating Disorders [online]. 2018 [cit. 2023-03-28]. Dostupné z: <https://www.researchgate.net/publication/329208927>
- NEWTON, E. Social Media Influencers are Triggering Eating Disorders. In: University of Toronto: TEMERTY FACULTY of MEDICINE [online]. 2022 [cit. 2023-03-28]. Dostupné z: <https://trp.utoronto.ca/social-media-influencers-are-triggering-eating-disorders/>
- PAPEŽOVÁ, H. a J. HANUSOVÁ. Poruchy příjmu potravy: Příručka pro pomáhající profese [online]. Univerzita Karlova 1.lékařská fakulta v Praze, VFN v Praze, Klinika adiktologie a Centrum pro poruchy příjmu potravy, 2012, s.10 [cit. 2023-03-11]. Dostupné z: <https://www.adiktologie.cz/file/358/poruchy-prijmu-potravy-web.pdf>
- PAPEŽOVÁ, H. Spektrum poruch příjmu potravy, Interdisciplinární přístup. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2425-6.
- PAPEŽOVÁ, H. Anorexie, bulimie a psychogenní přejídání. Interdisciplinární a transdiagnostický pohled. Mladá fronta, 2018. ISBN 978-80-204-4904-7.
- PETERSON, K. a R. FULLER. Anorexia nervosa in adolescents: An overview. Nursing [online]. 2019, 49(10) [cit. 2023-03-11]. Dostupné z: doi:10.1097/01.NURSE.0000580640.43071.15
- PIPOVÁ, H., M. DOLEJŠ, J. SUCHÁ a M. KOSTKOVÁ. Stravování a vztah k jídlu u českých adolescentů ve 21. století: Food consumption in connection with psychological phenomenons in czech adolescents [online]. Togga, 2022 [cit. 2023-03-11].DOI: 10.5507/ff.20.24458212
- POSPÍŠIL, J. a L. ZÁVODOVÁ. Jak na reklamu. Kralice na Hané: Computer Media, 2012. ISBN 978-80-7402-115-2.
- PSP ČR. Kulatý stůl pod názvem: „Mentální anorexie a jiné poruchy příjmu potravy – i slova mohou zabíjet!" [online]. 2023 [cit. 2023-04-27]. Dostupné z: <https://www.psp.cz/sqw/cms.sqw?z=17286>
- REICHEL, J. Kapitoly metodologie sociálních výzkumů. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-3006-6.

ROMO, Z. G. The influence of the media and advertising on eating disorders [online]. Conference: 9th International Conference on Research in Advertising (ICORIA), 2010 [cit. 2023-03-11]. Dostupné z: <https://www.researchgate.net/publication/319504075>

SLUSSAREFF, M. Hry, sítě, porno: Rodičovský průvodce džunglí digitálního dětství a puberty. Brno: Jan Melvil publishing, 2022. ISBN 978-80-7555-156-6.

STAROSTKOVÁ, D. Metodika multidisciplinární spolupráce [online]. Centrum Anabell, z. ú., 2015 [cit. 2023-03-12]. Dostupné z: <http://knihovna.anabell.cz/publikace/product/view/1/82>

SZYNAL, K., M. GÓRSKI, M. GRAJEK a K. CIECHOWSKA. Drunkorexia – knowledge review. Psychiatria Polska [online]. 2021, 56(5) [cit. 2023-03-11]. DOI:10.12740/PP/OnlineFirst/134748

ŠEVČÍKOVÁ, J. S., M. HERMANNOVÁ, M. TUREČKOVÁ a E. SLEZÁKOVÁ. Případová studie [online]. Centrum Anabell, z. ú., 2021 [cit. 2023-03-11]. Dostupné z: <http://knihovna.anabell.cz/component/jshopping/product/view/1/10?Itemid=0#:~:text=P%C5%99%C3%ADru%C4%8Dka%20je%20ur%C4%8Dena%20pro%20osoby,lekc%C3%ADch%2C%20kter%C3%BDmi%20prov%C3%A1d%C3%AD%20poradkyn%C4%9B%20Anabella>.

ŠMAHELOVÁ, M., H. DRTILOVÁ, D. ŠMAHEL a M., ČEVELÍČEK. Internet Usage by Women with Eating Disorders during Illness and Recovery [online]. 2020 [cit. 2023-03-28]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30782031/>

ŠVARŤÍČEK, R. a K. ŠEĐOVÁ. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.

ŠVÉDOVÁ, J. Svépomocný manuál aneb Jak si mohu sám / sama pomoci [online]. Centrum Anabell, z. ú., 2012 [cit. 2023-03-11]. Dostupné z: <http://knihovna.anabell.cz/component/jshopping/product/view/1/10?Itemid=0#:~:text=P%C5%99%C3%ADru%C4%8Dka%20je%20ur%C4%8Dena%20pro%20osoby,lekc%C3%ADch%2C%20kter%C3%BDmi%20prov%C3%A1d%C3%AD%20poradkyn%C4%9B%20Anabella>.

TOMANOVÁ, J. a M. ČERNÝ. Drunkorexie - dvojité nebezpečí. Školní poradenství v praxi: nový odborný časopis pro poradenské pracovníky. 2017, 4(2), ISSN 2336-3436.

TOMANOVÁ, J. Ortorexie-skryté nebezpečí. Školní poradenství v praxi [online]. 2015, 15(6) [cit. 2023-03-11]. Dostupné z: <https://www.rizeniskoly.cz/casopisy/skolni-poradenstvi-v-praxi/ortorexie-skryte-nebezpeci.m-2344.html>

ULRICHOVÁ, M. a J. RADVANSKÝ. Odvrácená strana pohybu - nadměrné cvičení a poruchy příjmu potravy. Tělesná výchova a sport mládeže. 2019, 85(4), ISSN 1210-7689.

VÁGNEROVÁ, M. a L. LISÁ. Vývojová psychologie: Dětství a dospívání. Vyd. 3. Praha: Karolinum, 2021. ISBN 978-80-246-4961-0.

VÁGNEROVÁ, M. Současná psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0696-5.

WICK, M. R. a P. KEEL. Posting edited photos of the self: Increasing eating disorder risk or harmless behavior?. International Journal of Eating Disorders [online]. 2020, 53(6) [cit. 2023-03-11]. DOI: 10.1002/eat.23263

Zákon č. 108/2006 Sb: o sociálních službách. Dostupné také z: https://ppropo.mpsv.cz/zakon_108_2006

3pe: Místo pro všechny, kdo se znají s poruchami příjmu potravy [online]. [cit. 2023-03-12]. Dostupné z: <https://www.3pe.online/>

3pe. Pravděpodobně i někdo z vašich sledujících žije s poruchou příjmu potravy nebo k ní má nakročeno. Určitý obsah pak může působit jako tzv. trigger, který nemoc spustí, přivíví nebo znovu probudí [online]. [cit. 2023-03-28]. Dostupné z: <https://www.3pe.online/kodex>

3pe. VÝROČNÍ ZPRÁVA 2021 [online]. 2021 [cit. 2023-03-28]. Dostupné z: <https://www.3pe.online/files/3pe-vyrocnizprava-2021.pdf>

Seznam příloh

Obrázek č. 1.....	25
Tabulka č. 1.....	35
Příloha č. 1.....	Informovaný souhlas

Příloha č. 1

Informovaný souhlas

Výzkumné šetření probíhá v rámci zpracování bakalářské práce: „Poruchy příjmu potravy: internetové sociální sítě jako prostředí k zotavování“, která je vedena na HTF UK. Bakalářská práce je psána ve studijním programu Sociální pedagogika.

Výzkumná část práce se zaměřuje na perspektivu odborníků na využívání (internetových) sociálních sítí u klientů.

Předpokládaná délka rozhovorů je 15-50 min. Rozhovory budou nahrány na hlasový záznam v mobilním telefonu. Následně bude nahrávka přepsána a data budou použita v analýze. Rozhovor je anonymní. To znamená, že nikde nebude uvedeno Vaše jméno ani jiné údaje, dle kterých by Vás bylo možné identifikovat. Výstupy z rozhovorů budou použity pouze pro výše zmíněnou bakalářskou práci.

Prohlášení:

Souhlasím s poskytnutím rozhovoru.

Rozumím tomu, že nemusím odpovídat na obtížné nebo nepříjemné otázky.

Rozumím tomu, že můžu úplně zrušit svou účast na výzkumném šetření.

Souhlasím s poskytnutím rozhovoru Zuzaně Susányiové:

V dne Podpis: