



UNIVERZITA KARLOVA
I. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Výživa dospělých a dětí

Bc. Martina Maňasová

Interakční vlivy rodinného prostředí, sociálních sítí a mediálního obsahu na vznik poruch příjmu potravy u dětí a adolescentů

Interactional effects of family environment, social networks and media content on the development of eating disorders in children and adolescents

Diplomová práce

Vedoucí práce: MUDr. Lucie Nawková, Ph.D.

Praha, 2024

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literatury. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze 2024

Bc. Martina Maňasová

.....

Podpis

Identifikační záznam

MAŇASOVÁ, Martina. Interakční vlivy rodinného prostředí, sociálních sítí a mediálního obsahu na vznik poruch příjmu potravy u dětí a adolescentů. [Interactional effects of family environment, social networks and media content on the development of eating disorders in children and adolescents]. Praha, 2024. 114 s., 11 příl. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN. Vedoucí práce Nawková, Lucie.

ABSTRAKT

Diplomová práce se zaměřuje na interakční vlivy rodinného prostředí, sociálních sítí a mediálního obsahu v rozvoji poruch příjmu potravy u dětí a dospívajících. Pocity, myšlení a rozhodování jedinců v dětském věku a adolescenci významně ovlivňují interakce s okolím. Zvláště v období puberty se formují základy pro vzorce chování, které mohou pokračovat i v dospělosti. Proto je pozornost věnována rodinným vztahům, interakcím sociálních sítí a mediálního obsahu jako možným rizikovým faktorům v rozvoji poruch příjmu potravy.

Teoretická část vychází z nejnovějších studií a definuje poruchy příjmu potravy, zabývá se epidemiologií a etiologií poruch příjmu potravy, objasňuje riziková prostředí jako rodina, sociální sítě a mediální obsah. Dopad poruch příjmu potravy na zdraví a nutriční terapie jsou další zpracována témata v teoretické části.

Cílem diplomové práce bylo zjistit, zda interakce rodinného prostředí, sociálních sítí a mediálního obsahu přispívají k rozvoji poruch příjmu potravy u dětí a adolescentů. V praktické části byla zvolena metodologie kvalitativního výzkumu. Metoda případových studií umožňuje hloubkově prozkoumat interakci rodinného prostředí, sociálních sítí a mediálního obsahu na jednotlivé případy poruch příjmu potravy u dětí a dospívajících. Celkem s 10 respondenty ve věku 10 až 18 let byl veden rozsáhlý rozhovor ohledně jejich rizikových vlivů podporujících rozvoj nemoci. Výsledky průzkumu upozorňují na interakce rodiny, sociálních sítí a mediálního obsahu, které v konkrétních případech podporovaly propuknutí poruch příjmu potravy. Ke zmírnění negativních vlivů podporujících vznik poruch příjmu potravy je potřeba informovat a edukovat veřejnost, zvyšovat povědomí rodičů a ve školách zavádět preventivní programy, které podporují pozitivní přístup k vlastnímu tělu a posilují zdravé sebevědomí. Je nezbytné, aby nutriční terapeut uměl rozpoznat klinické příznaky nemoci a včasně ji identifikoval.

klíčová slova: poruchy příjmu potravy, mentální anorexie, mentální bulimie, psychogenní přejídání, rodina, sociální sítě, mediální obsah

ABSTRACT

The thesis focuses on the interactive effects of family environment, social networks and media content in the development of eating disorders in children and adolescents. The feelings, thinking and decision-making of individuals in childhood and adolescence are significantly influenced by interactions with the environment. Particularly during adolescence, the foundations for patterns of behaviour are formed that may continue into adulthood. Therefore, attention is paid to family relationships, social network interactions and media content as possible risk factors in the development of eating disorders.

The theoretical part is based on recent studies and defines eating disorders, discusses the epidemiology and etiology of eating disorders, and explains risk environments such as family, social networks and media content. The impact of eating disorders on health and nutritional therapies are other topics treated in the theoretical part.

The aim of this thesis was to investigate whether the interaction of family environment, social networks and media content contribute to the development of eating disorders in children and adolescents. In the practical part, a qualitative research methodology was chosen. The case study method allows an in-depth examination of the interaction of family environment, social networks and media content on individual cases of eating disorders in children and adolescents. A total of 10 respondents, aged 10 to 18 years, were interviewed extensively regarding their risk influences promoting the development of the disease. The results of the survey highlighted the interactions of family, social networks and media content that promoted the onset of eating disorders in specific cases. To mitigate the negative influences that promote the development of eating disorders, there is a need to inform and educate the public, raise awareness among parents and introduce prevention programmes in schools that promote a positive attitude towards one's own body and foster healthy self-esteem. It is essential that the nutritional therapist is able to recognise the clinical signs of the disease and identify it early.

keywords: eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge eating disorder, family, social networks, media content

Poděkování

S úctou a srdečnou vděčností děkuji vedoucí mé diplomové práce MUDr. Lucii Nawkové, Ph.D. za přijetí vedení této práce, za odbornou pomoc, cenné rady, trpělivost, a především čas věnovaný mně a mé práci. Ráda bych také poděkovala všem respondentům za jejich důvěru a ochotu sdílet vlastní životní příběhy a osobní zkušenosti, čímž pomohli realizovat praktickou část práce. Děkuji svým milovaným rodičům, že při mně vždy stojí, podporují mě a věří ve mne.

Obsah

Úvod	9
TEORETICKÁ ČÁST.....	10
1. Charakteristika a přehled poruch příjmu potravy	10
1.1. <i>Mentální anorexie</i>	11
1.2. <i>Atypická mentální anorexie</i>	13
1.3. <i>Mentální bulimie</i>	13
1.4. <i>Atypická mentální bulimie</i>	14
1.5. <i>Přejídání spojené s psychologickými poruchami / psychogenní přejídání</i>	15
1.6. <i>Zvracení spojené s jinými psychologickými poruchami</i>	17
1.7. <i>Jiné poruchy příjmu potravy</i>	17
1.7.1. <i>Pica</i>	17
1.7.2. <i>Syndrom nočního přejídání</i>	18
1.7.3. <i>Záchvatovité přejídání s nízkou frekvencí a časově krátkým trváním</i>	20
1.8. <i>Ostatní diagnózy s narušeným stravovacím chováním</i>	20
1.8.1. <i>Orthorexie</i>	20
1.8.2. <i>Drunkorexie</i>	22
2. Epidemiologie poruch příjmu potravy u dětí a adolescentů.....	23
2.1. <i>Incidence a prevalence mentální anorexie</i>	24
2.2. <i>Incidence a prevalence mentální bulimie</i>	25
2.3. <i>Incidence a prevalence psychogenního přejídání</i>	26
3. Etiologie poruch příjmu potravy	26
3.1. <i>Faktory biologické</i>	27
3.1.1. <i>Pohlaví</i>	27
3.1.2. <i>Věk a hormonální vlivy</i>	27
3.2. <i>Faktory psychologické</i>	28
3.2.1. <i>Perfekcionismus</i>	28
3.2.2. <i>Nízké sebevědomí</i>	28
3.2.3. <i>Emoční nesnášenlivost</i>	29
3.2.4. <i>Obsedantně kompulzivní porucha</i>	29
3.3. <i>Faktory sociální</i>	30
4. Role rodinného prostředí v rozvoji poruch příjmu potravy	30
4.1. <i>Rodiče</i>	31
4.2. <i>Sourozenci</i>	32
4.3. <i>Stravovací návyky</i>	33
5. Sociální sítě v souvislosti s poruchami příjmu potravy	34

5.1.	<i>Sociální sítě a ideál krásy</i>	35
5.2.	<i>Internetové stránky propagující poruchy příjmu potravy</i>	36
6.	Vliv mediálního obsahu a poruchy příjmu potravy	37
7.	Poruchy příjmu potravy a dopad na zdraví	38
7.1.	<i>Akutní následky</i>	38
7.2.	<i>Chronické následky</i>	39
8.	Nutriční terapie a poruchy příjmu potravy	39
8.1.	<i>Nutriční edukace</i>	40
8.2.	<i>Nutriční cíle</i>	40
PRAKTICKÁ ČÁST		41
9.	Hlavní cíl a výzkumné otázky	41
10.	Metodika	42
11.	Kazuistiky	45
11.1.	<i>Kazuistika č. 1</i>	45
11.2.	<i>Kazuistika č. 2</i>	47
11.3.	<i>Kazuistika č. 3</i>	49
11.4.	<i>Kazuistika č. 4</i>	52
11.5.	<i>Kazuistika č. 5</i>	54
11.6.	<i>Kazuistika č. 6</i>	56
11.7.	<i>Kazuistika č. 7</i>	58
11.8.	<i>Kazuistika č. 8</i>	61
11.9.	<i>Kazuistika č. 9</i>	63
11.10.	<i>Kazuistika č. 10</i>	65
11.11.	<i>Výsledky</i>	68
12.	Diskuse	71
Závěr		75
Seznam použité literatury		76
Seznam zkratk		84
Seznam příloh		85

Úvod

V dnešní době představují poruchy příjmu potravy vážný a stále častější problém, se kterým se potýká čím dál více dětí a dospívajících. Poruchy příjmu potravy ohrožují fyzické zdraví jedince a mají také dopad na jeho psychickou pohodu a kvalitu života. Vztah dětí a adolescentů k vlastnímu tělu a stravování formuje rodinné prostředí společně s vlivem sociálních sítí, komunikačních platforem a mediálního obsahu. Alarmující je zejména stoupající nárůst těchto poruch a snižující se věková hranice prvních symptomů nemoci.

Na rozvoji poruch příjmu potravy se podílí celá řada faktorů jako jsou osobnostní rysy, pohlaví a věk. Významnou roli mají také interakce s okolním prostředím a z tohoto důvodu se diplomová práce zaměřuje na oblasti jako je rodina, sociální síť a média. Rodina je první sociální skupina, se kterou dítě přijde do kontaktu, proto již od raného dětství působí na utváření postojů k jídlu, vlastnímu tělu a sebehodnocení. Rodinné vztahy, stravovací návyky rodiny a nevhodné komentáře rodičů a sourozenců týkající se vzhledu a hmotnosti mohou podstatně ovlivnit vztah dítěte k jídlu a vlastnímu tělu. Současně roste vliv sociálních sítí, na kterých tráví děti a dospívající stále více času, takže jsou nepřetržitě vystavováni ideálnímu životnímu stylu, dokonalému vzhledu a hmotnosti. Mediální obsah na jedné straně prezentuje nereálnou představu o kráse, zatímco na straně druhé propaguje reklamní marketing vysokokalorické potraviny a nezdravé stravovací návyky. Cílem diplomové práce je zjistit, jaký vliv mají interakce rodinného prostředí, sociálních sítí a mediálního obsahu na rozvoj poruch příjmu potravy u dětí a adolescentů.

Diplomová práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretické poznatky jsou získány ze studia odborných literárních zdrojů a obsahová náplň kapitol se zabývá charakteristikou a přehledem poruch příjmu potravy, epidemiologií a etiologií poruch příjmu potravy, dále popisuje roli rodinného prostředí, vliv sociálních sítí a mediálního obsahu v rozvoji poruch příjmu potravy. Teoretickou část uzavírá dopad poruch příjmu potravy na zdraví a význam nutriční terapie v léčbě těchto poruch.

Výzkumná část práce je realizována kvalitativní metodou formou případových studií. Zkoumaný soubor zahrnuje 10 respondentů ve věku 10 až 18 let. Prostřednictvím rozsáhlých rozhovorů jsou zpracovány kazuistiky, které mapují faktory podporující rozvoj jejich nemoci. Případové studie zachycují životní příběh respondentů, vztahy v rodině a interakce se sociálními sítěmi a mediálním obsahem. Pro realizaci hlavního cíle byly stanoveny 3 výzkumné otázky týkající se vlivu rodinného prostředí, sociálních sítí a médií na rozvoj onemocnění. V diskusi diplomové práce jsou objasněny výzkumné otázky a napomáhají osvětlit primární cíl.

TEORETICKÁ ČÁST

1. Charakteristika a přehled poruch příjmu potravy

Termín poruchy příjmu potravy představuje skupinu nemocí projevujících se narušeným stravovacím chováním, problematickým vztahem k jídlu a výkyvem souvisejícím s příjmem potravy. PPP představují vysoké riziko pro fyzické a psychické zdraví a negativně se promítají v každodenním životě (ve škole, v zaměstnání, ve společnosti, ve vztazích). Poruchy příjmu potravy jsou závažné psychiatrické poruchy se složitým bio-psycho-sociálním pozadím a z hlediska úmrtnosti se řadí mezi nejnebezpečnější z duševních poruch (Frank & Shott, 2022; Walsh et al., 2020). Výskyt poruch příjmu potravy se dramaticky rozšířil se změnou společensky preferovaného ideálu krásy. Dříve představovala postava s ženskými křivkami ideální tvar pro moderní ženy. V šedesátých letech 20. století s příchodem Twiggy nastal převrat a vzor krásy prezentovala vysoká a štíhlá dívka s dlouhýma nohama. Od tohoto zlomového okamžiku ženy extrémně hubnou s cílem dosáhnout ideální štíhlosti (Yu & Muehleman, 2023).

Poruchy příjmu potravy se mohou objevovat u osob různého pohlaví, rasy, věku, hmotnosti, tělesných tvarů, národnosti, socioekonomického postavení a sexuální orientace. Jsou doprovázené zdravotními problémy, které mohou vést až ke smrti (Yu & Muehleman, 2023). Většina lidí, která dodržuje různé diety nebo má problémy s občasnými záchvaty přejídání, netrpí poruchami příjmu potravy. Porucha se rozvine, až když je dieta extrémně vyhrocená nebo jsou epizody přejídání jsou natolik pravidelné, že způsobují psychické a fyzické problémy, které narušují kvalitu života (Dalle Grave et al., 2021). Poruchy příjmu potravy prezentují spektrum onemocnění, které se vyskytují od raného dětství až do dospělosti. Nejrozšířenější jsou mezi mladými dospělými a adolescenty, ale týkají se i mnohem mladších i starších pacientů (Papežová, 2018).

Mezinárodní klasifikace nemocí rozděluje poruchy příjmu potravy následně: F50.0 mentální anorexie, F50.1 atypická mentální anorexie, F50.2 mentální bulimie, F50.3 atypická mentální bulimie, F50.4 přejídání spojené s psychologickými poruchami, F50.5 zvracení spojené s jinými psychologickými poruchami, F50.8 jiné poruchy příjmu potravy, F50.9 porucha příjmu potravy nespecifikovaná. Poruchy příjmu potravy jsou považovány za psychiatrická onemocnění, a proto je nalezneme také v Diagnostickém a statistickém manuálu duševních poruch pod částí nazvanou poruchy příjmu potravy a poruchy stravovacího chování, která zahrnuje: anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN), psychogenní / záchvatovité přejídání (BED), pica u dětí, pica u dospělých, porucha přežvykávání, porucha stravování s vyhýbavým / restriktivním příjmem potravy (ARFID), jiné specifické poruchy příjmu potravy a stravování (OSFED), nespecifikovaná porucha příjmu potravy (UFED), ostatní (Dalle Grave et al., 2021; Papežová, 2018; Walsh et al., 2020).

Určit diagnózu PPP u dítěte je složitější než u dospělých. Zpravidla se vyskytují v období dospívání, s častější frekvencí u dívek, ale mohou se objevit už u dítěte ve věku 5-12 let. V prepubertálním věku nelze amenoreu použít jako diagnostický příznak.

Nedostatečná výživa se nemusí projevit poklesem hmotnosti, ale zpomalí se nebo zastaví somatický vývoj, zejména stagnuje hmotnost v poměru k tělesné výšce. Zastavení hmotnostního přírůstku je v určitých vývojových obdobích normální, proto mohou v dospívání poruchy příjmu potravy unikat pozornosti. Proto se k posouzení stavu výživy u dětí využívá důkladné somatické vyšetření, založené na vztahu mezi hmotností a výškou a posouzení celkového tělesného a pohlavního vývoje. Nespokojenost s vlastním tělem, která je typická pro PPP v dospělosti, je u dětí obtížněji zjistitelná. Pro děti je nesnadné rozpoznání vlastních emocí a mnohdy místo pocitů popisují různé tělesné obtíže, zahrnující zažívací potíže, což oddaluje přesné stanovení diagnózy. V dětském věku poruchy příjmu potravy mnohdy doprovází přidružené psychiatrické poruchy, jako úzkostné poruchy a poruchy nálady. Často se vyskytuje sebepoškozování, které umí jedinci velmi dobře skrývat. Životní události, jako je sexuální zneužívání v dětství, jsou silným rizikovým faktorem spojeným se specifickým stravovacím chováním (Papežová, 2018; Stabouli et al., 2021).

Zhodnotit dospívajícího s možnou poruchou příjmu potravy vyžaduje komplexní přístup zahrnující podrobné informace o hlavních potížích a důkladnou psychiatrickou, nutriční a lékařskou anamnézu, jež může odhalit příznaky poruchy příjmu potravy a rizikové faktory. Následuje kompletní fyzikální vyšetření od hlavy až k patě. U dospívajících s nízkou tělesnou hmotností, kteří popírají úzkost z přibírání na váze anebo obavy o svůj tělesný obraz, jsou pro stanovení diagnózy klíčové doplňující informace získané od rodičů nebo opatrovníků (Adams & Hovel, 2024).

1.1. Mentální anorexie

Nejlépe prozkoumanou a nejznámější poruchou příjmu potravy je mentální anorexie. Zpravidla se rozvíjí v mladistvém věku v období dospívání, častější je u žen než u mužů (Balasundaram & Santhanam, 2023). Anorexie, původem z řeckého slova, znamená bez apetitu, jinými slovy bez chuti k jídlu. Avšak ztratit chuť k jídlu je poměrně vzácné, proto toto označení není zcela přesné. Přesto, pokud tělo zůstane bez příjmu výživy po dobu tří dnů, pocit hladu na určitou dobu ustoupí (Hunt, 2014). Mentální anorexie je psychologický problém, při kterém v mysli dochází ke zkreslení obrazu těla, což vede k vidění těla jinak, než jaké je v realitě. Kvůli tomu lidé s mentální anorexií extrémně snižují příjem kalorií, a to má za následek nedostatečný růst u dětí a adolescentů a u dospělých abnormálně nízkou tělesnou hmotnost. Jedinci s anorexia nervosa obvykle mají potíže s rozpoznáním závažnosti situace, kdy jí nedostatečně pro pokrytí potřeb svého organismu (Walsh et al., 2020).

Mentální anorexie je komplexní porucha příjmu potravy a stravování, doprovázena výrazným strachem z nárůstu hmotnosti a narušeným vnímáním svého těla. Je definována redukováním váhy, které si pacient cíleně způsobuje a udržuje sám. Stanovit diagnózu lze na základě splnění všech diagnostických kritérií MKN-10 (Papežová, 2018):

a) Jednání zaměřené na udržování tělesné hmotnosti nejméně o 15 % nižší, než je přepokládaná váha, která nemusela být nikdy dosažena, byla snížena nebo hodnoty body mass indexu 17,5 a méně. Značně nízká tělesná váha je definována jako hmotnost nižší, než

se u dětí a adolescentů minimálně předpokládá. V průběhu růstu nesplňují děti před pubertou očekávaný váhový přírůstek.

b) Projevuje se specifickými psychologickými jevy, jako je dlouhodobá úzkost týkající se postavy při výrazné podváze, zkreslené vnímání vlastního těla, strach z přibírání a obezity, což směřuje ke stanovení si extrémně nízké hmotnostní hranice a neustálé, vtíravé myšlenky na udržení nižší váhy.

c) Hmotnost redukuje jedinec sám intenzivním fyzickým cvičením, navozeným zvracením, vyhýbáním se potravinám, o kterých si myslí, že způsobují přibírání a užíváním laxativ (projímadlo), diuretik (lék s močopudným účinkem / na odvodnění), anorektik (lék potlačující chuť k jídlu).

d) Porucha endokrinního systému hypotalamo-pituitární-gonádové osy se u žen projevuje amenoreou (vaginální krvácení je běžně způsobeno hormonální antikoncepcí, proto se pro stanovení diagnózy v nových kritériích už neobjevuje), u mužů jako sexuální apatie.

e) Pokud se onemocnění projeví před pubertou, může být zastaven růst, opožděn vývoj prsou, dětských genitálií u chlapců a absence primární amenorey. Jakmile se pacient uzdraví, objeví se normální průběh puberty. Nicméně první menstruace může mít zpoždění (Dalle Grave et al., 2021; Papežová, 2018).

Páté vydání Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch představuje kritéria pro anorexia nervosa (Dalle Grave et al., 2021):

1) Energetický příjem je omezen vzhledem k potřebám v daném věku, fyzickému zdraví, pohlaví a vývojové trajektorii. Vlivem nedostatečného energetického příjmu je tělesná hmotnost extrémně nízká. Podstatně nízká tělesná hmotnost je definována jako váha, jež je nižší než minimální normální hmotnost nebo u dospívajících a dětí nižší než minimálně očekávaná váha. Pacient s anorexia nervosa má tělesnou váhu pod spodní hranicí normálnosti pro jeho věk, pohlaví.

2) Trvalé chování bránící přírůstku hmotnosti a intenzivní obava z přibírání na váze, přestože je hmotnost výrazně nízká.

3) Nezdravé sebehodnocení, které souvisí s tělesným tvarem a hmotností. Narušené vnímání vlastního těla, zaujetí tělesnými parametry a popírání vážného problému s podváhou (Balasundaram & Santhanam, 2023; Dalle Grave et al., 2021).

U mentální anorexie rozlišujeme dva typy: restriktivní a purgativní. Restriktivní typ zahrnuje nadměrné cvičení, hladovění a striktní diety. Do typu záchvatovitého přejídání / purgativního spadá přejídání se jídlem a následné čištění. Očista probíhá formou vyvolávání zvracení a dalšími purgativními mechanismy snižování hmotnosti (Balasundaram & Santhanam, 2023).

1.2. Atypická mentální anorexie

Atypická forma nemoci je závažná porucha, která je v populaci častější než mentální anorexie (Keegan & Wade, 2023). Jedinci s atypickou mentální anorexií vykazují mnoho psychologických charakteristik typických pro mentální anorexii, ale navzdory výraznému úbytku hmotnosti netrpí podváhou. U poruchy jsou splněna všechna diagnostická kritéria pro mentální anorexii, ale hmotnost jedince zůstává v normě nebo nad ní. Současný systematický přehled zjistil, že psychologické příznaky a fyziologické charakteristiky osob s atypickou mentální anorexií jsou obecně podobné jako u osob s mentální anorexií, i když mohou existovat rozdíly v četnosti některých fyzických komplikací (Walsh et al., 2023).

Vzhledem k tomu, že pacienti s atypickou mentální anorexií mají aktuální váhu v normálním rozmezí, diagnóza poruch příjmu potravy se běžně přehlédne na základě nesprávného předpokladu, že jedinci s normální hmotností nemohou mít poruchu příjmu potravy. V důsledku se pacienti s atypickou anorexií dostávají k léčbě až v pokročilém stádiu svého onemocnění. Navíc atypickou mentální anorexií vnímají zdravotníci jako méně závažnou než klasickou mentální anorexii. Nicméně zdravotní komplikace u pacientů s atypickou formou mohou být stejně závažné jako u pacientů s anorexia nervosa a stupeň psychopatologie poruchy příjmu potravy může být dokonce závažnější (Vo & Golden, 2022). Důležité je pacientům připomenout, že terapie atypických forem nemá odlišnosti oproti terapii typických forem (Papežová, 2018).

1.3. Mentální bulimie

V období starověkého Řecka a Říma byly součástí životního stylu bohatých lidí bujaré tabule a hostiny. Běžnou praktikou bylo zvracení po nadměrné konzumaci alkoholu a jídla. Přejídání a následné zvracení je dnes charakteristickým vzorcem pro bulimii. Bulimie pochází z řeckého slova, jež označuje velký hlad. Abnormální a neustálou touhu jíst vnímají bulimici jako emociální hlad, který nedokáže uspokojit žádné množství jídla (Hunt, 2014).

Bulimia nervosa se může vyskytnout v průběhu celého života a u všech rasových / etnických skupin i pohlaví. Na vývoji nemoci se podílí komplexní souhra osobnostních, genetických a vývojových činitelů (Davis & Wildes, 2023). Porucha začíná typicky mezi 18. až 25. rokem života, kdy má jedinec přílišnou obavu z tělesné hmotnosti a tvaru postavy, a proto přijímá extrémní a striktní dietní pravidla. Diety jsou u bulimia nervosa stále přerušovány záchvaty přejídání, po nichž dochází ke kompenzačnímu chování, jako je například nadužívání laxativ či vyvolávání zvracení. Spojení dietní restriktce, epizod přejídání a kompenzačního chování zřídka způsobuje trvalý kalorický deficit, což zdůvodňuje, proč jedinci trpící BN mají většinou normální hmotnost anebo nadváhu (Dalle Grave et al., 2021).

Mentální bulimie se rozvíjí později, obvykle se objevuje u dospívajících žen a častokrát se vyvine ze subklinické formy anorexia nervosa. Určit diagnózu vyžaduje splnit všechna měřítka Mezinárodní klasifikace nemocí (Papežová, 2018):

a) Nepřetržité přemýšlení nad jídlem a intenzivní, neodolatelná touha po něm. Přejídání se velkým množstvím jídla v průběhu krátké doby.

b) Jedinec má snahu zmírnit kalorický účinek jídla různými způsoby. Metody zahrnují vyprovokované zvracení, nadměrné užívání projímadel, močopudných léků, anorektik, hladovění a manipulace s inzulínovou léčbou u diabetiků. Restriktivní a bulimické chování se může střídát.

c) Specifická psychopatologie: nezdravě silný strach z přibírání hmotnosti, stanovit si hmotnostní práh nižší, než je předchozí váha (premorbidní váha). Jedinec má pocit, že musí udržovat váhu pod určitou hranicí, která je často nižší, než byla jejich ideální či zdravá hmotnost (Papežová, 2018).

Bulimia nervosa je onemocnění, jež se projevuje opakujícími se obdobími záchvatovitého přejídání a následným nevhodným kompenzačním chováním, jehož účelem je zabránit potencionálním dopadům a kontrolovat hmotnost. Páté vydání Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch definuje kritéria pro mentální bulimii (Jain & Yilanli, 2023):

1) Opakující se epizody záchvatovitého přejídání, při kterých nemocní sní v krátkém časovém úseku mnohem větší porce jídla, než jaké by většina lidí zkonzumovala za srovnatelných podmínek a stejného času. Při záchvatech přejídání ztrácí jedinec kontrolu nad jídlem a není schopen limitovat množství potravy, kterou spořádá.

2) Po epizodách následuje kompenzační jednání, které má zabránit přibývání na váze. Jedinec zneužívá laxativa a diuretika, hladoví, navozuje zvracení a vykonává extrémní fyzickou aktivitu.

3) Aby mohla být diagnóza stanovena, měly by se výše zmíněné symptomy vyskytovat alespoň jednou týdně po dobu tří měsíců.

4) Sebehodnocení je nadměrně závislé na tělesném vzezření a váze.

5) Projevy BN se nevyskytují pouze v kontextu epizod mentální anorexie (Jain & Yilanli, 2023).

1.4. Atypická mentální bulimie

Podle MKN-10 jsou splněny některé příznaky mentální bulimie, avšak celkový klinický obraz neumožňuje stanovit diagnózu. Epizody přejídání mohou recidivovat anebo není přítomna zaujatost hmotností a tvarem těla (MKN-10, 2018).

DSM-5 uvádí, že všechny symptomy pro stanovení diagnózy mentální bulimie jsou naplněny, až na to, že záchvatovité přejídání a následné kompenzační chování se neobjevuje častěji než jednou týdně anebo netrvá více než tři měsíce (Dalle Grave et al., 2021).

Mentální bulimii v atypické formě chybí alespoň jeden stěžejní znak přítomný v typickém klinickém obrazu anebo jsou všechny příznaky mírného charakteru. Atypická mentální bulimie může mít jak psychologické, tak somatické následky, jako jsou pozorovány u plně vyjádřených forem onemocnění. Je rovněž nezbytné poskytnout časnou intervenci i pro tyto pacienty. Pacienty je potřeba upozornit, že léčba atypických forem nemoci je stejná jako léčba typické mentální bulimie (Papežová, 2018).

1.5. Přejídání spojené s psychologickými poruchami / psychogenní přejídání

Psychogenní přejídání je nejčastější porucha příjmu potravy. Je spojeno s řadou aspektů, jako je agresivita, vztek a prožívání hněvu (Hassanzadeh et al., 2022). Obvykle začíná v dospívání a jednu třetinu nemocných představují muži. Přejídání spojené s psychologickými poruchami je problém, který přispívá k rostoucímu výskytu obezity v populaci a v posledních letech získává stále větší pozornost. Vyskytuje se u osob trpících různými duševními poruchami, jako jsou úzkostné poruchy, poruchy příjmu potravy, depresivní poruchy a další. Fáze přejídání je často spojena s emočními nebo psychickými faktory a může mít významný dopad na fyzické i duševní zdraví jedince. Osoby trpící psychogenním přejídáním mají sklony spořádat velké množství jídla v krátkém časovém intervalu, přičemž ztrácí kontrolu nad svým záchvatovitým přejídáním. Chování při epizodách přejídání je podobné jako u mentální bulimie, ale na rozdíl od ní neuplatňují kompenzační nebo očištné chování. Charakteristickým projevem poruchy je pocit studu, provinění a výčitky po přejedení. Lidé s touto nemocí využívají jídlo jako způsob, jak se vyrovnávat se stresovými situacemi nebo emocionálními problémy. Někteří jedinci se přejídají ve snaze překonat svou úzkost nebo se zbavit nepříjemných emocí. Potrava se tak stává prostředkem úniku či dočasného uspokojení (Balasundaram & Santhanam, 2023).

Přejídání je důležitým ukazatelem různých fyzických a duševních zdravotních problémů a může způsobovat somatické a psychosomatické symptomy, což jsou fyzické zdravotní problémy, které jsou podněcovány nebo zhoršovány psychosociálními faktory. Osoby, které se často přejídají, totiž běžně vykazují příznaky, které mají jak psychogenní, tak fyziologický původ, jako jsou gastrointestinální potíže (bolesti břicha), mdloby, bolesti na hrudi a u srdce, bolesti hlavy, únava a dušnost (Romano et al., 2020).

Psychogenní přejídání je definováno Mezinárodní klasifikací nemocí jako stresující proces, který má za následek nadměrnou hmotnost a vede k obezitě. Pro stanovení diagnózy je nezbytné, aby byla splněna následující kritéria (Papežová, 2018):

a) Silná touha po jídle, konzumace velkých porcí potravy v krátkém časovém období a neustálé zabývání se potravou.

b) Nejsou přítomny purgativní metody kompenzace, jako je užívání laxativ, které jsou charakteristické pro mentální bulimii.

c) Projevuje se patologický strach z tloušťky. Problém nastává, když jedinec usiluje o dosažení hmotnosti, která je nereálná a nižší, než byla před vznikem poruchy. Záchvaty přejídání často souvisí s neadaptivním zpracováním stresových situací, kdy jedinec reaguje na stres jídlem a přejídáním jako prostředkem k řešení emocionálních obtíží (Papežová, 2018).

Aby mohla být porucha diagnostikována, musí podle Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch splňovat následující (Balasundaram & Santhanam, 2023; Dalle Grave et al., 2021):

1) Opakující se epizody záchvatovitého přejídání, během kterých dochází k neodolatelnému bažení po jídle (craving) a k abnormálně vysokému kalorickému příjmu, který je výrazně vyšší, než by většina lidí snědla za podobný časový interval a situace. V průběhu těchto epizod jedinec pocítuje značný stres a nedostatek kontroly nad jídlem, což se projevuje nekontrolovatelnou potřebou jíst a neschopností ovládat množství přijímaného jídla.

2) Epizody záchvatovitého přejídání se mnohdy vyskytují společně s alespoň třemi z následujících projevů: přejídání se až do pocitu nepříjemné sytosti nebo přehlcení, rychlá konzumace jídla, která překračuje normální rychlost stravování, příjem velkého množství potravy, i když není přítomen fyzický hlad, jezení o samotě kvůli pocitu trapnosti z množství sněženého jídla, po záchvatech přejídání přichází obviňování, znechucení nebo deprese.

3) Mnohdy se objevuje výrazná úzkost související s přejídáním.

4) Epizody záchvatovitého přejídání se průměrně vyskytují alespoň jednou týdně po dobu minimálně tří měsíců.

5) Je důležité si uvědomit, že záchvatovité přejídání není spojeno s opakovaným užíváním nepřiměřených kompenzačních postupů, které jsou typické pro mentální bulimii. Pacienti se zmiňovanou poruchou příjmu potravy prožívají opakované epizody záchvatovitého přejídání, ale nepoužívají žádné metody eliminace (zvracení, půst, intenzivní cvičení, užívání projímadel) jako součást svého způsobu zvládnání tohoto stavu (Balasundaram & Santhanam, 2023; Dalle Grave et al., 2021).

Diagnostický a statistický manuál duševních poruch určuje závažnost nemoci na základě počtu epizod přejídání. Při mírné formě přejídání se vyskytují 1 až 3 epizody týdně. Střední závažnost zahrnuje 4 až 7 epizod přejídání týdně. V případě vážné závažnosti dochází k 8 až 13 epizodám týdně. A pokud se vyskytuje více než 14 epizod týdně, jedná se o velmi závažnou formu nemoci (Papežová, 2018).

Přejídání spojené s psychologickými poruchami se může negativně podepsat na fyzickém zdraví jedince. Nadměrný příjem potravy může způsobovat obezitu a zvýšené riziko vzniku různých zdravotních komplikací, včetně diabetu, vysokého krevního tlaku a srdečních onemocnění. Porucha má tendenci se opakovat a vracet. Léčba by se měla zaměřit na snížení záchvatovitého přejídání, nikoli na redukci hmotnosti, protože snaha o hubnutí

může zvyšovat frekvenci přejídání (Balasundaram & Santhanam, 2023; Dalle Grave et al., 2021).

1.6. Zvracení spojené s jinými psychologickými poruchami

Do kategorie zvracení spojené s jinými psychickými poruchami řadíme především opakované zvracení u disociativních (konverzních) poruch a také u hypochondrické poruchy nebo zvracení jako reakci na těžký stres (psychogenní zvracení) (MKN-10, 2018).

Psychogenní zvracení je syndrom opakovaného zvracení bez organické patologie. Vyskytuje se v důsledku emoční nebo psychické poruchy. Jedná se o vysoce invalidizující, stále více uznávaný a nedostatečně prozkoumaný stav (Pooja et al., 2021).

Zvracení je spojeno s impulzivitou a je unáhleným, spontánním činem, který zmírňuje úzkost. Svým klinickým obrazem se zvracení spojené s jinými psychologickými poruchami řadí mezi mentální anorexii a mentální bulimii, čímž se komplikuje její odlišení (Dalle Grave et al., 2021; Davis et al., 2020; Forney et al., 2021; Keel, 2019).

1.7. Jiné poruchy příjmu potravy

Mezinárodní klasifikace nemocí do skupiny jiné poruchy příjmu potravy řadí: picu u dospělých, psychogenní ztrátu chuti k jídlu, psychogenní odmítání potravy (MKN-10, 2018).

Jiné specifikované poruchy příjmu potravy (OSFED) je kategorie vztahující na případy, při kterých se u jedince vyskytují příznaky charakteristické pro poruchy příjmu potravy, jež způsobují klinicky významné potíže nebo zhoršení v sociální oblasti, v rámci zaměstnání nebo v jiných odvětvích působení, ale nesplňuje úplná kritéria pro některou ze specifikovaných poruch příjmu potravy. Diagnostický a statický manuál duševních poruch zahrnuje do kategorie jiné specifikované poruchy příjmu potravy: atypickou anorexii nervosu, bulimii nervosu s omezeným trváním anebo s nízkou frekvencí, psychogenní / záchvatovité přejídání s nízkou frekvencí a časově krátkým trváním, purgativní poruchu a syndrom nočního přejídání (Bhattacharya et al., 2020; Dalle Grave et al., 2021; *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 2013).

1.7.1. Pica

Název je odvozen z latinského slova "Pica pica", které označuje ptáka straku, a to kvůli jeho nerozlišujícímu sbírání a požívání různorodých předmětů ze zvědavosti. Diagnostický a statistický manuál duševních poruch definuje picu jako konzumaci nevyživných nepotravinových látek po dobu nejméně jednoho měsíce. Navíc toto chování nesmí být sociálně normalizované nebo kulturně přijatelné. Pro stanovení diagnózy pica musí být jedinec starší dvou let. Není totiž neobvyklé, že mladší děti často pojídají nevyživné předměty. Povaha požívaných předmětů je různá, například se může jednat o hlínu (geofagie), nezpracovaný škrob (amylofagie), led (pagofagie), papír, vaječné skořápky, dřevěné uhlí, popel, křidu, látky, dětský pudr a kávovou sedlinu. Pica se nejčastěji vyskytuje

u těhotných žen a malých dětí, avšak je častou poruchou příjmu potravy i u pacientů s mentálním postižením. U žen se nejčastěji objevuje během těhotenství. V některých částech světa je konzumace nevyživných látek kulturně akceptována. Pica se obvykle vyskytuje jako samostatná porucha, ale jsou známy případy, kdy může souběžně existovat s obsedantně kompulzivní poruchou a schizofrenií (Al Nasser et al., 2023).

Pro stanovení diagnózy picy je podstatné, aby byly dodrženy následující podmínky DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 2013):

1) Po dobu minimálně jednoho měsíce trvalá konzumace nevyživných nepotravinových látek.

2) Stravování nepoživatelným, nenutričním obsahem neodpovídá vývojové úrovni jedince.

3) Jídelní chování není součástí sociálně normativních anebo kulturně podporovaných zvyklostí.

4) Jestliže se jídelní chování vyskytuje v kontextu jiné duševní poruchy (např. schizofrenie, mentální postižení) nebo zdravotního stavu (včetně těhotenství), měla by být samostatná diagnóza pica stanovena pouze v případě, že je stravovací chování natolik závažné, že vyžaduje zvláštní klinickou pozornost (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 2013).

Na etiologii picy se podílí řada činitelů, nicméně přímá příčina nebyla prokázána. Ke vzniku nemoci přispívají následující rizikové faktory: nedostatek výživy, stres, nízký socioekonomický status, kulturní faktory, těhotenství, rodinná psychopatie, zanedbávání výchovy dítěte a další. Studie psychologických faktorů prokázaly souvislost mezi picou a stresem, zneužíváním a zanedbáváním dětí a deprivací matek. V etiologii může hrát roli také anémie z nedostatku železa. Řada populačních studií zjistila nízkou hladinu sérového železa / ferritinu u pacientů s touto poruchou. Přesto studie provedené na materiálech konzumovaných pacienty s picou neprokázaly zvýšenou biologickou dostupnost železa mezi těmito látkami. Pokud pica trvá krátce, není obvykle závažná. U těhotných žen a dětí stav spontánně odezní bez jakýchkoli následků. U jedinců postižených duševní poruchou však může přetrvávat i několik let. Jestliže je pica dlouhodobá, může mít za následek obstrukci střev, infekce, a dokonce i otravu olovem. Léčba pacientů trpících touto poruchou by měla probíhat v rámci mezioborového týmu, který by měl být sestavený z lékaře, psychiatra, psychologa, sociálního pracovníka a nutričního terapeuta. Pacienti by měli být léčeni bez předsudků a se zvláštním zřetelem na jejich kulturní a sociální zázemí (Al Nasser et al., 2023; Liu et al., 2023).

1.7.2. Syndrom nočního přejídání

V roce 1955 poprvé identifikovali Stunkard, Wolff a Grace syndrom nočního jedlictví u pacientů, kteří se snažili zhubnout. Pacienti uvedli, že ve večerních hodinách konzumují 25 % nebo více kalorií. Syndrom nočního přejídání je porucha příjmu potravy,

kteřá se projevuje nadměřným jídlem po večeři a v noci, když je jedinec vzhůru. Syndrom nočního přejídání je charakterizován nejméně třemi z následujících příznaků: silná touha jíst mezi večeři a spánkem, anorexie ráno anebo v noci (ztráta chuti k jídlu v této době), potíže se spánkem, jako je nespavost nebo nespavost na začátku spánku, depresivní nálada, která je spojena s nočním přejídáním, večerní zhoršení nálady, která může být doprovázena například úzkostí a přesvědčení, že bez jídla nelze usnout (Salman & Kabir, 2023).

Etiologie syndromu nočního jedlictví zůstává neznámá. Nejnovější výzkumy předpokládají souvislost mezi psychologickým průběhem, neurologickými a genetickými faktory. Počáteční vznik a následné udržování je přímo způsobeno stresem a dalšími psychiatrickými poruchami, jako je deprese. U nočních jedlíků byla také prokázána vyšší hladina kortizolu v krvi. Vědci se domnívají, že hlavní roli při vzniku syndromu nočního přejídání hrají myšlenky a široká škála emocí. Většina příznaků se objevuje v noci v důsledku přesvědčení, že jedinec nemůže bez jídla spát. Pacienti také pocítují potřebu kontrolovat úzkost pomocí jídla. Vzhledem k tomu, že se většina pacientů o problémech s nočním jezením nezmíní, většinou z psychického důvodu, jako je stud, snížená sebeúcta nebo pocit viny, doporučuje se použít screeningové otázky. Fyzicky se může syndrom projevit nárůstem hmotnosti, což s sebou nese riziko obezity, diabetu, srdečních chorob a vysokého krevního tlaku. Příznaky jsou obvykle v remisi a recidivují podle životních stresorů, počínaje ranou dospělostí. Léčba zahrnuje farmakologickou a nefarmakologickou terapii (Salman & Kabir, 2023).

Syndrom nočního přejídání spadá do kategorie jiné specifikované poruchy příjmu potravy a jedná se o jídelní režim, při kterém dochází k výraznému navýšení příjmu potravy po večeři nebo v průběhu noci, což se projevuje následovně (Papežová, 2018):

a) Jedinec konzumuje alespoň 25 % (25 % až 35 %) celkového denního příjmu kalorií po večeři nebo v noci a záchvat si pamatuje a uvědomuje.

b) Dochází k minimálně dvěma epizodám nočního probuzení s příjmem potravy během týdne. Noční přejídání má významný negativní dopad na funkčnost jedince a způsobuje výraznou nepohodu (Papežová, 2018).

Syndrom nočního přejídání postihuje častěji ženy, začíná obvykle v mládí, má chronický průběh a familiární dědičnost. Onemocnění běžně doprovází komorbidní deprese a poruchy příjmu potravy přes den. Stunkard rovněž definoval noční poruchy příjmu potravy související s poruchou spánku a syndrom nočního příjmu potravy a pití. Přestože byl syndrom nočního jedlictví poprvé popsán v roce 1955, zůstává stále nedostatečně prozkoumanou poruchou (Papežová, 2018).

Syndrom nočního přejídání je rovněž často zmiňován v souvislosti s pacienty po bariatrické operaci. Až 65 % pacientů, kteří podstoupili bariatrickou operaci, vykazuje příznaky nočního přejídání. Bariatrická chirurgie sice prokázala svůj potenciál při snižování příznaků nočního jezení, nicméně, není prokázáno, že by účinky léčby byly dlouhodobého charakteru. Studie ukázaly, že i přes počáteční snížení nočního přejídání po bariatrické

operaci, výrazně vzrostly příznaky nemoci rok až tři po operaci. Výsledky naznačují, že počáteční ústup je obvykle dočasný a nezaručuje dlouhodobé řešení. Příznaky syndromu nočního přejídání se mohou opět objevit, jakmile ustoupí fyziologické účinky operace. K návratu příznaků mohou přispívat různé životní stresory, které mohou ovlivnit emocionální a psychologický stav jedince. Je důležité si uvědomit, že bariatrická operace není univerzálním řešením a pro udržení dlouhodobých výsledků je důležité zavést změny ve stravovacích návycích a naučit se zvládat stresové situace (Lavery & Frum-Vassallo, 2022).

1.7.3. Záchvatovité přejídání s nízkou frekvencí a časově krátkým trváním

Všechna kritéria pro záchvatovité / psychogenní přejídání jsou splněna s výjimkou toho, že k přejídání dochází v průměru méně než jednou týdně anebo po dobu kratší než 3 měsíce (Dalle Grave et al., 2021).

1.8. Ostatní diagnózy s narušeným stravovacím chováním

Novodobé poruchy, u nichž byla navržena kritéria, ale prozatím nebyly publikovány v Diagnostickém a statistickém manuálu duševních poruch ani v Mezinárodní klasifikaci nemocí (Atchison & Zickgraf, 2022).

1.8.1. Orthorexie

V dnešní společnosti jsou čím dál častěji preferovány potraviny, které jsou považovány za prospěšné pro zdraví. Novodobý trend může vést až k poruchám příjmu potravy zvaným orthorexie nervosa. Termín orthorexie nervosa poprvé použil lékař Steven Bratman v roce 1997, aby popsal patologickou posedlost dokonalým stravováním. Orthorexie je nově objevující se porucha příjmu potravy, která se vyznačuje přehnaným zájmem o zdravé stravování a extrémní fixací na vysokou kvalitu jídla. Výzkumy prováděné v posledních 10 letech ukazují, že počet lidí, kteří čelí riziku orthorexie, se výrazně zvyšuje. Jedinci s orthorexií věnují zvláštní pozornost kvalitě potravin, které jedí, což vede k vyřazení některých potravin z jejich jídelníčku, například se vyhýbají umělým přísadám. Omezení ve stravování doprovází stres, úzkost a nechut' k sobě samému. Dlouhodobé dodržování restriktivních nebo nadměrných stravovacích návyků může vést k závažným nedostatkům ve výživě, nerovnováze elektrolytů a poruchám metabolických funkcí, což ohrožuje celkové zdraví jedince (Gkiouleka et al., 2022; Gortat et al., 2021; Horovitz & Argyrides, 2023).

Orthorexie nervosa je porucha příjmu potravy, která se do života vkrádá v podobě hledání zdraví a pohody a v podstatě se prohlubuje tím, že se jedinec zaměřuje na to, co pokládá za "zdravé stravování", až se stane nezdravě posedlým (Reichmann & Rollin, 2021).

Orthorexie a orthorexie nervosa jsou odlišné, ale příbuzné koncepty v rámci poruch příjmu potravy. Orthorexií lze definovat jako obsedantní a intenzivní zaměření na konzumaci pouze potravin označovaných jako "čisté" a "zdravé", s důrazem především na kvalitu a čistotu stravy. Jedinci s orthorexií dodržují přísná stravovací pravidla, často se vyhýbají celým skupinám potravin a zabývají se zdrojem, přípravou a nutričním obsahem

svých jídel, pokoušejí se za každou cenu vyvarovat potravinám ošetřeným chemickými látkami, umělými sladidly nebo značným množstvím škodlivých složek, jako jsou nasycené tuky, cukr nebo sůl. Na druhé straně představuje orthorexie nervosa závažnější a klinicky významnější formu této obsese, která se vyznačuje intenzivní úzkostí, distresem a narušením běžného fungování v důsledku extrémních dietních omezení. V obou případech je kladen důraz na čistotu potravin a zdraví, ale orthorexie nervosa se vyznačuje výraznou úzkostí a poruchou fungování. Orthorexie nervosa si získala zvýšenou pozornost kvůli svému potenciálnímu dopadu na duševní a fyzické zdraví. Rostoucí prevalence tohoto onemocnění vyžaduje jasnější pochopení definice, diagnostiky a léčby (Gkiouleka et al., 2022; Horovitz & Argyrides, 2023).

Orthorexie nervosa a orthorexie byly uznány jako nové poruchy příjmu potravy, a proto bylo vyvinuto úsilí o navržení diagnostických kritérií, která by usnadnila jejich identifikaci a hodnocení. Je však důležité poznamenat, že poruchy nejsou oficiálně uznány v Diagnostickém a statistickém manuálu duševních poruch ani v Mezinárodní klasifikaci nemocí. Navrhovaná kritéria pro orthorexii obvykle zahrnují takové rysy, jako je nadměrné zaměření na nutriční obsah jídel, intenzivní zaujetí kvalitou a čistotou potravin, striktní dietní pravidla a omezení a významný dopad tohoto chování na každodenní život. U orthorexie nervosa mohou navrhovaná diagnostická kritéria kromě výše uvedených rysů zahrnovat i závažnou úzkost a negativní stres související s odchylkami od přísných stravovacích norem, které vedou k psychickému poškození a významnému narušení v pracovní a sociální sféře. Orthorexie a orthorexie nervosa se zaměřují na zdraví, nikoliv na tvar těla nebo snížení hmotnosti, čímž se odlišují od jiných poruch příjmu potravy. Vytvoření validovaných a standardizovaných diagnostických kritérií by zlepšilo diagnostickou přesnost a léčebné metody a v konečném důsledku by se posunulo porozumění těmto nově se objevujícím poruchám příjmu potravy (Barthels et al., 2024; Horovitz & Argyrides, 2023).

Rizikové faktory spojené s orthorexií a orthorexií nervosa představují komplexní souhru psychologických a sociokulturních vlivů. Na individuální úrovni byly spojeny určité osobnostní znaky se zvýšenou náchylností k rozvoji těchto poruch. Perfekcionismus, predispozice k obsedantně-kompulzivním rysům a vysoká úroveň neuroticismu mohou jedince podněcovat k extrémnímu a rigidnímu stravovacímu chování. Navíc anamnéza diet a nespokojenost s vlastním tělem může přispívat k rozvoji narušených stravovacích návyků zaměřených na čistotu jídla a posedlost zdravím. Na sociokulturní úrovni může mediální prezentace zidealizovaných modelů a trend "čistého stravování" vyvolávat tlak, který jedince nutí přizpůsobit se nereálným zdravotním a výživovým měřítkům. Zejména platformy sociálních sítí hrají klíčovou roli v šíření těchto trendů, podporují zájem sociálního srovnávání a propagují nevhodné stravovací praktiky. Kromě toho může široká dostupnost dezinformací a nevědeckých zdravotních sdělení dále podporovat strach z "toxických" potravin, čímž udržuje snahu o restriktivní a zúžený výběr stravy. Společenské normy ztotožňující zdraví s čistotou stravy mohou neúmyslně podporovat vznik a udržování orthorexie a orthorexie nervosa, což zdůrazňuje potřebu cílené prevence a intervence zaměřené na rizikové faktory (Horovitz & Argyrides, 2023).

1.8.2. Drunkorexie

Drunkorexie je fenomén, který se vyskytuje především mezi studenty. Onemocnění je známé jako alkoholová bulimie nebo alkoholová anorexie. Porucha se projevuje u žen i mužů charakteristickým chováním, jež zahrnuje podstatné omezení stravy a nadměrný fyzický výkon s cílem vyšší konzumace více alkoholu bez obav z přibírání na váze. Příčinou bývá popularizace štíhlé postavy, snaha zvýšit stav opilosti a tlak vrstevníků. Drunkorexie se hojněji vyskytuje u osob a žen, u nichž byla již dříve diagnostikována porucha příjmu potravy. Drunkorexie zvyšuje riziko dopravních nehod a vede k násilnému chování. Zmíněná porucha vyžaduje léčbu závislosti na alkoholu a změnu nevhodných stravovacích zvyklostí. Drunkorexie je relativně nový termín, což ztěžuje diagnostiku a léčbu tohoto stavu, a proto potřebuje rozvinout diagnostická kritéria a metody pomoci osobám, kteří s touto poruchou bojují (Szynal et al., 2022).

Jedním z významných problémů pro veřejné zdraví je nadměrné užívání alkoholu. Nadměrné užívání alkoholu je definováno jako konzumace pěti a více nápojů u mužů a čtyř a více nápojů u žen při jedné příležitosti. Přibližně 40 % amerických studentů přiznává, že se alespoň jednou během dvou týdnů opili. Výzkumy zjistily, že studenti v prvním ročníku studia vypijí největší množství alkoholu, čímž představují nejvíce exponovanou skupinu. Vedle nadměrného požívání alkoholu jsou mezi studenty rozšířeny též poruchy příjmu potravy. Kolem 60 % studentek uvádí chronické užívání diet za účelem hubnutí a zhruba 55 % dotázaných francouzských a amerických studentek se potýkalo s chováním souvisejícím s drunkorexií. Omezení příjmu kalorií ve dnech, kdy je užíván alkohol, způsobuje vyšší koncentraci alkoholu v krvi a redukce přísunu kalorií před požitím alkoholu mnohonásobně zvyšuje intoxikaci alkoholem (Speed et al., 2023; Szynal et al., 2022).

Především tři hlavní faktory působí na rozvoj drunkorexie: osobnostní (emocionální bolest, nízké sebevědomí), biologický (predispozice k závislosti na alkoholu a poruchám příjmu potravy) a situační (vrstevníci, změna bydliště). Literatura popisuje čtyři hlavní vzorce chování (Szynal et al., 2022):

- a) Užívání diuretik, laxativ anebo zvracení za účelem snížit příjem kalorií.
- b) Plánované omezení potravy s cílem kompenzovat kalorie obsažené v alkoholu.
- c) Excesivním cvičením redukovat kalorie z požitého alkoholu.
- d) Restrikce příjmu potravy za účelem zvýšení stavu opilosti po požití alkoholu (Szynal et al., 2022).

Cílem drunkorexie je dosáhnout rychlejšího stavu opilosti a zároveň kompenzovat kalorie požitě alkoholem. Motivace pro nevhodné kompenzační chování spojené s pitím alkoholu je body image, pocit viny, intenzivnější účinek alkoholu, oslavy. Jedinci s drunkorexií na rozdíl od osob s anorexií podnikají kompenzační chování pouze v situacích, kdy plánují užívat alkohol. Na začátku nemoci se epizody mohou vyskytovat výjimečně, ale s rostoucí intenzitou závislosti na alkoholu se u osoby s drunkorexií takové chování

projevuje stále častěji. S narůstající tolerancí alkoholu podstupuje jedinec stále razantnější dietní omezení, která vedou ke kachexii, podobně jako u anorexie. Je nutné odlišit drunkorexii od alkoholismu. Vhodné je zdůraznit, že poruchy příjmu potravy a úbytek hmotnosti jsou důsledkem závislosti na alkoholu, nikoli jeho záměrem (Hill & Ruark, 2022; Szynal et al., 2022).

2. Epidemiologie poruch příjmu potravy u dětí a adolescentů

Základní vědní obor veřejného zdravotnictví, jež umožňuje vysvětlovat, popisovat, kontrolovat a předpovídat zdravotní stav populace, představuje epidemiologie. Práce v epidemiologii má rozsáhlé využití a zahrnuje určování priorit, výzkum jevů a předpovídání problémů souvisejících se zdravím, hodnocení a doporučování intervencí (Thomas & Hanania, 2023). Epidemiologie se zabývá studiem distribuce a determinant ovlivňujících četnost onemocnění v lidské populaci (Politis et al., 2024).

Výskyt onemocnění v epidemiologii lze měřit dvěma základními ukazateli, kterými jsou incidence a prevalence, z nichž každá popisuje důležitou část přirozeného průběhu onemocnění. Incidence ukazuje počet nových případů onemocnění za časový úsek a zaměřuje se na přechod od dobrého zdravotního stavu k nemoci. Prevalence je měřítkem četnosti existujících onemocnění a zobrazuje celkový počet nemocných osob v určité populaci a časovém intervalu a je podmíněna trváním choroby. Prevalence zahrnuje případy nově diagnostikované i existující z minulosti (Politis et al., 2024).

Při epidemiologických výzkumech souvisejících s poruchami příjmu potravy nastávají určité komplikace. Ve společnosti jsou poruchy příjmu potravy relativně vzácné a pacienti se často vyhledání pomoci vyhýbají nebo jej oddalují, u mentální anorexie hraje roli popírání, u mentální bulimie zase stud. V daných situacích je velmi přínosné využití psychiatrických registrů a dalších studií založených na lékařských záznamech. Je nutné si uvědomit, že výsledky studií jsou podhodnocením výskytu poruch příjmu potravy v komunitě, protože ne všichni pacienti budou odhaleni svým praktickým lékařem, vyhledají pomoc anebo budou předáni zdravotnickým zařízením. Různé systémy odhalování případů a diagnostických kritérií, zvýšená informovanost vedoucí k dřívějšímu odhalení a širší dostupnost léčebných zařízení mohou způsobovat rozdílnou frekvenci výskytu v průběhu času, nikoli skutečný nárůst incidence (Van Eeden et al., 2021).

Studie provedená v Anglii zkoumala incidenci poruch příjmu potravy mezi lety 2004 a 2014 u jedinců ve věku 11 až 24 let. S první diagnózou PPP bylo identifikováno 4775 pacientů, z nichž bylo 4336 žen a 439 mužů. Incidence byla výrazně vyšší u žen: 189,2/100 000 oproti mužům: 17,7/100 000, což poukazuje na skutečnost, že PPP jsou 11krát rozšířenější u žen než u mužů. Nejvíce pacientů bylo evidováno ve věku 16 až 20 let: 2348, a proto u nich byla nejvyšší incidence: 141/100 000 (Wood et al., 2019). Další studie uskutečněná ve Spojeném království v letech 2003 až 2018 zaznamenala zvýšenou incidenci

ve věku 13 až 16 let u všech PPP, při srovnání míry výskytu v roce 2018 s rokem 2003 (Cybulski et al., 2021).

V posledních letech byl zaznamenán nárůst celosvětové prevalence PPP: 3,5 % v letech 2000 až 2006, 4,9 % v letech 2007 až 2012 a 7,8 % v letech 2013 až 2018 (Lalonde-Bester et al., 2024). Celkem 94 studií v období od roku 2000 do roku 2018 se zabývalo celoživotní prevalencí diagnózy poruch příjmu potravy, která průměrně dosahovala u žen 8,4 % (3,3 % až 18,6 %) a u mužů 2,2 % (0,8 % až 6,5 %). Prevalence poruch příjmu potravy podle kontinentů ukazuje, že nejvyšší průměrná prevalence byla v Americe s průměrem 4,6 % s rozmezím od 2,0 % do 13,5 %. Následovala Asie s průměrnou prevalencí 3,5 % (rozsah 0,6 % až 7,8 %). V Evropě dosahovala průměrná prevalence 2,2 % (rozpětí 0,2 % až 13,1 %) (Galmiche et al., 2019). U pacientů s PPP je vysoká míra komorbidit s dalšími psychickými poruchami, mezi něž patří úzkost, deprese, poruchy osobnosti, porucha pozornosti s hyperaktivitou a obsedantně-kompulzivní porucha (Arija Val et al., 2022).

2.1. Incidence a prevalence mentální anorexie

Incidenci MA v běžné populaci zkoumalo pouze minimum studií. Incidenci mentální anorexie shrnují studie publikované od roku 1980 do roku 2019, převážně ze západních zemí. Incidence se značně odlišovala v závislosti na použitých diagnostických kritériích, metodice a populaci. Populační studie uvedly výskyt u španělských žen ve věku 12 až 22 let: 200 na 100 000 osoboroků, u finských dvojčat ve věku 15 až 19 let: 270 na 100 000 osoboroků. Celková incidence byla vyšší v ambulantních zdravotnických službách 8,8/100 000 než při přijetí do nemocnic 5,0/100 000. Ukazatele incidence mentální anorexie byly vyšší u žen ve věku 10 až 29 let pro ambulantní zdravotnické služby: 63,7/100 000 i pro hospitalizace: 8,1/100 000. U výzkumů vycházejících ze zdravotnických registrů byl v průběhu času pozorován významný nárůst incidence mentální anorexie, zejména v ambulantních zdravotnických zařízeních. Nárůst nemusí nutně znamenat skutečný zvýšený počet případů mentální anorexie, ale může odrážet lepší odhalování a informovanost společnosti v průběhu času (Martínez-González et al., 2020; Van Eeden et al., 2021).

Ve spojeném království a Irsku byla studována incidence mentální anorexie podle kritérií DSM-5 u dětí a adolescentů ve věku 8 až 17 let po dobu osmi měsíců. Celková incidence byla stanovena na 13,68 na 100 000 obyvatel. S věkem se incidence postupně zvyšovala a vrcholu dosáhla v 15 letech u dívek a v 16 letech u mladých mužů (Petkova et al., 2019; Van Eeden et al., 2021). Nejvyšší incidence mentální anorexie u žen je kolem věku 15 let a řada studií poukazuje na významný nárůst výskytu MA u dívek ve věku 10 až 14 let. Nedávné studie časových trendů vypovídají o poměrně stabilní míře výskytu mentální anorexie v posledních desetiletích, avšak větší povědomí veřejnosti, používání rozsáhlejších diagnostických kritérií a lepší odhalování upozorňuje na nárůst incidence MA (Van Eeden et al., 2021).

94 výzkumů provedených v letech 2000 až 2018 zkoumalo celoživotní prevalenci anorexia nervosa u jedinců starších 8 let. Rozsah celoživotní prevalence mentální anorexie

se celosvětově pohyboval od 0,1 % do 3,6 % u žen a 0 % až 0,3 % u mužů (Galmiche et al., 2019). Na základě kritérií DSM-5 se v letech 2012 až 2017 zabývalo 19 studií mírou celoživotní prevalence MA u žen starších jedenácti let. Rozpětí celoživotního rozšíření mentální anorexie se celosvětově vyšplhalo na 1,7% až 3,6% u žen a 0,1 % u mužů (Lindvall Dahlgren et al., 2017; Van Eeden et al., 2021). Celoživotní prevalence anorexia nervosa byla 21krát vyšší v západních zemích ve srovnání s asijskými zeměmi (Qian et al., 2022). Ve finské studii dosáhla celoživotní prevalence MA průměrně 6,2 % u žen a 0,3 % u mužů. Průzkum byl uskutečněn v letech 2006 až 2009 a byla použita kritéria DSM-5 (Silén et al., 2020). Další výzkum zaměřený na dospívající dívky do 20 let věku zjistil vrcholný věk počátku poruchy mezi 19 až 20 lety a celoživotní prevalenci 0,8 % u mentální anorexie a 2,8 u atypické AN (Van Eeden et al., 2021).

2.2. Incidence a prevalence mentální bulimie

Studie finských dvojčat sledovala incidenci mentální bulimie dle kritérií DSM-5 u osob ve věku 10 až 20 let. Celková incidence činila 100/100 000 a u žen dosáhla 180/100 000. Nizozemský průzkum primární péče použil kritéria DSM-IV a odhalil značný pokles incidence mentální bulimie ve všech věkových kategoriích v průběhu tří desetiletí. Použití užších kritérií DSM-IV oproti širším diagnostickým kritériím v DSM-5 může být důsledkem nižší míry výskytu mentální bulimie. Avšak hlavním a pravděpodobným důvodem je skutečnost, že jen minimum případů pacientů s mentální bulimií v populaci skutečně vyhledá primární medicínskou pomoc (Van Eeden et al., 2021).

Výzkum primární péče v Anglii u pacientů od 11 do 24 let rovněž zaznamenal významný pokles incidence bulimia nervosa v letech 2004–2014. Poměr incidence v roce 2014 byl poloviční ve srovnání s rokem 2004 (Wood et al., 2019). Norský národní registr pacientů zaměřený na incidenci mentální bulimie v sekundární zdravotní péči poukazuje na pokles celkové incidence BN v období od roku 2010 až 2016. Míra výskytu úzce specifikované bulimia nervosa byla v roce 2016 16,1/100 000 ve srovnání s rokem 2010: 18,5/100 000 a nižší incidence byla zaznamenána rovněž u široce definované BN: 26,9/100 000 v roce 2016 v porovnání s rokem 2010: 29,4/100 000. Ve všech věkových skupinách byl zjištěn pokles incidence s výjimkou dívek ve věku 10 až 14 let, kde byl trend nárůstu, což naznačuje dřívější propuknutí anebo detekci nemoci. Míra výskytu byla u mužů nízká, stabilní v čase a pohybovala se v rozmezí 0,9 až 1,6 na 100 000 pro úzce definovanou BN a mezi 1,7 až 2,5 na 100 000 pro široce definovanou mentální bulimii. Poměr mezi muži a ženami byl přibližně 1:24 pro užší kritéria a 1:26 pro širší kritéria mentální bulimie (Reas & Rø, 2018; Van Eeden et al., 2021).

Studie provedené v letech 2000 až 2018 vyšetřovaly celoživotní prevalenci BN, která se vyskytovala v rozmezí od 0,3 % do 4,6 % u žen a od 0,1 % do 1,3 % u mužů (Galmiche et al., 2019). 33 studií, z nichž vysoký podíl zahrnoval asijské výzkumy, zaznamenalo celkovou celoživotní prevalenci 0,63 % u BN. V západních zemích byla celoživotní prevalence mentální bulimie 7,3krát vyšší než v asijských zemích (Qian et al., 2022). Při užití pouze kritérií DSM-5 vzrostla celková celoživotní prevalence až na 1,4 %, což lze vysvětlit nižší požadovanou frekvencí záchvatovitého přejídání a kompenzačního chování

u DSM-5 ve srovnání s DSM-IV. Výzkum orientovaný na dospívající dívky stanovil celoživotní prevalenci mentální bulimie na 2,6 % a nejvíce rizikový věk pro rozvoj nemoci byl v 16 až 20 letech. Novější studie zkoumající prevalenci mentální bulimie, která je definována podle kritérií DSM-5, identifikovaly celoživotní prevalenci u žen kolem 2,3 % (rozmezí 2,1 % až 2,6 %). U mužů se celoživotní prevalence se pohybovala mezi 0,1 % a 1,2 % (Van Eeden et al., 2021). Průzkum ze školního prostředí provedený v České republice se zabýval prevalencí mentální bulimie u dospívajících ve věku od 12 do 17 let. Tříměsíční prevalence byla vyšší u dívek 11,4 % oproti chlapcům 3,8 % (Larsen et al., 2020).

2.3. Incidence a prevalence psychogenního přejídání

Nejrozšířenější PPP v populaci je psychogenní přejídání (Lalonde-Bester et al., 2024). Dvě studie zkoumající mladé ženy ve věku 10 až 24 let uvedly incidenci v rozmezí 35-343 případů na 100 000 osoboroků (Giel et al., 2022).

Po analýze vybraných výzkumů činila celoživotní prevalence záchvatového přejídání u žen 0,6 % až 5,8 % a u mužů 0,3 % až 2,0 % (Galmiche et al., 2019). Světový průzkum duševního zdraví poskytl první populační odhady prevalence záchvatového přejídání mezi dospělými v různých zemích a zjistil, že se prevalence v jednotlivých regionech značně odlišuje. Například celková celoživotní prevalence psychogenního přejídání dosáhla v Brazílii 4,7 %, v Portugalsku 2,4 %, na Novém Zélandu 1,9 %, v Mexiku 1,6 %, v Belgii 1,2 %, ve Španělsku 0,8 %, ve Francii 0,7 % a v Německu 0,5 %. Metaanalýza studií před rokem 2018 odhadla průměrnou prevalenci psychogenního přejídání u dospělých podle kritérií DSM-5 na 1,3 % (0,6 % až 2,3 %), u mužů 0,3 % a u žen 1,5 %. Novější metodologicky přesné populační výzkumy po této metaanalýze však dospěly k velmi odlišným odhadům prevalence: 0,2 % až 3,6 % u žen a 0,03 % až 1,2 % u mužů. Nejvyšší prevalence záchvatového přejídání byla zjištěna u adolescentních dívek v rozmezí 1,8 % až 3,6 %. U chlapců byla prevalence nižší a dosahovala 0,2 % až 1,2 % (Giel et al., 2022). Studie dospívajících dívek do 20 let věku stanovila celoživotní prevalenci psychogenního přejídání na 3,0 % a nejrizikovější věk vzniku poruchy v 18 až 20 letech (Van Eeden et al., 2021). Další studie odhadují, že psychogenním přejídáním trpí 1 % až 4 % dospělých a 1 % až 2 % dospívajících a dětí (Lalonde-Bester et al., 2024).

3. Etiologie poruch příjmu potravy

Příčiny vzniku PPP jsou multifaktoriální a přítomnost a souhra rizikových faktorů zvyšují pravděpodobnost rozvoje nemoci. Jde o koexistenci biologických, genetických, psychologických, emocionálních faktorů, životních událostí, rodinných a sociokulturních faktorů. Dalšími rizikovými činiteli jsou interakce v dětství a rané adolescenci, osobnostní předpoklady a komorbidita duševního zdraví, gastrointestinální mikrobiom a vrcholový sport. Problém poruch příjmu potravy je velmi diferencovaný a dynamický, nelze ho vysvětlit jednoduchou odpovědí a téměř vždy se jedná souhru několika vlivů. Pochopení souvislostí, které činí jedince náchylnější k rozvoji PPP, je zásadní pro řešení jejich rozšířenosti (Barakat et al., 2023; Pipová et al., 2020).

Odborná literatura nejčastěji člení determinanty ovlivňující vznik PPP na biologické, psychologické a sociální. Můžeme se setkat dokonce s rozdělením faktorů na individuální, sociokulturní a rodinné. Odhalit počátek anebo pravou příčinu rozvoje poruchy je velmi obtížné, i přesto, že známe zmíněné podmiňující činitele. Jestliže by PPP měly specifickou a jasně identifikovatelnou příčinu, její eliminování by vedlo k automatickému vyléčení nemoci (Procházková & Sladká-Ševčíková, 2017). V diplomové práci bude respektován bio-psycho-sociální model etiologie poruch příjmu potravy, ze kterého vychází čeští odborníci na problematiku psychiatrických poruch, jako František David Krch a Hana Papežová.

3.1. Faktory biologické

Nejvíce rizikovými biologickými faktory jsou ženské pohlaví a typické období pro rozvoj PPP, kterým je dospívání a pubertální věk (Pipová et al., 2020).

3.1.1. Pohlaví

Je prokázán relativně větší výskyt PPP u žen, přičemž poměr výskytu poruch příjmu potravy mezi muži a ženami je přibližně 1:10 (Murray, 2017). Ženy v porovnání s muži mají biologický předpoklad pro zvýšené riziko rozvoje PPP. Ženy mají oproti mužům větší podíl tukové tkáně, což může vést k obavám o tělesnou hmotnost a k nespokojenosti s vlastním tělem. Zvýšený tlak na vzhled a hmotnost ženy je dalším psychosociálním vlivem, který přispívá k nezdravým dietním praktikám a podporuje vznik PPP (Culbert et al., 2021).

Kromě vlivu biologického pohlaví má i role genderu dopad na divergenci psychopatologie poruch příjmu potravy. Ztotožňování se s ženskou genderovou rolí se vztahuje k touze po hubené postavě a psychopatologii poruch příjmu potravy zaměřených na dosažení štíhlosti, zatímco extrémní podpora mužských genderových rolí může být spojena s psychopatií poruch příjmu potravy orientovanou na svalnatost a nabírání svalové hmoty (Murray, 2017).

Muži příbuzní s osobami s PPP jsou v pozdní adolescenci náchylnější k rozvoji PPP. A pokud má muž dvojče ženu s PPP, má vyšší pravděpodobnost propuknutí nemoci (Patel & Preedy, 2023).

3.1.2. Věk a hormonální vlivy

Vrcholným obdobím pro rozvoj PPP je adolescence a raná dospělost. Mentální anorexie se nejčastěji rozvíjí v rozmezí mezi 16 až 22 lety a mentální bulimie se rozvíjí dříve v rozpětí mezi 14 až 22 lety (Rohde et al., 2017). Vyšší riziko pro vznik PPP jak u žen, tak u mužů je v období puberty. Výzkumy naznačují, že na vzniku poruch příjmu potravy se podílí zvýšená produkce pohlavních hormonů během puberty, zejména estrogenů. Se zvýšeným rizikem vzniku PPP u mladých žen i mužů je silně spjat brzký nástup puberty. S dřívějším počátkem menarche zažívají dívky změny tělesných tvarů časněji ve srovnání s vrstevníky, což může vést ke zvýšené nespokojenosti s postavou a následným rozvojem PPP. Tělesné změny v období puberty mají na ženy v porovnání s muži silnější dopad.

Změny tělesných tvarů vzdalují ženy od ideálu štíhlosti, zatímco změny u mužů je přibližují k ideálům svalnatosti (Barakat et al., 2023).

Ženský pohlavní hormon estrogen je jedním z rizikových faktorů způsobujících rozvoj PPP, kdežto mužský pohlavní hormon testosteron je protektivním faktorem proti vzniku poruch příjmu potravy, což může být důvodem nižšího výskytu PPP u mužů než u žen. U mužů zůstává riziko propuknutí PPP stejné před pubertou i po nástupu puberty, ale u žen se nebezpečí rozvoje poruch zvyšuje z 0 % na 50 %. Proto má hladina estrogenu významnou roli při rozvoji onemocnění (Patel & Preedy, 2023).

3.2. Faktory psychologické

Významnou úlohu v intenzitě projevů a nebezpečí relapsu PPP mají osobnostní rysy, jako perfekcionismus, úzkost a obsedantně-kompulzivní porucha. Výzkumy zjistily, že jedinci s PPP mají zvýšenou úroveň perfekcionismu (vytváření si příliš vysokých nároků na výkon, které je doprovázeno nadměrně kritickým sebehodnocením), neuroticismu (náchylnost k negativním stavům, jako je podrážděnost, hněv, úzkost, emoční nestabilita, sebeobviňování a deprese), impulzivity (při prožívání silných negativních emocí sklon k impulzivnímu chování), kompulzivity (tendence k přehnanému kontrolovanému jednání) a introverze (Barakat et al., 2023).

3.2.1. Perfekcionismus

U dětí a dospívajících, které vykazují vyšší míru perfekcionismu, se vyskytují častěji symptomy PPP. Perfekcionismus je vícedimenzionální konstrukt spočívající ve stanovení si vysokých osobních nároků a cílů pro dosažení úspěchu a přehnaný strach ze selhání a chyb. Perfekcionistické cíle i obavy jsou pozitivně spojeny s výskytem poruch příjmu potravy. Studie poukazují, že perfekcionismus je prediktivní faktor poruch příjmu potravy u dospívajících a dětí (Bills et al., 2023). U pacientů s PPP se perfekcionistické strachy obvykle projevují ve formě přehnaných obav z přibírání hmotnosti nebo z přejídání. Nesplnění vlastních přísných podmínek ohledně stravování, tělesného tvaru a hmotnosti má za následek obviňování a pocit obrovského selhání. Následuje stanovení nových a přísnějších cílů souvisejících s kontrolou hmotnosti a jídla. Dochází k udržování a prohlubování PPP. Proto je perfekcionismus vnímán jako silný rizikový a udržující faktor poruch příjmu potravy (Stackpole et al., 2023).

3.2.2. Nízké sebevědomí

Nízké sebevědomí vykazuje většina pacientů s PPP. Definicí nízkého sebevědomí je přetrvávající a bezpodmínečný negativní pohled na vlastní hodnotu, který je dlouhodobý, do jisté míry nezávislý na aktuálních okolnostech a není vysvětlitelný přítomností klinické deprese. Jedinci s jádrově nízkým sebevědomím se domnívají, že jako osoba mají mizivou anebo žádnou hodnotu a sami sebe považují za neúspěšné, méně užitečné, bezcenné, hloupé a nehodné lásky. Pokud nízké sebevědomí koexistuje s psychopatologií PPP, zabraňuje změně tím, že se pacienti kvůli nízkému sebevědomí usilovně věnují kontrole své hmotnosti, postavy a konzumované potravy, aby utišili svůj pocit bezcennosti, a že nemocní nevidí

žádné nebo jen minimální vyhlídky na uzdravení v důsledku všudypřítomné povahy jejich negativního pohledu na sebe sama (Dalle Grave et al., 2021).

Studie potvrzují, že nízké sebevědomí je rizikovým faktorem pro náchylnost k PPP, protože jedinci s nízkým sebevědomím jsou zranitelnější a citlivější. Poklesem sebevědomí lze predikovat nespokojenost s vlastním tělem, omezené stravování a záchvatovité přejídání. Lidé s PPP jsou motivováni nízkým sebevědomím k dosažení požadovaných cílů v oblasti váhy a tělesných tvarů se záměrem posílit spokojenost se svým vzhledem (Krauss et al., 2023).

3.2.3. Emoční nesnášenlivost

Pacienty s PPP výrazně ovlivňují události související se změnami nálady. A jestliže je jedinec přesvědčen, že nedokáže své emoce ovládat, může se intenzita emocí dále stupňovat. Pacienti mají problém zvaný jako intolerance nálady, který udržuje PPP a zasahuje do léčby. Základní charakteristikou emoční nesnášenlivosti je extrémní citlivost na averzivní negativní stavy nálady vyznačující se neschopností je přijmout a adekvátně se s nimi vyrovnat. Zároveň jedinec využívá dysfunkčního chování k regulaci nálady s cílem snížit povědomí o intenzivním stavu nálady a neutralizovat jej, což je spojeno s osobními následky. U jedinců s PPP se dysfunkční chování upravující regulující náladu může projevat ve formě sebepoškozování anebo užíváním psychoaktivních látek (například alkohol, jiné látky). Navíc pacienti s poruchou příjmu potravy a nesnášenlivostí emocí mnohdy zjistí, že určité chování spojené s PPP mohou využívat ke zvládnutí svých emocí. Excesivní cvičení, navozené zvracení a záchvatovité přejídání se mohou stát pravidelnými nástroji pro úpravu emocí. Proto je intolerance nálady silným mechanismem udržující psychopatologii poruchy příjmu potravy (Dalle Grave et al., 2021; Patel & Preedy, 2023).

3.2.4. Obsedantně kompulzivní porucha

Charakteristikou obsedantně kompulzivní poruchy je zpravidla chronický, časově náročný a zároveň epizodický průběh, který je doprovázený obsesemi a kompulzemi. OCD se typicky vyskytuje současně s dalšími psychiatrickými poruchami, například s poruchami příjmu potravy, depresemi, úzkostnými poruchami. Pacienti s PPP mají 8,9krát vyšší riziko OCD (Patel & Preedy, 2023).

Společné symptomy PPP a obsedantně kompulzivní poruchy se navzájem udržují. Pacienti s PPP prožívají obsese vztahující se k jídlu a postavě a jsou motivováni provádět kompulzivní chování (purgativní kompenzační chování, intenzivní cvičení) (Vanzhula et al., 2021). Jedinci s poruchou příjmu potravy ve většině případů dodržují obsedantní a kompulzivní stravovací rituály anebo excesivní cvičení, proto někdy může diagnóza OCD bránit rozpoznání PPP. U pacientů s obsedantně kompulzivní poruchou koexistující s PPP byly rozpoznány rysy, jako příliš dlouhé žvýkání, přepočítávání soust, krájení jídla na geometrické obrazce a na extrémně malé kousky. OCD a PPP by neměly být zaměňovány, aby byla nastavená vhodná léčba obou poruch (Dalle Grave et al., 2021).

3.3. Faktory sociální

Společnost formuje určité kulturní ideály ženské krásy, které jsou často nerealistické. U ženy, která nevyhovuje společenským normám, mohou normativní vlivy a sociokulturní pohledy rozvinout poruchy vnímání vlastního těla a poruchy příjmu potravy (Zanella & Lee, 2022).

Snadná dostupnost kalorických jídel a kultura štíhlosti představují rozpor, který přispívá k nárůstu poruch příjmu potravy. Společnost klade důraz na štíhlost, zatímco je snadný přístup k chutným kalorickým potravinám. Diety jsou běžnou aktivitou a vzor normálního stravování. Navíc je dietní průmysl velmi výnosný a dietní trendy jsou do značné míry komerčně motivované. Neustálé počítání kalorií a zabývání se jídlem může přerůst v posedlost a propuknutí PPP. Běžná populace, kvůli dietním komerčním varováním, ztrácí pojetí normálního stravování. Normální stravovací režim je schopnost jíst přirozeně dle svého hladu a preferencí, je flexibilní, mění se s dostupností jídla a pocity a většinou představuje tři hlavní jídla denně (Pipová et al., 2020).

Níže se bude diplomová práce věnovat působení rodiny, sociálních sítí a mediálního obsahu na rozvoj PPP.

4. Role rodinného prostředí v rozvoji poruch příjmu potravy

Rodina představuje první významnou sociální skupinu, ve které si dítě osvojuje vzorce chování, hodnoty a postoje k vlastnímu tělu. Pozitivní, podporující rodinné prostředí může snížit riziko vzniku poruch příjmu potravy, zatímco nezdravé rodinné vztahy, negativní komentáře k váze dítěte, postoje rodičů ke kontrole hmotnosti mohou vést k nespokojenosti se vzhledem a poruchám příjmu potravy. Prevence tak začíná u rodičů a jejich přístupu (Procházková & Sladká-Ševčíková, 2017).

Při rozvoji poruch příjmu potravy hraje rodina významnou roli zejména při formování představ o kráse, vlastním těle a úspěchu, při utváření pohybových a stravovacích návyků, životního stylu a v neposlední řadě při konstrukci představ o nutné míře spoluúčasti při tvoření vlastního osudu a řešení problémů (Krech, 2008). Výzkumy upozorňují na vliv rodiny při vzniku a udržování PPP. Studie dospívajících ve věku 14 až 18 let v USA uvádí, že silná rodinná soudržnost a vzájemná opora v rámci rodiny představuje ochranný faktor proti rozvoji PPP u adolescentů s nadváhou. Studie z Kanady potvrzuje, že v rodinách s dobrým fungováním je nižší pravděpodobnost výskytu poruch příjmu potravy. Jiné výzkumy z Itálie a USA prokázaly, že problémy v celkovém fungování rodiny, konflikty a nižší míra spolupráce mezi členy rodiny a častější deprese jsou v rodinách dívek s poruchami příjmu potravy, obzvláště s mentální anorexií (Errii et al., 2020).

Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) je adolescence fáze mezi 10. a 19. rokem života. Dospívání je obdobím rychlého kognitivního, emocionálního a fyzického vývoje, jenž ovlivňuje myšlení, pocity, rozhodování a interakce s okolím dospívajícího.

Právě v období vývoje se utvářejí základy pro vzorce chování, které mohou pokračovat i v dospělosti, za zmínku stojí utváření jídelních návyků. Primární vychovatelé a rodiče jsou klíčovými sociálně environmentálními činiteli a iniciátory, kteří působí na chování u dospívajících a dětí, na sebehodnocení v oblasti zdraví, na sebeúctu a úzkost. Hodnota názoru rodičů, jakožto vztahu významného pro mladistvého, ovlivňuje kvalitu rodinných vztahů i jejich postavení jako vzorů v životě dospívajícího. Bylo zjištěno, že odmítání ze strany rodičů je spojeno s psychickým strádáním, emočním přejídáním a úzkostí v pozdějším dospělém životě. Opakující se behaviorální prožitky v dospívání mohou přispívat ke stravovacím poruchám v dospělosti a vytvářet zátěž pro jedince, komunitu i jeho rodinný systém (Dahill et al., 2021).

V sociokulturních modelech poruch příjmu potravy jsou členové rodiny považováni za důležité aspekty sociálního vlivu na postoje a chování mladých lidí v oblasti stravování, především prostřednictvím tlaku na vzhled. Působení rodiny a kultury poskytuje nejčastější kontext, ve kterém se rozvíjí poruchy příjmu potravy. Obzvláště v rodině dochází k vytváření body image. Interakce a nátlaky rodiny, související s tělesným tvarem nebo se vzhledem, mohou být různého charakteru (poznámky zaměřené na stravování, postavu, tělesnou hmotnost, povzbuzování k dietě, škádlení v souvislosti s váhou) a zdroje (sourozenci, rodiče). Interakce mohou přikládat nadměrnou důležitost vzhledu, tvaru postavy a tělesné hmotnosti a vést tak k internalizaci ideálu štíhlosti. Při rozvoji poruchy spočívá hlavní úloha rodiny v povzbuzování nemoci. Členové rodiny obdivují štíhlost jedince a závidí mu disciplínu a sebekázeň. Navenek zdánlivá podpora často trvá až do doby, kdy se pacient stává extrémně vyhublý. Rodinná dynamika nejen udržuje poruchy příjmu potravy, ale dokonce podporuje jejich rozvoj. Většina výzkumů zaměřených na sledování těchto vlivů u dospívajících ukázala, že jsou problematické pro poruchy příjmu potravy (Novák, 2010; White et al., 2023).

Rodinná dynamika je sledována jako možný faktor etiologie a udržování poruch příjmu potravy. Patologická rodinná struktura je charakterizována specifickými interakčními vzorci, jako je špatná schopnost řešit konflikty a vyhýbání se konfliktům, nadměrná ochrana rodičů a rigidita. Rodinné vzorce jsou považovány za příčinu vzniku PPP. Intenzita a komplexní povaha nemoci se výrazně promítá do rodinného života, ovlivňuje rodinné vztahy, osobní život členů a každodenní dynamiku rodiny (Maon et al., 2020).

4.1. Rodiče

Rodiče jsou rozhodujícím faktorem spojeným se stravováním v domácím prostředí a hmotností jedinců a v období dospívání zastávají velmi důležitou roli. Vliv rodičů se projevuje prostřednictvím modelování stravovacího chování, zájmu o tělesný vzhled a formou přímých komentářů spojených s hmotností, tělesným vzhledem a se stravováním. Uvedené mechanismy mají silný dopad na narušené stravování (West et al., 2023; White et al., 2023).

Na volbu postupů směřujících ke změně těla u adolescentních dívek a chlapců mají vliv oba rodiče. Matka spíše ovlivňuje praktiky k redukci hmotnosti, kdežto otec má vliv

na postupy zaměřené na budování svalové hmoty. Rodiče jedinců s poruchou příjmu potravy mnohdy mívají nadměrný zájem o diety, cvičení, krásu a vzhled. Matka, která negativně formuje postoje dítěte tím, že ho krmí nepravidelně, domnívá se, že její dítě by mělo zhubnout, je perfekcionistická, náročná, orientovaná na kariéru, výkon, je necitlivá, žárlivá a sama trpí poruchami příjmu potravy, má značný význam při rozvoji těchto poruch. Otec dítěte bývá většinou popisován jako přísný, autoritativní, nezúčastněný nebo se dokonce dopouští zneužívání. Rodiče obvykle očekávají příliš mnoho alespoň od jednoho ze svých dětí a jedinec nepocituje, že je přijímán jako individuum s vlastními právy, ale především jako někdo, kdo by mohl uspokojit životní očekávání rodičů. Rodiče pacienta s PPP prezentují své dítě jako dokonalé, jsou na něj patřičně hrdí a výchovu dítěte představují jako lepší, než je výchova jiných rodičů. Neočekávané propuknutí onemocnění občas vyvolává u rodičů tendence k ráznému nepřijetí nemoci u dítěte s argumentem na dosavadní rodinnou spokojenost, což je ukázkou vnímání dítěte v souladu s ideálem (Novák, 2010).

Prostřednictvím výchovných postupů ovlivňují rodiče stravovací návyky svých dětí, což zahrnuje chování, které cílí na to, co, kdy a jak dítě jí. Rodiče, kteří se sami vyrovnávají s problematickým vztahem k jídlu, mohou být obzvláště znepokojeni příjmem stravy a stravovacím chováním svého dítěte. Rodiče, kteří mají narušené stravovací návyky nebo se potýkají s poruchami příjmu potravy, častěji používají donucovací metody výchovy ve stravování, což může být spojeno s vývojem nepříznivých stravovacích vzorců u jejich dětí (Loth et al., 2024).

Studie adolescentů ve věku 13 až 15 let ve Spojeném království uvádí, že intenzivní vnímaný tlak na jídlo ze strany rodičů vede k nezdravému vztahu k jídlu a také nižší míra rodičovské odpovědnosti a nedostatečný dohled na stravovací režim může přispívat k nezdravým stravovacím návykům. Důležitá je rovnováha a přiměřený přístup ze strany rodičů (Erriu et al., 2020). Výzkumy zjistily, že kontrolní praktiky rodičů ve stravování, jako jsou restriktivní stravovací praktiky a metody nátlaku na jídlo, jsou spojeny se zvýšeným výskytem poruch příjmu potravy u dospívajících. Studie opakovaně prokázaly, že obavy rodičů ohledně hmotnosti a popichování a interakce týkající se váhy, je spojena se zvýšeným rizikem záchvatovitého přejídání u dospívajících (West et al., 2023).

4.2. Sourozenci

Je zřejmé, že sourozenecký vztah trvá déle než jakýkoli jiný vztah v životě a sehrává zásadní roli v rozhodování a v psychosociálním vývoji dospívajících a dětí. Sourozenci jsou důležitými sociálními činiteli ve spotřebitelské socializaci dětí a dospívajících a významně ovlivňují jejich konzumní chování. Sourozenci jsou stavebními jednotkami rodinné struktury a klíčovými postavami rodinné dynamiky. Mají přímý vliv na vzájemný vývoj a plní funkci sociálních partnerů, opory a vzorů. Na sourozence je relevantní nahlížet jako na sociální činitele na úrovni mikrosystému, kteří se mohou významně podílet na výběru potravin a stravovacích návycích dospívajících a dětí. Je prokázána pozitivní souvislost mezi vnímaným zapojením do stravování nebo povzbuzováním ze strany sourozenců a kvalitou, rozmanitostí a vyvážeností stravy u dospívajících. Proto záleží na působení sourozenců na stravovací vzorce dospívajících a dětí (Ragelienė & Grønhøj, 2020).

Poruchy příjmu potravy mají taktéž dopad na vztahy sourozenců. Pokud jedinec trpí poruchami příjmu potravy, má to významný účinek na jeho sourozence, jako je sociální izolace, snížení kvality života a zvýšená rodinná zátěž. Sourozenci jedinců s PPP jsou vystaveni významné emoční zátěži, jako je vina, smutek, strach a také vývojovému a emočnímu poškození. Studie zjistily, že sourozenci mají zvýšenou úroveň psychopatologie a symptomů souvisejících s PPP. Neustálý stres a zátěž, společně s patogenním prostředím, které sourozenci sdílejí, může sloužit jako katalyzátor rozvoje těchto poruch. Sourozenci pacientů s poruchami příjmu potravy jsou vystaveni riziku duševních chorob, především PPP. Sourozenecké vztahy se v souvislosti s danou poruchou významně mění. Sourozenci, kteří netrpí poruchami příjmu potravy popisují, že se jejich vztahy oslabily, zdráhá se komunikace, zvýšilo se napětí a konflikty. Sourozenci jedinců s poruchami příjmu potravy často mívají dvojí roli, v níž jsou jak podporovateli nemocných sourozenců, tak spolupracovníky starostlivých rodičů. Usilují najít rovnováhu mezi ochranou svých sourozenců, udržováním jejich tajemství, spoluprací s nimi a shromažďováním informací o jejich stravovacích návycích pro účely kontroly rodičů. Naopak studie zjistily i pozitivní aspekty u sourozenců jedince s poruchami příjmu potravy. Někteří sourozenci pacientů si vytvořili pozitivnější vztah k jídlu a svému tělu a mají negativní vztah k dietám, stali se empatičtějšími vůči psychickým obtížím a zažívají silnější a bližší vztahy se svými sourozenci (Maon et al., 2020).

4.3. Stravovací návyky

Potrava je spojována s komfortem, bezpečím a láskou. Již v raném věku je jídlo využíváno jako uklidňovací nástroj. Procesem krmení dítě poznává, jak matka reaguje na jeho žádost o jídlo, rozvíjí kontakt a upevňuje emocionální pouto. Vztah se dále prohlubuje, když matka svou lásku vyjadřuje prostřednictvím sladkostí. Jedinec se tak učí stravovacím návykům v rodině a kvůli těm nesprávným může bojovat s jídlem, nadváhou anebo naopak s nízkou tělesnou hmotností po celý život (Pipová et al., 2020).

Stravovací návyky se odlišují v jednotlivých zemích světa, v každé rodině a kultuře. V naší společnosti se vyskytují nezdravé zvyklosti, jako je stravování za pochodu, ve stresu, nepravidelný příjem potravin (nahrazování snídaně kávou nebo její vynechávání, hladovění přes den a přejídání na večer), nekvalitní nápoje a potraviny (sladké nápoje, tučná jídla, fast foody, nadměrné množství soli a zvýrazňovačů chuti), přijímání nevhodné stravy během sledování televize nebo sezení u počítače. Pudový instinkt potravy je ovlivněn psychosociálně. Jídlo plní úlohu potěšení, jako odměna za úspěch, splněný úkol a také při stresu a frustraci může nahrazovat nedostupnou slast. Potrava může sloužit k vyrovnávání nenaplněného uspokojení v sociálních vztazích, při neúspěchu či nedostatku lásky. Napomáhá vyrovnávat emocionální výkyvy a zvládat zátěž. Touha po nasycení má vedle sebezáchovy i sociální a psychologické hledisko (například sociokulturní rozměr, jenž se projevuje na pracovních a společenských večírcích, při rodinných oslavách a společném stravování). Jídlo může být využito jako únik před samotou, odměna i jako způsob komunikace. Na stravovací návyky dětí působí nejen prostředí a příklady rodičů, ale také životní události jako narození sourozence, stěhování, rozvod rodičů či traumatické příhody,

jež zahrnují vážné onemocnění, úmrtí blízké osoby. Další faktory jsou jídelní zvyklosti širší rodiny, ekonomická situace a životní styl (venkovský proti městskému životu). Podstatnou úlohu mají i pocity při jídle, zvláště atmosféra u rodinného stolu, která je radostná a bezpečná nebo plná napětí a konfliktů, včetně kritiky nebo trestání dítěte za jídlo (Pipová et al., 2020).

Stravovací návyky mají zásadní význam pro zdraví a pohodu dětí a ovlivňují jejich psychický, emocionální a fyzický vývoj. Klíčovou úlohu má postoj matky v kojeneckém věku. Pokud matka není schopna empaticky reagovat na emoční potřeby dítěte, je výrazně ovlivněn jeho vztah ke stravování, což může potencionálně způsobit, že se dítě obrací k jídlu jako k nástroji pro regulaci emocí, čímž se stírají hranice mezi fyzickými a emočními potřebami. Jídlo poskytuje útěchu v podobě chutných a vysoce kalorických potravin během náročných období. Časem může dané chování upevňovat nezdravé stravovací návyky. Kromě toho mohou emocionální prožitky dítěte působit na jeho vnímání sytosti a hladu, což narušuje výběr potravin a stravovací návyky. Negativní a pozitivní emoce ve velké míře určují výběr potravin a stravovací chování, zejména u dětí. Negativní emoce jako smutek, stres a úzkost jsou spojeny s nezdravými stravovacími návyky, jako je záchvatovité přejídání, emoční přejídání a konzumace energeticky vydatných a nutričně nevyživných potravin. Naproti tomu vliv pozitivních emocí, například spokojenost, štěstí, je spojen se zdravějšími stravovacími návyky, jako je vyšší konzumace zeleniny, ovoce a vyvážený jídelníček. Emoce působí na stravovací návyky dětí, a to má zásadní význam na vztah mezi duševním a fyzickým zdravím. Proto jsou děti vystaveny vyššímu riziku rozvoje poruch příjmu potravy (Abdoli et al., 2023).

Zájem rodičů o hmotnost a kontrolní stravovací praktiky se vyskytují v domácnostech, které zažívají nedostatek potravin. Zmíněné faktory mohou zintenzivňovat souvislost mezi nedostatkem potravin a narušeným stravovacím chováním tím, že kladou zvýšený důraz na hmotnost a jídlo. Tudiž, nedostatek potravin může posílit tlak na dodržování ideálů ohledně tělesné hmotnosti a stravování, což může dále ovlivnit stravovací chování a vnímání těla u mladých lidí. Naopak poruchy příjmu potravy a spojitost mezi nedostatkem potravin může být zmírněna prostřednictvím dalších vlivů v domácím prostředí. Výzkumy ukázaly, že pravidelné společné stravování rodiny chrání před rozvojem záchvatovitého přejídání a nezdravými stravovacími vzorci, a že rodiny s nedostatkem potravin měly nižší pravděpodobnost pravidelného společného stolování. Další studie naznačují, že silné rodinné vztahy, komunikace a celkové fungování rodiny jsou spojeny se sníženým rizikem poruch stravování. V souvislosti s potravinovou nejistotou mohou protektivní rodinné činitele přispět k ochraně před negativními účinky potravinové nejistoty na stravovací chování tím, že podporují odolnost v rámci rodiny, což může pomoci minimalizovat škodlivé dopady potravinové nejistoty (West et al., 2023).

5. Sociální síť v souvislosti s poruchami příjmu potravy

Sociální síť umožňuje sdílení a interakci fotografií, videí, myšlenek, hudby anebo komentování na internetových fórech (například Facebook), mikroblování (například Twitter) a zveřejňování videí či fotografií (YouTube, Instagram, Tik Tok). Jedinci anebo

skupiny lidí mohou komunikovat v reálném čase prostřednictvím videohovoru, textových zpráv s pomocí internetového připojení odkudkoliv. YouTube, Instagram a Snapchat byly v roce 2018 nejoblíbenější sociální sítě užívané adolescenty ve věku 13 až 17 let. Novější studie zjistily, že 95 % dospívajících ve věku 13 až 17 let vlastní chytrý telefon a 85 % používá YouTube, 72 % Instagram, 69 % Snapchat a 51 % Facebook. Vytváření obsahu uživateli na sociálních sítích během dospívání umožňuje utvářet identitu, rozvíjet autonomii, navozovat a budovat mezilidské vztahy, což je typické pro dospívání (Chung et al., 2021).

Mobilní sociální aplikace mají celosvětový dosah, rozsáhlé využití a zapojení. Proto mohou být používány k informování, ovlivňování a přesvědčování. Studie z roku 2019 v Turecku uvedla, že 100 % středoškoláků mělo účet na sociálních sítích a 88 % vlastnilo chytrý telefon (Chung et al., 2021).

Používání sociálních sítí je úzce spojeno s PPP u dospívajících a mladých dospělých, protože podporují sociální porovnávání. Podle teorie sociálního srovnávání jedinci hodnotí své vlastní schopnosti a názory porovnáváním se s ostatními. Fenomémem sociálních sítí je sklon porovnávat svůj vzhled, hmotnost a tělesné tvary s prezentovanými ideály. Výzkumy zjistily, že každodenní strávený čas na Facebooku souvisí s neuspořádaným stravovacím chováním a nespokojeností s vlastním tělem mezi studenty. Jiný průzkum zjistil podobné výsledky při používání Instagramu. Studie poukazují na celkový čas strávený na platformách sociálních sítí související se zvýšeným dietním chováním, sledováním vlastního těla a nespokojeností s postavou u prepubertálních dívek (Thompson et al., 2023).

Jiné výzkumy zjišťovaly, který aspekt sociálních sítí může být pro poruchy příjmu potravy nejškodlivější. Obzvláště problematické jsou sociální sítě používající fotografie, s kterými lze libovolně manipulovat a upravovat podle vizuálních preferencí autora, přičemž často bývají upřednostňovány ideály štíhlého vzhledu. Vysoce vizuální platformy sociálních sítí zaměřené a postavené na fotografiích, jako Instagram nebo Snapchat, jsou silněji provázány s nespokojeností s vlastní postavou v porovnání s textovými platformami (Thompson et al., 2023).

S příchodem sociálních sítí stoupl nárůst výskytu poruch příjmu potravy, proto je používání sociálních sítí rizikovým faktorem pro vznik PPP. Rozsáhlost a intenzita užívání sociálních sítí mezi dospívajícími lidmi je velmi vysoká, což je nově vznikající celosvětový problém veřejného zdraví (Dane & Bhatia, 2023).

5.1. Sociální sítě a ideál krásy

Představu o vlastním těle neboli body image lze definovat jako stanovisko k vlastnímu tělesnému vzhledu zahrnující kognitivní, hodnotící a behaviorální prvky. Negativní hodnocení tělesného obrazu a nesoulad mezi skutečným a ideálním tělem vede k nespokojenosti s vlastním tělem. Nespokojenost s vlastní postavou je rizikovým faktorem pro vznik příznaků poruch příjmu potravy. Etiologickým podnětem nespokojenosti s vlastním tělem je opakované vystavování ideálům krásy (Delgado-Rodríguez et al., 2022).

V dnešní době jsou sociální sítě orientované na vzhled, což může negativně ovlivňovat stravovací návyky a vnímání tělesného obrazu. Uživatelé sociálních sítí jsou vystaveni nejideálnějším a nejatraktivnějším fotografiím postavy, a zároveň sami takové fotky sdílejí. Vysoká dostupnost a užívání sociálních sítí může vést k závislosti na sociálních sítích, což může mít negativní dopad na psychickou pohodu anebo společenské aktivity, práci, studium. Příznaky závislosti na sociálních sítích trpí jedinci, kteří se častěji připojují a sledují sociální sítě zaměřené na vzhled. Závislost na sociálních sítích souvisí také s touhou po štíhlejší postavě a používáním metod ke změně tělesných tvarů, negativním hodnocením vlastního těla, neuspořádaným stravovacím chováním a nižší sebeúctou (Delgado-Rodríguez et al., 2022).

Uživatelé sociálních sítí mohou určovat, jak jejich život vnímají ostatní, jakým obsahem se budou zabývat, koho budou sledovat, a naopak co zatají. Používáním nástrojů pro editaci a filtrů mohou jedinci měnit svou identitu, což může zkreslit anebo výrazně pozměnit jejich skutečný vzhled. Mladí lidé jsou vystavováni neustále se měnícím společenským ideálům vytouženého vzhledu, přičemž dokonalost je mnohdy nedosažitelným cílem (Dane & Bhatia, 2023).

Vzhled a ideál krásy jsou zdůrazňovány na mnoha populárních webových stránkách pro mládež. Dospívající považují virtuální komunitu za hlavní součást online identity. A bohužel je to také aspekt, na který velmi často cílí kyberšikana. Důraz na štíhlost na internetových stránkách bývá prezentována jako životní volba, nikoli závažná forma PPP (Patel & Preedy, 2023).

5.2. Internetové stránky propagující poruchy příjmu potravy

Na internetových stránkách existují komunity podporující poruchy příjmu potravy. Webové stránky pro-ana (podporující mentální anorexii) a pro-mia (podporující mentální bulimii) jsou virtuálním prostorem, ve kterém si dospívající mohou vyměňovat názory na svůj tělesný vzhled a postavu. Teenageři používají sociální sítě k diskusi o svém těle a vyměňují si rady ohledně hubnutí, protože snižování hmotnosti se stává v jejich životě důležité. Běžnou praxí mezi dospívajícími, především u adolescentních dívek, je nekontrolované používání internetových stránek propagujících PPP, což představuje riziko rozvoje poruch příjmu potravy (Mento et al., 2021).

Průzkum na Twitteru zkoumající pro-ana účty uvedl, že účty měly vysoký počet sledujících a byly oblíbené, zejména u mladých žen (97,9 %) a adolescentů. Nejpoužívanějšími hashtagy byly: anatips, proana, thinspiration. Účty obsahovaly nebezpečné informace o stravovacích návycích a tělesném vzhledu. Vědecké publikace upozorňují na vysokou pravděpodobnost PPP u členů komunit prosazující PPP (Mento et al., 2021).

6. Vliv mediálního obsahu a poruchy příjmu potravy

Za jeden z faktorů, které mohou přispívat k rozvoji poruch příjmu potravy, jsou označována média. Média prezentují nereálnou představu o kráse, která může především u mladých dívek zapříčinit nespokojenost s vlastním tělem. V posledních desetiletích prezentují média stále útlejší ideál krásy, zatímco průměrný index tělesné hmotnosti u žen za sledované období vzrostl. Mediálně zobrazovaná a skutečná realita se čím dál více rozcházejí. Masmédia také výrazně formují pohled společnosti na problematiku poruch příjmu potravy a na pacienty s PPP (Peter & Brosius, 2021).

Studie dokazují, že sledování televize přispívá k problémům spojeným s jídlem, zvyšuje příjem potravy a podporuje poruchy příjmu potravy. Pozorování reklam anebo pořadů o jídle je spojeno s přejídáním a špatnými stravovacími návyky, především u dětí. Filmy podněcující silné emoce navyšují konzumaci jídla u jedinců, kteří se obvykle v jídle omezují. Například akční filmy s rychlým spádem podporují vyšší konzumaci potravy. Napínavý mediální obsah rozptyluje pozornost od kontroly sněženého jídla a odvádí pozornost od vnímání pocitu nasycení. Sledování televize může u mnoha lidí vyvolat určité vzorce chování spojené s konzumací jídla (například pojídání popcornu při sledování filmů) (Zhou et al., 2017).

Mediálně prosazovaný důraz na štíhlost a vzhled přispívá ke zvyšujícímu se výskytu PPP. Média neúnavně oslavují štíhlé a kostnaté modelky, a zároveň odsuzují obezitu: „Máme řešení, jak zhubnout za týden!“, „Zhubněte po svátcích!“. Televize a časopisy propagují názor, že hubená postava je nejdůležitější stránkou úspěchu a atraktivity. Nadměrný zájem o váhu přechází ve společenskou normu a vzorem se stává vyhublost, nikoli optimální váha. Společensky prezentované trendy servírují nezdravé ideály a nereálné cíle, jež oslabují sebedůvěru. Nedosažitelné cíle pobízí k nespokojenosti s vlastní postavou a povzbuzují její narušené vnímání. Snaha dosáhnout vysněného ideálu může vyústit v PPP. Pokud jedinec zvládne zhubnout, jeho sebevědomí dočasně stoupne, avšak za cenu zdravotních rizik (Procházková & Sladká-Ševčíková, 2017).

Média mohou mít i skrytý a nenápadný vliv na rozvoj PPP. Například televize odvysílá film o mentální anorexii a dospívající dívka se rozhodne vědomě držet hladovky a aplikovat na sobě některé z dietních metod. Jiná dívka viděla televizní scénu, ve které žena po konzumaci potravy úmyslně vyvolala zvracení, aby zabránila přibírání na váze. Dívku praktika natolik zaujala a nadchla, že se jí ještě tentýž den rozhodla vyzkoušet na sobě samé. Dívky však nepovažovaly své chování za problematičké, protože předpokládaly, že televize by nezobrazovala nic pohoršujícího a závadného. Působení médií na chování a postoje jedinců může být umocněno, jestliže jsou hlavní postavy společensky obdivované a fyzicky atraktivní ideály krásy (Novák, 2010).

Masmédia vytvářejí společenský tlak, že pro dosažení úspěchu a společenského uznání je nutné mít dokonalé tělo. U mužů bývá vyzdvižována svalnatá postava a u žen je kladen důraz na štíhlost. Zkreslené a nereálné představy médií mohou podporovat neuspořádané stravovací návyky a ohrožovat zdraví dospívajících (Uchôa et al., 2019).

7. Poruchy příjmu potravy a dopad na zdraví

PPP jsou závažné biopsychosociální onemocnění s rozsáhlými psychiatrickými a zdravotními dopady a mnohdy dlouhotrvajícími zdravotními komplikacemi. Pacienti s PPP jsou ohroženi širokou škálou zdravotních obtíží, avšak dospívající jsou vystaveni riziku nevratných negativních vlivů na vývoj a růst (Downey et al., 2024). U adolescentů se může objevit snížená kostní minerální denzita, atrofie mozku anebo nemusí dosáhnout své finální výšky. PPP mohou poznamenat části těla a orgány, například hltan, ústa a kůži (Rojas-Padilla et al., 2024).

U PPP je běžná psychiatrická komorbidita, například deprese se sebevražednými myšlenkami, úzkostné poruchy, hraniční porucha osobnosti, vyhubávací porucha osobnosti a obsedantně-kompulzivní porucha. Impulzivní chování, mezi něž řadíme agresi, sebepoškozování, užívání alkoholu a drog, kompulzivní chování, jakým je trhání vlasů, poškozování kůže a nutkavé cvičení (Balasundaram & Santhanam, 2023).

7.1. Akutní následky

Akutní komplikace závisí na rychlosti úbytku hmotnosti. Akutní zdravotní potíže:

Hematologické – porucha imunity, anémie;

Kardiovaskulární – arytmie, bradykardie, hypotenze, plicní edém, perikardiální výpotek, srdeční selhání a fibróza myokardu;

Kognitivní dysfunkce s poruchami paměti a soustředění.

Pacienti s PPP mohou mít nedostatek vitaminů, včetně niacinu, thiaminu, vitamínu B6, B12, vitamínu C, D, E, K a kyseliny listové. Dále mohou mít nedostatek zinku, železa, mědi a hořčíku.

Ostatní komplikace – zácpa, pankreatitida, hepatitida, periferní neuropatie, proximální myopatie.

Časté zvracení související s poruchami příjmu potravy může způsobit špatný stav chrupu. U třetiny pacientek s mentální bulimií dochází ke zvětšení příušní žlázy.

Mentální anorexie je komplikována dysregulací hypotalamo-hypofyzární osy zapříčínující hypotalamickou amenoreu (vynechání menstruačního cyklu) a dysregulací hypotalamo-hypofyzárně-adrenální osy způsobující hyperkortizolemii (zvýšenou hladinu kortizolu) a rezistenci na růstový hormon.

Hyponatrémie může být zapříčiněna užíváním diuretik, zvracením a nadměrným příjmem vody. Ve fázi refeedingu je častá hypokalémie. Agresivní nutriční terapie by mohla způsobit syndrom refeedingu vyvolaný hypofosfatémií, který je charakterizován hemolýzou,

rabdomyolýzou, ileem, metabolickou acidózou, hypotenzí, srdečním selháním, arytmiemi, kómatem a náhlou smrtí (Balasundaram & Santhanam, 2023).

7.2. Chronické následky

Chronickými komplikacemi bývá opožděná puberta a může dojít ke zpomalení vývoje a růstu. Snižuje se minerální hustota kostí a zvyšuje se riziko zlomenin. PPP mohou přivodit zdravotní komplikace reprodukčních funkcí. Poruchy příjmu potravy způsobují impotenci u mužů a amenoreu u žen. Jestliže žena s poruchami příjmu potravy otěhotní, je vystavena vyšší pravděpodobnosti porodních komplikací. Záchvatovité přejídání představuje riziko obezity a diabetu 2. typu (Balasundaram & Santhanam, 2023).

8. Nutriční terapie a poruchy příjmu potravy

Léčba poruch příjmu potravy vyžaduje multidisciplinární přístup, aby se u pacientů s PPP maximalizovala šance na uzdravení. Komplexní péče o pacienta zahrnuje dostupnost dietologických, psychologických a lékařských intervencí. Nutriční terapeuti a dietologové posuzují narušené stravovací vzorce, závažnost malnutrice a deficity, které brání dosažení a udržení optimální výživy. Dietologové a nutriční terapeuti spolupracují při tvorbě individuálních plánů nutriční péče, které podporují adekvátní nutriční příjem, eliminují nedostatky ve výživě, vyzdvihují úlohu výživy při zajišťování duševní pohody pacientů, poskytují nutriční vzdělávání s cílem změnit mylné názory na stravování a jídlo. Problematika jídla je ústředním bodem léčby poruch příjmu potravy, což naznačuje, že nutriční péči musí být věnována pozornost souběžně s psychologickými aspekty léčby, kterými se zabývá odborník na duševní zdraví (Jeffrey & Heruc, 2020; Patel & Preedy, 2023).

Nutriční terapeut pomáhá pacientům s PPP a jejich rodinám pochopit interakce mezi stravováním a duševní pohodou, a zároveň podporuje stravovací návyky, které jsou v souladu s cíli léčby a zotavením. NT povzbuzuje příležitosti k aktivnímu učení na podporu nových stravovacích vzorců a přijetí úkolů souvisejících s jídlem, jako je vaření a nakupování. NT rovněž vyhodnocuje další komorbidní stavy, jako potravinové alergie a intolerance, diabetes mellitus, osteoporózu, syndrom opakovaného krmení, gastrointestinální stavy a zajišťuje efektivní koordinaci plánů nutriční péče s ostatními členy léčebného týmu pacienta a také s rodinou. NT je odpovědný za proces nutriční péče, jenž je tvořen komplexní nutriční diagnózou, nutričním vyšetřením, zavedením nutriční intervence, průběžným hodnocením a sledováním progresu při dosahování cílů léčby. Výstupem by měly být na míru sestavené plány nutriční péče, které se věnují úloze stravování a vhodné výživě pro psychickou a fyzickou pohodu (Patel & Preedy, 2023).

Jedinci s PPP se mohou obrátit na nutričního terapeuta se zdánlivě nesouvisejícím nutričním problémem, jako je zlepšení sportovního výkonu, plánování veganské anebo vegetariánské stravy, potravinové intolerance či alergie, syndrom polycystických ovarií, usilování o bariatrickou operaci. Proto mohou být nutriční terapeuti první při rozpoznávání

poruch příjmu potravy a napomáhání včasné intervenci a dostupnosti léčby. Je velmi nezbytné, aby NT uměl rozpoznat klinické příznaky PPP (Patel & Preedy, 2023).

8.1. Nutriční edukace

U léčby poruch příjmu potravy je poskytování nutričního vzdělávání klíčové. Nutriční terapeut edukuje pacienty o tématech jako dopady malnutrice, plánování stravování, vzdělávání v oblasti výživy, společenské stravování, postupy pro dosahování adekvátního energetického a nutričního příjmu, běžné nežádoucí účinky při obnovení dostatečného příjmu (žaludeční a střevní potíže, zácpa) a další. U dětí a dospívajících se vzdělávání obvykle poskytuje rodičům a primárním pečovatelům, aby se usnadnila jejich úloha při pomoci dítěti normalizovat stravování, provádět rozhodnutí ohledně plánování jídla a vhodné výživy vzhledem k věku dítěte. Metody nutričního poradenství u PPP zahrnují stanovení cílů, motivační rozhovory, prevenci relapsu a jiné. Je však nezbytné spolupracovat s ošetřujícím týmem v rámci realizovaného modelu léčby (Patel & Preedy, 2023).

8.2. Nutriční cíle

Požadavky na výživu pacientů s PPP jsou složité a vyžadují individualizaci, protože pacienti často trpí deficitem mikronutrientů, makronutrientů a metabolickými změnami (Hellner et al., 2024). Úlohou nutričního terapeuta u pacienta s PPP je stabilizovat tělesnou hmotnost a udržovat ji ve zdravém rozmezí, navýšit příjem rozmanitých potravin a zařadit obávané potraviny, naučit ho zdravému stravovacímu chování a podporovat jeho dlouhodobé udržení. Důležité je také navýšit příjem potravin bohatých na vápník za účelem zlepšení hustoty kostí a prevence časného nástupu osteoporózy, minimalizovat nízk energetické potraviny/potraviny se sníženým obsahem tuku a potraviny bez kalorií, posílit variabilitu výběru potravin, včetně příležitostí pro společenské stravování a stravování pro potěšení, nikoliv pro kontrolu hmotnosti (Patel & Preedy, 2023).

Nutriční terapie je jedna z hlavních složek léčby poruch příjmu potravy a navýšení hmotnosti během prvních týdnů terapie je považováno za hlavní prediktor remise, proto je důležité cílit na zapojení rodiny pacienta při léčbě PPP. V průběhu léčby může rodina pomáhat pacientovi zvládat mylné přesvědčení související s hmotností a jídlem, pomale tempo váhového přírůstku a další (Hellner et al., 2024).

PRAKTICKÁ ČÁST

9. Hlavní cíl a výzkumné otázky

Prioritním úkolem diplomové práce bylo zjistit, zda interakce rodinného prostředí, sociálních sítí a mediálního obsahu přispívají k rozvoji poruch příjmu potravy u dětí a adolescentů.

Za účelem naplnění primárního cíle byly formulovány 3 výzkumné otázky:

VO1: Jaký vliv může mít rodinné prostředí (postoje rodičů, kritika stravovacích návyků, sourozenci, poruchy příjmu potravy v rodině) na rozvoj poruch příjmu potravy?

VO2: Jak může souviset používání sociálních sítí (strávený čas online, prezentování ideální krásy, úprava fotografií, sdílení receptů, sledování určitých účtů, oblíbení influencerů) se vznikem poruch příjmu potravy?

VO3: Jak se může podílet mediální obsah (filmy o zpěvačkách a modelkách, pořady o hubnutí a zdravém vaření, reklamy o jídle) na rozvoji poruch příjmu potravy?

10. Metodika

Pro naplnění cíle diplomové práce byla zvolena kvalitativní metoda výzkumu prostřednictvím případových studií. Metodologie umožňuje hloubkově prozkoumat interakci rodinného prostředí, sociálních sítí a mediálního obsahu na jednotlivé případy poruch příjmu potravy u dětí a dospívajících.

Případová studie je metodologický výzkumný postup, který se užívá k hlubšímu pochopení současného problému nebo jevu ve vymezeném systému. Výzkum případové studie vyžaduje hloubkové zkoumání prováděné na jednotlivci, skupině nebo události s cílem získat porozumění danému tématu. Účelem výzkumu případové studie je podrobné poznání sledovaného případu a vypracování nových poznatků (Coombs, 2022).

Pacienti byli do průzkumu vybráni metodou záměrného výběru a metodou sněhové koule. Záměrný výběr byl aplikován na jedince, kteří splňovali kritéria diagnózy některého typu poruch příjmu potravy a prostřednictvím oslovení kolegů nutričních terapeutů pracujících v nutričních poradnách s pacienty s PPP. Potencionální respondenti byli kontaktováni a následně informováni o probíhajícím průzkumu. Stejným postupem byli osloveni kolegové nutriční terapeuti, kteří klienty informovali o průzkumu a v případě zájmu jim poskytli kontakt na autorku průzkumu. Tímto způsobem byla zajištěna dobrovolná účast. Metoda sněhové koule byla použita při získávání respondentů z blízkého okolí požádáním počátečních pacientů o doporučení dalších potenciálních respondentů splňujících požadovaná kritéria pro zařazení do průzkumu. Za účelem prozkoumání problematiky do hloubky bylo do průzkumu diplomové práce vybráno celkem 10 dětí/adolescentů s poruchou příjmu potravy. Respondenti byli v rozmezí 10 až 18 let a reprezentovali různé typy poruch, což zajistilo rozmanitost.

Data byla sesbírávána pomocí polostrukturovaných rozhovorů s dětmi/dospívajícími, rozhovoru s rodiči pro zmapování vztahů a rodinného zázemí, pozorování dítěte/adolescenta nutričním terapeutem a analýzy profilů na sociálních sítích respondentů (s udělením souhlasu). Úkolem bylo získat maximální možné množství informací o zdravotním stavu respondentů. Pro stanovení nutričních cílů a intervence musela být správně odebrána anamnéza. Pro zmapování uceleného obrazu o zdravotním stavu pacientů byly zjišťovány:

1. Osobní informace (věk, pohlaví, výška, hmotnost)
2. Rodinná anamnéza (vzdělání rodičů, výskyt poruch příjmu potravy nebo jiných duševních onemocnění v rodině, kuřáctví v rodině)
3. Osobní anamnéza (nynější a prodělaná onemocnění, gynekologická anamnéza, farmakologická anamnéza, alergologická anamnéza, abúzus)
4. Sociální anamnéza (rodinné zázemí, ročník a druh školy, sociální vazby, aktivity ve volném čase, stravovací návyky)

Po odebrání anamnézy následoval polostrukturovaný rozhovor zaměřený na okruhy: vliv rodiny a blízkého okolí, interakce sociálních sítí, působení mediálního obsahu a

individuální predispozice. Průběh rozhovoru byl přizpůsobován a rozvíjen každému respondentovi individuálně dle potřeby. Polostrukturovaný interview zajistil klíčové informace o respondentech a byl sestaven z následujících otázek:

Vliv rodiny a blízkého okolí

1. Jak vnímáte postoj vašich rodičů k Vaší tělesné hmotnosti a vzhledu? Zajímají se o Váš vzhled?
2. Setkal/a jste se někdy s negativními komentáři na Vaše stravovací návyky (porce jídla, čas jídla), tělesnou hmotnost ze strany sourozenců, rodičů nebo jiných příbuzných?
3. Jaký přístup mají Vaši rodiče ke zdravému životnímu stylu (1 – velmi volný až 10 – velmi striktní), ke stravování a k dietám?
4. Máte blízkého příbuzného, který trpěl či trpí poruchou příjmu potravy?
5. Působí na Vás chování a postoje Vašich přátel v souvislosti se stravováním, životním stylem a vnímáním vlastního tělesného obrazu?

Interakce sociálních sítí

6. Kolik hodin denně strávíte na sociálních sítích jako je Facebook, Instagram, Twitter, TikTok a podobně?
7. Myslíte si, že na sociálních sítích se propaguje zidealizovaný životní styl a upravený/nereálný tělesný vzhled a postava?
8. Sledujete nějaké konkrétní influencery, celebrity nebo fitness účty, které sdílejí obsah týkající se cvičení, tělesného vzhledu, receptů a diet? Pokud ano, jak na Vás tento obsah působí?
9. V dnešní době je trend platform, například Herohero, prostřednictvím kterých jedinec (influencer) tvoří obsah, sdílí svůj život, recepty, jídelníček a radí těm, kteří si obsah předplatí. Platforma navodí lidem pocit, že jsou v neustálém kontaktu se svým idolem a dozví se o něm téměř vše. Sledujete někoho takového? Mohla by mít tato platforma vliv na chování, postoje a stravovací zvyklosti sledujících?
10. Pociťujete někdy tlak z online komunity na změnu svých stravovacích návyků nebo životního stylu ve snaze dosáhnout určitého ideálu?
11. Zažil/a jste někdy skrze sociální síť šikanu či nevhodné komentáře na Váš vzhled, tělesné tvary a postavu?
12. Přidáváte na sociální síť příspěvky týkající se Vašeho vzhledu, stravování nebo cvičení? Pokud ano, co vás k tomu vede?

Působení mediálního obsahu

13. Zajímáte se o reklamy, televizní pořady, časopisy zobrazující zdravé vaření a recepty, štíhlé modelky, influencery, fitness motivaci a ideály krásy?

14. Jak na Vás působí masmédiá a vše jimi propagované na reálný život? Myslíte si, že jej mohou ovlivnit (například ve výběru potravin, při nákupu spalovačů, odvodňovacích doplňků, ...)?
15. Cítil/a jste se někdy nespokojeně se svým tělem po zhlédnutí mediálních obsahů zobrazujících ideály krásy, celebrity, fitness soutěže anebo soutěže krásy?
16. Jaký je Váš názor na zaměření mnohých médií primárně na fyzický vzhled?
17. Vedly Vás někdy informace z médií k nespokojenosti s vlastním tělem?
18. Máte oblíbenou slavnou osobnost (modela/modelku, zpěváka/zpěvačku), která Vás inspiruje, obdivujete její postavu a body image?
19. Jak na vás působí celebrity nebo slavní lidé, kteří otevřeně mluví o svých zkušenostech s poruchami příjmu potravy?
20. Hledáte aktivně na internetu anebo v médiích informace o zdravých receptech, dietách, hubnutí, cvičení apod.?

Individuální predispozice:

21. Zažil/a jste v životě traumatickou událost nebo dlouhodobě nepříznivou životní situaci (ztrátu blízké osoby, domácí násilí)?
22. Máte sklon ke kritickému hodnocení sebe sama a k vlastnímu tělu a hmotnosti?
23. Byl/a jste někdy nespokojený/á se svou hmotností nebo tělem? Pokud ano, co bylo důvodem?
24. Trpíte některými psychickými obtížemi, jako je deprese, úzkost, nízké sebevědomí? Máte tendenci mít v životě vše perfektní a pod kontrolou?
25. Pokud Vás napadají jakékoliv doplňující informace či připomínky, se kterými byste se se mnou rád/a podělil/a, budu velmi vděčná ...

Po celou dobu výzkumu byly dodržovány etické zásady, účast respondentů byla dobrovolná a všechna sesbíraná data zůstala v anonymní podobě. Respondenti a jejich rodiče/primární pečovatelé byli seznámeni s informacemi o průzkumu. Následně byl zákonnými zástupci respondentů podepsán informovaný souhlas s účastí v průzkumu a se zpracováním osobních údajů. Informovaný souhlas je součástí diplomové práce a je obsažen v seznamu příloh. Sesbíraná data byla následně zpracována do podoby kazuistik.

Diplomová práce má své limity. Zvolená metodika případových studií umožňuje zachytit podrobnosti a hloubkový vhled do problematiky, nicméně neumožňuje zobecnění na celou populaci. Dále je třeba zohlednit možné zkreslení ze strany dotazovaných, zvláště u citlivých témat.

11. Kazuistiky

V této části byly shromážděné údaje zpracovány prostřednictvím metodologie případových studií, respektive kazuistik.

11.1. Kazuistika č.1

Osobní informace:

Věk: 16 let

Pohlaví: žena

Výška: 166 cm

Hmotnost: 82 kg

Rodinná anamnéza:

Matka má vysokoškolské vzdělání a je učitelka na základní škole se zaměřením na přírodopis a zeměpis. V roce 2020 jí byla diagnostikována celiakie. Má stálé výkyvy váhy, neustále počítá kalorie, odvažuje potraviny a experimentuje s různými druhy diet. Momentálně má období 4 až 5 intenzivních tréninků týdně. Otec má středoškolské vzdělání s maturitou a je zaměstnán ve výrobní společnosti jako elektromechanik strojů. Otec je zdravý, aktivně sportuje a jeho oblíbeným sportem je horolezectví. Rodiče pacientky jsou nekuřáci a netrpí žádným duševním onemocněním.

Osobní anamnéza:

Přibližně před 2 lety začaly u pacientky problémy s narůstající hmotností a psychogenním přejídáním. Pacientka pocítovala nespokojenost se svým tělem a hmotností. Praktický lékař doporučil pacientce hubnoucí/redukční pobyty. Pacientce se podařilo během pobytu snížit hmotnost o 5 kg. Po návratu se situace zhoršila a pacientka obnovila předchozí stravovací zvyklosti, prožívala negativní emoce, úzkost a nízké sebevědomí. Poté jí bylo doporučeno navštívit dětského psychologa. Pacientka uvádí pravidelný menstruační cyklus, neguje užívání hormonální antikoncepce a jiných léků. Dále neguje alergie a potravinové intolerance. Pacientka neužívá alkohol či drogy a je nekuřačka.

Sociální anamnéza:

Pacientka žije s rodiči v rodinném domě a je jedináček. Před 2 lety došlo k dočasnému odloučení rodičů pacientky, v současnosti je však rodina úplná. Respondentka je v 1. ročníku studia střední zdravotnické školy oboru zdravotnické lyceum. Pacientka neuvádí žádné volnočasové aktivity, ale úmyslně chodí do školy a ze školy pěšky (přibližně 5 km denně) s cílem snížit hmotnost. Z rozhovoru s respondentkou vyplývá, že vynechává snídani, následuje svačina ve škole, oběd a večeři konzumuje doma. Preferuje obědovat a večeřet v soukromí, protože se jí nelíbí nevhodné poznámky otce.

Sumarizace dat z polostrukturovaného rozhovoru:

1. Pacientka uvádí, že matka i otec se zajímají o její vzhled. Otec je navíc zaměřený na hmotnost a má negativní postoj k obézním lidem.
2. Přiznává, že otec a babička negativně a nevhodně komentují její tělesnou hmotnost. Otec rád komentuje pacientčiny stravovací návyky a konzumované jídlo.
3. Přístup rodičů ke zdravému životnímu stylu a ke stravovacím návykům (1 – velmi volný až 10 – velmi striktní) hodnotí respondentka jako 10 – velmi striktní u otce a 5 – průměrný/vyvážený u matky. Avšak dodává, že matka je sama na sebe přísnější a kritičtější než na pacientku.
4. Respondentka nemá povědomí o výskytu PPP v rodině, ale blízká kamarádka její matky trpí MA.
5. Pacientka připouští působení přátel a blízkého okolí v souvislosti se stravováním, životním stylem a vnímáním vlastního tělesného obrazu. Například zmiňuje totožný výběr potravin s kamarádkou.
6. Dotazovaná sděluje, že na sociálních sítích stráví okolo 8 hodin ve všedním dni a 10 hodin a více o víkendu.
7. Respondentka si uvědomuje, že se na sociálních sítích propaguje zidealizovaný životní styl a upravený tělesný vzhled a připouští, že sdílený obsah má na ni negativní vliv.
8. Sleduje účty o vaření, zdravých receptech a cvičení. V oblíbě má fitness influencerku Pamelu Reif a její cvičící videa.
9. Není uživatelem platformy Herohero ani jiné podobné platformy, která umožňuje prostřednictvím předplatného propojit obdivovatele s tvůrci obsahu. Dodává, že zmíněné platformy vnímá negativně.
10. Pociťuje tlak z online komunity na vzhled, hmotnost a cvičení.
11. Respondentka situaci nevnímá jako každodenní šikanu přes sociální sítě, ale běžně zažívá, že ji spolužáci fotí a zesměšňují její vzhled a styl oblékání.
12. Na sociální sítě zveřejňuje obsah zobrazující ji samotnou a příspěvky o jídle s cílem motivovat se.
13. Respondentku zajímají pořady o vaření a zdravé recepty, ale jinak neprojevuje zájem o televizní přenosy.
14. Pacientku ovlivňují masmédiá a reklamy ve výběru potravin a doplňků stravy.
15. Obvykle cítí nespokojenost s vlastním tělem po zhlédnutí mediálních obsahů zobrazujících ideály krásy.
16. Propagování fyzického vzhledu médií má na respondentku nepříznivý vliv a podporuje u ní sklony ke kritickému sebehodnocení.
17. Informace z médií u ní běžně vedou k nespokojenosti s vlastním tělem.
18. Respondentka neupřednostňuje jednu konkrétní celebritu, ale má více oblíbených veřejně známých osobností.
19. Slavné osobnosti s PPP na ni působí podpůrně a zároveň si uvědomuje negativní dopady těchto poruch.

20. Aktivně na internetu vyhledává informace o zdravých receptech a videa o cvičení.
21. Pacientka neuvádí traumatickou životní událost, ale pokud nastanou konflikty v rodině a stresové situace, vyhledává jídlo, aby se uklidnila. V těchto situacích nastávají u pacientky epizody přejídání.
22. Respondentka má sklony ke kritickému sebehodnocení.
23. Připouští, že je nespokojená se svým tělem a hmotností.
24. Pacientka trpí nízkým sebevědomím a někdy nastoupí stavy úzkosti. Přehnanému perfekcionismu nepodléhá, ale v určitých oblastech vyžaduje dokonalost.

Shrnutí a dedukce poznatků z rozhovoru:

V oblasti rodiny na pacientku působí velmi nepříznivě otec, který má předpojaté postoje k osobám obézním či s nadváhou, je kritický k jejímu vzhledu a zakazuje jí některé potraviny, což směřuje ke konzumaci jídla o samotě a k přejídání. Negativní vliv může mít také neustálé počítání kalorií a experimentování s dietami matky. Rodina je momentálně úplná, avšak potíže s přejídáním se u pacientky začaly objevovat před 2 lety a v této době došlo k odloučení rodičů respondentky. Dalším rizikovým faktorem jsou sociální sítě, na kterých stráví minimálně 8 hodin denně a aktivní sledování účtů zaměřených na jídlo a fyzický vzhled. Mediální obsah podporuje u pacientky nízké sebevědomí a kritické sebehodnocení. Sesbírané informace odhalují interakční vlivy rodinných vztahů, sociálních sítí a mediálního obsahu v rozvoji psychogenního přejídání u respondentky.

11.2. Kazuistika č. 2

Osobní informace:

Věk: 15 let

Pohlaví: žena

Výška: 155 cm

Hmotnost: 41 kg

Rodinná anamnéza:

Matka má středoškolské vzdělání s maturitou a je zaměstnaná jako kontrolor ve vlacích. Stravuje se pravidelně, ale jinak se v jídle neomezuje. Je zdravá, nekuřačka a netrpí žádným duševním onemocněním. Respondentka nikdy neměla možnost poznat otce a matka s ním nekomunikuje.

Osobní anamnéza:

Pacientka trpí anémií, amenoreou, nízkou hmotností a mentální anorexií. Časté jsou u ní výkyvy hmotnosti a před rokem byla hospitalizovaná na dětském oddělení z důvodu dehydratace a podvýživy. V současné době cíleně snižuje hmotnost. Respondentka neguje

užívání hormonální antikoncepce a jiných léků. Dále neguje alergie a potravinové intolerance. Pacientka neužívá alkohol anebo drogy a je nekuřačka.

Sociální anamnéza:

Respondentka je jedináček a žije s matkou a prarodiči v rodinném domě. Je žákyní v 8. třídě základní školy. Intenzivně se věnuje volnočasovým aktivitám, kterými jsou zpěv, hra na klavír, tanec a kroužek mladých hasičů. Její oblíbenou činností jsou každodenní procházky. V rozhovoru pacientka uvedla, že ráno snídat nestíhá, ve škole si občas koupí drobnou svačinu, ve škole obědvá, avšak školní obědy jí moc nechutnají. Večeří doma a matka dohlíží a kontroluje, zda dojí veškeré jídlo.

Sumarizace dat z polostrukturovaného rozhovoru:

1. Respondentka uvádí, že matka a prarodiče se zajímají o její vzhled. Primárně, jak chodí oblékaná a kontrolují, zda není příliš nalíčená. Matka kontroluje hmotnost pacientky.
2. S negativními komentáři ze strany příbuzných se nesetkává, ale matka sleduje druh přijímaných potravin a velikost porcí.
3. Přístup matky ke zdravému životnímu stylu a ke stravovacím návykům (1 – velmi volný až 10 – velmi striktní) hodnotí dotazovaná jako 5 – průměrný. Pokud matka zjistí, že se respondentka intenzivně věnuje fyzické aktivitě a omezuje příjem stravy, tak reaguje striktně.
4. Neregistrovala blízkou osobu trpící PPP.
5. Pacientku ovlivňují přátelé a blízké okolí zřídka, ale občas posuzuje svůj vzhled podle kamarádek.
6. Na sociálních sítích stráví denně okolo 7 hodin a o víkendu 12 hodin a více.
7. Respondentka zaznamenala, že se na sociálních sítích hojně propaguje zidealizovaný životní styl a tělesný vzhled upravený ve Photoshopu. Někdy je pro ni obtížné rozeznat prohlížený ideál a realitu. Následně má touhu vypadat stejně.
8. Sleduje nejčastěji profily zaměřené na cvičení. Fitness influencerka Andy Štěch, která v minulosti trpěla PPP, je pro ni vzorem a inspirací. Zajímá se také o účty zaměřené na vaření a zdravé recepty.
9. Nesleduje platformu Herohero ani jiné podobné platformy. Vliv platformy vnímá příznivě i škodlivě dle charakteru sdíleného obsahu.
10. Tlak z online komunity pociťuje, především na zdravé stravování a ideální hmotnost.
11. Šikanu nikdy nezažila.
12. Na sociální síť nejčastěji sdílí fotografie své osoby prezentující fyzický vzhled a body image.
13. Televizi nesleduje pravidelně z důvodu nedostatku času (spousta volnočasových aktivit a množství hodin strávených na sociálních sítích).
14. Působení médií respondentka pociťuje mírně. Pokud se jí zalíbí potraviny anebo doplňky stravy z reklam, tak je preferuje.

15. Nespokojenost se svým tělem pociťuje po zhlédnutí soutěží krásy a jiných pořadů zobrazujících ženský ideál. Respondentka přiznává, že modelkám závidí a chtěla by být krásná jako ony.
16. Zaměření mnohých médií primárně na fyzický vzhled vnímá negativně a cítí tlak na ni samotnou.
17. Přípouští, že informace z médií a prezentace krásných žen u ní vyvolávají pocit nespokojenosti s vlastním tělem.
18. Oblíbený vzor je zpěvačka Bailey Spinn, která respondentku inspiruje.
19. Slavní lidé, kteří otevřeně mluví o svých zkušenostech s poruchami příjmu potravy, na ni působí pozitivně a je ráda za sdílení jejich příběhu.
20. Vyhledává informace o zdravých receptech, nízkokalorických potravinách a dietách.
21. Respondentka sděluje, že traumatickou událost nebo dlouhodobě nepříznivou životní situaci nezažila.
22. Je kritická k vlastnímu tělu a k hodnocení sebe sama.
23. Pacientka je často nespokojená se vlastním tělem a hmotností. Ráda se pozoruje a kontroluje v zrcadle a pokud se do něj nepodívá, zažívá nepříznivé psychické rozpoložení.
24. Respondentka má nízké sebevědomí. Úzkost a negativní emoce prožívá podle toho, jak se zrovna cítí. Často se u ní projevuje střídání nálad.

Shrnutí a dedukce poznatků z rozhovoru:

Rodina je neúplná a chybí v ní otec, pravděpodobně proto chce mít matka vše perfektní, dokonalé a pod kontrolou. Informace a pozorování respondentky naznačují, že pociťuje nedostatek kontroly nad různými aspekty svého života, což může být kompenzováno zaměřením se na tělesnou hmotnost a vzhled. Sociálním sítím věnuje velké množství času a je zaujatá zobrazovanými ideály krásy, se kterými se porovnává. Množství stráveného času na sociálních sítích upozaďuje věnování se mediálnímu obsahu, avšak v médiích vyhledává totožné informace jako na sociálních sítích. Zaměřuje se především na krásné modelky a zdravé vaření. Pacientka klade na sebe vysoké nároky (má hodně volnočasových aktivit), které jsou doprovázeny nespokojeností s vlastní individualitou a nízkým sebevědomím. Shromážděná data vypovídají o interakcích rodiny, sociálních sítí a mediálním obsahu v rozvoji mentální anorexie u pacientky.

11.3. Kazuistika č. 3

Osobní informace:

Věk: 16 let

Pohlaví: žena

Výška: 156 cm

Hmotnost: 39 kg

Rodinná anamnéza:

Matka má vysokoškolské vzdělání a vykonává profesi sociálního pracovníka. V mládí jí byla diagnostikována mentální bulimie. V současné době je její stav v remisi. Otec má středoškolské vzdělání s maturitou a působí na vedoucí pozici v železárně. Otec netrpí žádným duševním onemocněním. Rodiče respondentky jsou nekuřáci.

Osobní anamnéza:

Ve 13 letech se u pacientky začaly objevovat první příznaky mentální anorexie. V nemocnici poprvé hospitalizována ve 14 letech. U dívky byla zahájena psychoterapie, realimentace a nutriční poradenství. Druhá hospitalizace v 15 letech. Rodiče byli edukováni a zapojeni do léčby. V současnosti je pacientka sledována ambulantně pod dohledem psychiatra. Dochází také k nutričnímu terapeutovi, avšak občas se nedostaví. Při hospitalizaci nasazeny léky na depresivní symptomatiku. Po propuštění farmaka vysadila a odmítala je užívat. Menstruační cyklus je narušen, převažuje absence menstruace a zřídka se dostaví slabé krvácení. Neužívá hormonální antikoncepci. Je alergická na pyl a roztoče. Od dětství trpí atopickým ekzémem. Navštěvuje psychologa z důvodu nízkého sebevědomí, které koreluje s dermatologickými obtížemi. Pacientka neužívá alkohol ani drogy a je nekuřačka.

Sociální anamnéza:

Pacientka žije v bytě s rodiči. Je v 1. ročníku studia střední školy oboru veřejná správa. Respondentka zmínila, že nemá moc přátel, pouze ze základní školy. Na současné škole je nespokojená, odmítá ji navštěvovat a prostředí školy v ní vyvolává úzkost a depresi. Její každodenní oblíbená aktivita je procházka do přírody, kde chodí sama anebo se psem. Pacientka v rozhovoru uvedla, že se stravuje omezeně a většina potravin jí nechutná. Matka její stravovací zvyklosti kontroluje a neustále opakuje, že by měla jíst pravidelně.

Sumarizace dat z polostrukturovaného rozhovoru:

1. O vzhled pacientky se zajímá primárně matka. Pacientka trpí atopickým ekzémem a má problémy s akné. Matka trvá na pravidelné kontrole a návštěvě dermatologa. Dle dotazované reaguje matka přehnaně a zvýšená pozornost věnovaná vzhledu působí negativně na psychickou pohodu pacientky.
2. Vyloženě s negativními komentáři se neseťkává, ale matka kontroluje pravidelnost v jídlu a nutriční příjem.
3. Pacientka vnímá přístup rodičů ke zdravému životnímu stylu a ke stravovacím návykům (1 – velmi volný až 10 – velmi striktní) jako 8 – striktní u matky a 2 – volný u otce.
4. Její matka v minulosti trpěla mentální bulimií a o dalším příbuzném s PPP neví.
5. Vliv přátel na stravovací návyky, životní styl a vzhled nezaznamenala.
6. Na sociálních sítích stráví okolo 9 hodin denně.

7. Respondentka zaregistrovala, že se na sociálních sítích prezentuje zidealizovaný a upravený tělesný vzhled, který obvykle není shodný s realitou, ale někdy má problém rozeznat virtuální obsah od skutečnosti.
8. Vyloženě diety a fitness účty nevyhledává. Obsah sleduje dle aktuálních zájmů a preferencí.
9. Pacientka není uživatelem platformy Herohero ani jiné podobné platformy. Je názoru, že uživatelé těchto platforem jsou ovlivňováni zmiňovanými idoly a influencery.
10. Nátlak z online komunity na změnu stravovacích návyků nebo životního stylu nepocítuje.
11. Šikanu skrze sociální sítě nezažívá a nezažila.
12. Příspěvky zaměřené na cvičení a jídlo nezveřejňuje, ale sdílí fotky z vlastního života.
13. Pořady o vaření, dietách a fitness časopisy nevyhledává.
14. Respondentka nedokáže rozpoznat, zda její rozhodování ovlivňují média.
15. Přiznává, že modelkám z televize občas závidí a chtěla by vypadat jako ony.
16. Zaměření médií na vzhled vnímá pozitivně, protože je podle ní krásné obklopovat se fyzicky atraktivními jedinci.
17. Neví, zda jí informace propagované médii vedou k nespokojenosti s vlastním tělem, avšak připouští, že vzhled modelkám ze soutěží krásy závidí.
18. Nemá vyloženě jednu konkrétní známou osobnost, podle které by chtěla vypadat, ale sleduje a inspiruje se několika známými a krásnými ženami.
19. Respondentka vnímá pozitivně celebrity se vzájemným porozuměním a je názoru, že známé osobnosti, které otevřeně sdílí zkušenosti s PPP, mohou u osob s PPP zmírnit pocit osamocení.
20. Aktivně nevyhledává zdravé recepty, diety a informace o cvičení.
21. Má pocit, že traumatické události jejich rodina doslova přitahuje. V současném roce zažila ztrátu blízké osoby. Při autonehodě tragicky zemřel 19letý bratranec.
22. Pacientka přiznává, že je sebekritická.
23. Uvádí, že je neustále nespokojená s vlastním vzhledem. K nespokojenosti přispívají dermatologické obtíže.
24. Z důvodu nízkého sebevědomí a úzkostí dochází k psychologovi. Vše dokonalé a perfektní být nemusí, záleží na situaci.

Shrnutí a dedukce poznatků z rozhovoru:

Rodina a vztahy v ní mají na respondentku značný vliv. Matka v minulosti trpěla mentální bulimií a pravděpodobně proto chce mít u dcery vše pod kontrolou. Avšak přehnaný zájem matky o pacientku a o její vzhled působí nepříznivě na psychickou pohodu pacientky. Přechod na novou školu a nedostatek přátel vyvolává u respondentky úzkosti a deprese. Traumatické události a nepříznivé životní situace jsou okolnosti, které mohou vést k závažným následkům na psychické i fyzické zdraví pacientky. Individuální predispozice a nespokojenost s vlastním vzhledem jsou další přitěžující faktory. Pacientka stráví na sociálních sítích poměrně velké množství času. Respondentka se na sociálních sítích ani

v mediálním obsahu nezaměřuje na diety, zdravé vaření a cvičení, ale cílí na krásné ženy a vzhled. Zjištěné poznatky naznačují vzájemné působení rodinného prostředí, sociálních sítí, médií a osobnostních predispozic v rozvoji mentální anorexie u pacientky.

11.4. Kazuistika č. 4

Osobní informace:

Věk: 13 let

Pohlaví: žena

Výška: 167 cm

Hmotnost: 58 kg

Rodinná anamnéza:

Matka má středoškolské vzdělání s maturitou a působí v oblasti finančních služeb. Otec má střední odborné vzdělání a pracuje v zahraničí. S rodinou moc času netráví, protože z práce domů přijede většinou jednou měsíčně. Rodiče netrpí žádným duševním onemocněním. Matka i otec pacientky jsou kuřáci.

Osobní anamnéza:

V 11 letech byla pacientce diagnostikována porucha přizpůsobení a sociální fobie. Od té doby byla 3x hospitalizovaná na dětské psychiatrii. V průběhu hospitalizace byly nasazeny medikamenty a zároveň došlo k zahájení psychoterapeutické péče. V současné době je respondentka v ambulantní péči psychiatra a psychologa. Farmakologická léčba pravděpodobně způsobila nárůst hmotnosti u pacientky, což vedlo k nespokojenosti s vlastní hmotností a vzhledem. V minulém roce respondentka experimentovala s dietami a začala se izolovat během jídla. Matka upozorovala, že pacientka častěji navštěvuje koupelnu. Během stomatologické prohlídky zaznamenal zubní lékař změny v dutině ústní, které u něj vzbudily podezření na možnou přítomnost mentální bulimie. Menstruační cyklus je pravidelný. Neužívá hormonální antikoncepci. Neguje alergie a potravinové intolerance. Pacientka neužívá alkohol ani drogy a je nekuřačka.

Sociální anamnéza:

Bydlí v rodinném domě s rodiči. Je v 7. třídě základní školy. Je introvert. V rozhovoru zmínila, že společnost příliš nevyhledává a většinu času tráví doma. Matka pacientku vede k pravidelné stravě, avšak v jídle je vybíravá.

Sumarizace dat z polostrukturovaného rozhovoru:

1. Matka se o vzhled zajímá, otec ne.
2. Respondentka často slýchává, že nemá jíst příliš mnoho jídla a velké porce.

3. Přístup rodičů ke zdravému životnímu stylu a ke stravovacím návykům (1 – velmi volný až 10 – velmi striktní) hodnotí respondentka jako 5 – průměrný/vyvážený u matky a 1 – velmi volný u otce. Navíc dodala, že otec neprojevuje zájem o její život a problémy.
4. V rodině má blízkého příbuzného s PPP, ale nepřeje si konkrétně sdělit, o kterého člena rodiny se jedná.
5. Chování přátel a jejich postoje respondentku významně ovlivňují v souvislosti se stravováním, životním stylem a vnímáním vlastního tělesného obrazu.
6. Na sociálních sítích stráví přibližně 5 hodin denně.
7. Uvádí, že je pro ni velmi obtížné rozlišit realitu od obsahu prezentovaného na sociálních sítích.
8. Respondentka sleduje influencery, účty zaměřené na vzhled a cvičení a vybírá si je podle sympatií.
9. Platformy, prostřednictvím kterých influenceři sdílí svůj život, pacientka sleduje, ale ne konkrétně Herohero.
10. Tlak z online komunity na změnu stravovacích návyků nebo životního stylu respondentka nepocítuje.
11. Šikanu skrze sociální sítě anebo nevhodné komentáře na vzhled nezažila.
12. Příspěvky týkající se vlastního vzhledu, stravování či cvičení nezveřejňuje.
13. Nevyhledává mediální obsah, spíše věnuje pozornost sociálním sítím. O časopisy a televizi zájem nejeví.
14. Uvádí, že reklamy ji mohou ovlivňovat ve výběru potravin.
15. Potvrzuje, že po zhlédnutí mediálních obsahů zobrazujících ideály krásy, celebrity, fitness soutěže anebo soutěže krásy cítí nespokojenost s vlastním tělem.
16. Cílení médií primárně na fyzický vzhled vnímá pozitivně, protože se jí líbí pozorovat krásné bytosti.
17. Informace z médií u ní vyvolávají nespokojenost s vlastním tělem.
18. Pacientka potvrzuje, že má oblíbenou slavnou osobnost, která jí inspiruje a obdivuje její vzhled.
19. Slavné osobnosti, jež otevřeně sdílí zkušenosti s PPP, respondentka doslova zbožňuje a obdivuje je za jejich odvahu, protože téma PPP vnímá jako tabu ve společnosti.
20. Informace o zdravých receptech, dietách, hubnutí a cvičení občas vyhledává, ale ne přehnaně aktivně.
21. Traumatickou událost anebo dlouhodobě nepříznivou životní situaci zažila, ale téma je pro ni velmi citlivé, proto se dále odmítá vyjadřovat.
22. Potvrzuje, že je kritická k vlastnímu tělu a hmotnosti.
23. S vlastním tělem a hmotností je velmi nespokojená. Jako důvod uvádí, že sebe nevnímá jako krásnou.
24. Pacientka potvrzuje, že trpí psychickými obtížemi, depresemi, úzkostmi a nízkým sebevědomím. Neztotožňuje se s perfekcionistickými sklony.

Shrnutí a dedukce poznatků z rozhovoru:

Rozhovor odhaluje narušenou rodinnou dynamiku a velmi znatelný nezájem otce o pacientku, což ji viditelně trápí. Při diskusi o traumatických událostech projevovala známky uzavřenosti a vyhýbala se verbálnímu projevu. V rodině se vyskytuje jedinec trpící PPP, a navíc je pacientka vystavována negativním poznámkám ohledně množství konzumovaného jídla. Je výrazně ovlivňována blízkým okolím. Na sociálních sítích i v mediálním obsahu se cíleně zaměřuje na vzhled a zidealizovanou krásu. Pacientka je nadměru fixovaná na vzhled a zároveň je velmi nespokojená s vlastní hmotností a vzhledem. Přidružené poruchy jako depresivně úzkostná porucha přizpůsobení, sociální fobie a psychické potíže, deprese, nízké sebevědomí výrazně zhoršují celkovou situaci. Poznatky z rozhovoru a pozorování odkazují na interakce rodinné dynamiky, sociálních sítí, mediálního obsahu a individuálních predispozic v rozvoji mentální bulimie u pacientky.

11.5. Kazuistika č. 5

Osobní informace:

Věk: 17 let

Pohlaví: muž

Výška: 166 cm

Hmotnost: 50 kg

Rodinná anamnéza:

Matka má středoškolské vzdělání s maturitou a je zaměstnaná jako odborný referent dávek hmotné nouze. Otec má střední odborné vzdělání a vykonává povolání zámečníka. Rodiče netrpí žádným duševním onemocněním. Matka i otec respondenta jsou nekuřáci.

Osobní anamnéza:

Pacient je jedním z dvojčat. Jeho dvojče je rovněž mužského pohlaví. V 10 letech závažně onemocněl neuroboreliózou. Prodělal levostrannou faciální hemiplegii. Následovala dlouhodobá hospitalizace a posléze intenzivní rehabilitační terapie. V důsledku toho začal pacient trpět migrénami, které vedly k opakovaným hospitalizacím v nemocnici. Dále byla u něj diagnostikována imunodeficience. V 15 letech se začal intenzivně zajímat o zdravou stravu. Následně experimentoval s alternativní výživou. Momentálně se striktně vyhýbá nezdravým potravinám. Na preventivní prohlídce si praktický lékař všiml, že je výrazně hubenější než jeho dvojče. Matka s lékařem konzultovala jeho stravovací návyky a na základě těchto informací vyjádřil podezření na orthorexii a doporučil konzultaci s psychologem. V současnosti dlouhodobě neužívá žádné léky. Vyskytuje se u něj sezónní alergie na pyly. Neužívá alkohol ani drogy a je nekuřák.

Sociální anamnéza:

Žije v bytě s rodiči a bratrem. Je studentem 2. ročníku střední hotelové školy a obchodní akademie oboru cestovní ruch. Od 6 let hraje závodně fotbal, trénuje minimálně 4x týdně a o víkendech se účastní zápasů. Vzhledem k tréninkům a zápasům se zaměřuje na kvalitní potraviny, pravidelnou a vyváženou stravu.

Sumarizace dat z polostrukturovaného rozhovoru:

1. Pacient uvádí, že rodiče se o něj zajímají, asi jako každý rodič, ale v normální zdravé míře.
2. S negativními komentáři od rodiny na stravovací zvyklosti se neseťkává.
3. Postoj rodičů ke zdravému životnímu stylu a stravovacím návykům hodnotí jako 3 – spíše volný. Dodal, že matka denně připravuje jídlo, dohlíží na dostatek bílkovin ve stravě a pitný režim.
4. V rodině nezaznamenal blízkého příbuzného s PPP.
5. Chování přátel a jejich postoje respondenta významně neovlivňují v souvislosti se stravováním, životním stylem a vnímáním vlastního tělesného obrazu.
6. Fotbal a intenzivní tréninky mu zaplňují mnoho času, proto na sociálních sítích stráví maximálně 4 až 6 hodin denně.
7. Respondent si myslí, že se na sociálních sítích prezentuje upravený vzhled. Fotky podle něj upravují primárně ženy, protože chtějí vypadat dobře.
8. Na sociálních sítích se zaměřuje hlavně na sportovce, kteří ho inspirují.
9. Konkrétně Herohero nesleduje, ale jiným platformám pozornost věnuje. Vliv platformem vnímá negativně i pozitivně dle sledovaného obsahu. Pacient se nejvíce zaměřuje na recepty, podle kterých mu matka připraví jídlo.
10. Nepocítuje tlak z online komunity na změnu stravovacích návyků nebo životního stylu.
11. Se šikanou skrze sociální sítě nemá zkušenost.
12. Příspěvky týkající se vlastního vzhledu, stravování a cvičení nezveřejňuje.
13. Reklamy, televizní pořady a časopisy zobrazující štíhlé modelky, influencery a ideály krásy nevyhledává. Zaměřuje se na zdravé vaření, potraviny a recepty.
14. Nemyslí si, že by na něj masmédiá působila ve velké míře, ale věnuje pozornost vitamínům, proteinům, potravinám a receptům. Inspirací jsou slavní sportovci, především fotbalisté.
15. Nepocítuje nespokojenost se svým tělem po zhlédnutí mediálních obsahů zobrazujících ideály krásy.
16. Pacient chápe, že dnešní doba se zaměřuje na vzhled, ale přiklání se k názoru, že by neměl hrát příliš velkou roli.
17. Informace z médií ho k nespokojenosti s vlastním tělem nevedou.
18. Oblíbených slavných osobností má více, především fotbalisty Chelsea. Jeho vzorem a inspirací je fotbalista Patrik Le Giang.
19. Myslí si, že sláva PPP podporuje, ale jinak ho slavné osobnosti s poruchami příjmu potravy nijak neovlivňují.
20. Informace aktivně vyhledává o zdravých potravinách, receptech a cvičení.

21. Uvádí, že traumatickou událost naštěstí nezažil. Před nedávnem podstoupila matka gynekologickou operaci a momentálně se zotavuje. Proto prožívají náročnější období, ale v rodině si pomáhají a vzájemně se podporují.
22. Nemyslí si, že by měl sklony k negativnímu hodnocení vlastního těla.
23. Není vyloženě nespokojený se svým tělem, ale je přesvědčen, že je určitě co zlepšovat.
24. Respondent neregistruje žádné psychické potíže. Cílí na dosažení perfektních výsledků ve fotbale. Projevuje zvýšený zájem kontrolovat složení potravin a jejich kvalitu.

Shrnutí a dedukce poznatků z rozhovoru:

Z rozhovoru vyplývá, že rodina pacienta má silné vazby. Pacient v dětství prodělal závažné onemocnění a byl dlouhodobě hospitalizován a rodina mu během náročného období poskytovala intenzivní podporu. Na vzhled a ideál krásy prezentovaný na sociálních sítích a v médiích se nezaměřuje. Nicméně aktivně cílí na zdravé potraviny, vaření a cvičení. Fotbal je významnou součástí životního stylu respondenta, proto se inspiruje slavnými fotbalisty, kteří ovlivňují jeho preference ve výběru potravin, vitamínů a doplňků stravy. Pacient je posedlý kvalitou a čistotou potravin a je přesvědčený, že vysoce kvalitní a výběrové potraviny prospívají jeho fyzickému výkonu ve fotbale. Informace zjištěné z rozhovoru a pozorování nasvědčují, že interakce sociálních sítí a mediálního obsahu přispívají k rozvoji a udržování orthorexie u pacienta. Rodinné zázemí se jeví jako protektivní faktor.

11.6. Kazuistika č. 6

Osobní informace:

Věk: 13 let

Pohlaví: žena

Výška: 155 cm

Hmotnost: 36 kg

Rodinná anamnéza:

Matka i otec mají vysokoškolské vzdělání. Matka je učitelka španělštiny na základní škole. Otec je zaměstnán na pozici informatika ve firmě. Matka žije aktivním životním stylem a denně absolvuje 10kilometrový běh. Rodiče netrpí žádným duševním onemocněním. Matka i otec jsou nekuřáci.

Osobní anamnéza:

Pacientka prodělala běžné nemoci. Před rokem začala být mnohem vybíravější v jídle. Poslední zdravotní kontrola, provedená praktickým lékařem pro děti a dorost, odhalila u pacientky nízkou hmotnost, která byla výrazně pod normou. Na základě zjištěných

skutečností doporučil lékař endokrinologické vyšetření, gynekologické vyšetření z důvodu absence menarche a konzultaci u dětského psychiatra vzhledem k podezření na mentální anorexii. U respondentky dosud nedošlo k první menarche. Respondentka neužívá hormonální antikoncepci ani jiné léky. Dále neguje alergie a potravinové intolerance. Pacientka není uživatelem alkoholu ani drog. Je nekuřačka.

Sociální anamnéza:

Žije v rodinném domě s rodiči a bratrem. Je v 7. ročníku víceletého gymnázia. Jejimi volnočasovými aktivitami jsou badminton a gymnastika, kterým se s oblibou intenzivně věnuje. Pacientka je v jídle velmi vybíravá a odmítá jíst maso.

Sumarizace dat z polostrukturovaného rozhovoru:

1. Respondentka uvádí, že rodiče nekomentují její vzhled ani hmotnost. Matku však zajímá, jak chodí oblékaná.
2. Komentáře ze strany rodičů na stravovací návyky jsou. Podle nich by měla zlepšit svůj pitný režim, vynechat sladkosti a zařadit maso do jídelníčku.
3. Pacientka oznamuje, že rodiče preferují zdravý a aktivní životní styl, vyhýbají se fast foodům, ale přísné diety nedodržují. Přístup rodičů ke zdravému životnímu stylu a ke stravovacím návykům (1 – velmi volný až 10 – velmi striktní) hodnotí respondentka jako 5 – vyvážený u otce a 7 – mírně striktní u matky.
4. O blízkém příbuzném s PPP neví.
5. Chování a postoje přátel v souvislosti se stravováním, životním stylem a vnímáním vlastního tělesného obrazu respondentku ovlivňují.
6. Na sociálních sítích stráví okolo 4 až 5 hodin denně. Dle respondentky vyvíjí matka nátlak na omezení času stráveného na sociálních sítích.
7. Respondentka projevuje snahu rozeznat rozdíl mezi upraveným vzhledem a realitou. Občas se jí prezentovaný vzhled zalíbí.
8. Slavné influencery nesleduje, ale zaměřuje se na účty, které sdílí „thinspiration“ a vše okolo gymnastiky.
9. Herohero ani jiné placené platformy nesleduje. Přiklání se k tomu, že mohou ovlivňovat jejich uživatele.
10. Nátlak z online komunity mírně pociťuje, záleží na subjektivních pocitech.
11. Šikanu skrze sociální sítě cílenou na vzhled a postavu nezažila.
12. Příspěvky zaměřené na cvičení a jídlo nezveřejňuje. Sdílí fotky vlastní osoby, ze soutěží a z volnočasových aktivit.
13. Pořady zaměřené na vaření a cvičení nevyhledává. Zajímá se o sportovní programy, především sleduje badmintonové soutěže a gymnastiku.
14. Sděluje, že média a reklamy jí ovlivňují a inspirují.
15. Chvillemi se cítí nespokojeně s vlastní postavou, ale ne z důvodu zhlédnutí krásné ženy v televizi.
16. Zaměření médií primárně na fyzický vzhled hodnotí negativně, především proto, že každý jedinec disponuje potenciálem v něčem jiném.

17. Mediálními informacím zaměřeným na vzhled se vyhýbá, protože se nechce porovnávat s prezentovanou krásou.
18. Konkrétní modelku anebo zpěvačku v oblíbě nemá, ale inspiruje se gymnastkami.
19. U slavných osobností, jež otevřeně diskutují o svých zkušenostech s poruchami příjmu potravy, obdivuje jejich odvalu.
20. Diety, zdravé recepty a návody na hubnutí v médiích nevyhledává.
21. Traumatickou událost anebo dlouhodobě nepříznivou životní situaci nezažila.
22. Sklony ke kritickému sebehodnocení a snížené sebevědomí má v případě neúspěchu v badmintonu či gymnastice.
23. Vyloženě s hmotností nespokojená není, ale je zklamaná, když její tělesná kondice neodpovídá stanoveným výkonnostním cílům.
24. Depresemi netrpí, ale má nízké sebevědomí a sklony k perfekcionismu.

Shrnutí a dedukce poznatků z rozhovoru:

Z rozhovoru bylo zjištěno, že rodina žije aktivním životním stylem a vykazuje vyšší nároky a požadavky na výkon. Matka respondentky excesivně sportuje, což může fungovat jako stimul k vyšším nárokům a cílům u pacientky. Pacientka navštěvuje školu se zvýšenou úrovní studijních nároků, věnuje se sportovním aktivitám jako gymnastika a badminton, jež mají vysoké požadavky na fyzickou kondici, a přesto je nespokojená s vlastní produktivitou a výkonem. Rodiče vyjadřují nesouhlas s jejími stravovacími návyky a volbou potravin a doporučují jí potraviny jimi preferované. V médiích a na sociálních sítích respondentka vyhledává obsah zaměřený na výkon a sport, zejména badminton, gymnastiku a „thinspiration“. Sledovaný obsah podporuje její nízké sebevědomí, kritické sebehodnocení a sklony k perfekcionismu. Sesbíraná data z rozhovoru signalizují interakce rodinného prostředí, sociálních sítí a mediálního obsahu v rozvoji a udržování mentální anorexie u pacientky.

11.7. Kazuistika č. 7

Osobní informace:

Věk: 16 let

Pohlaví: žena

Výška: 161 cm

Hmotnost: 42 kg

Rodinná anamnéza:

Matka má středoškolské vzdělání s maturitou a vykonává profesi asistentky Probačnické a mediační služby. Otec má střední odborné vzdělání a je podnikatel. Otec je pracovně

vytížený a méně přítomný v domácnosti. Rodiče netrpí žádným duševním onemocněním. Matka je nekuřačka, otec je kuřák.

Osobní anamnéza:

Pacientka byla v dětství silnější dítě. Ve 14 letech se začala zajímat o zdravé stravování a cvičení. Za posledních 8 měsíců došlo u respondentky k výraznému úbytku hmotnosti z 53 kg na 42 kg. Ve 12 letech měla první menstruaci a od té doby byl menstruační cyklus převážně pravidelný. Nicméně, menstruace vymizela po znatelném úbytku hmotnosti. Při preventivní gynekologické prohlídce zjistil gynekolog u dívky absenci menstruace. Koexistence amenorey a nízké hmotnosti vzbudila u lékaře podezření na možnou poruchu příjmu potravy, konkrétně mentální anorexii. Následně doporučil vyšetření u odborníka, které pacientka odmítla, protože se subjektivně cítí zdravá. Pacientka neužívá hormonální antikoncepci. Dlouhodobě neužívá farmaka, z vitamínů suplementuje cholekalciferol (vitamín D3). U pacientky nebyly zaznamenány alergické projevy ani potravinové intolerance. Alkohol ani drogy neužívá a je nekuřačka.

Sociální anamnéza:

Žije v bytě s rodiči. Je v 1. ročníku střední hotelové školy. Ve volném čase jsou její oblíbenou činností vaření a pečení. Její pohybové aktivity zahrnují tanec, jógu a cvičení s vlastní váhou. Respondentka je v jídlu velmi vybíravá.

Sumarizace dat z polostrukturovaného rozhovoru:

1. Pacientka sděluje, že rodiče se o vzhled a hmotnost zajímají.
2. S negativními komentáři od rodiny a blízkých příbuzných na stravovací návyky se setkala. V minulosti byla opakovaně členy rodiny upozorněna, že by měla jíst menší porce jídel s odůvodněním prevence obezity.
3. Přístup rodičů k životnímu stylu a stravování hodnotí dotazovaná jako 3 – striktní.
4. Respondentka si není vědoma, že by PPP trpěl někdo ze členů rodiny.
5. Na pacientku působí chování a postoje přátel v souvislosti se životním stylem a vnímáním vlastního tělesného obrazu.
6. Na sociálních sítích stráví 6 až 8 hodin denně. Dále uvádí, že o víkendech věnuje sociálním sítím více času.
7. Myslí si, že většina uživatelů sociálních sítí sdílí příspěvky, které zobrazují zidealizovanou verzi jejich života, ale zároveň je pro ni velmi obtížné identifikovat upravený obsah.
8. Sleduje převážně účty o cvičení a fit recepty.
9. Platformu Herohero nesleduje, ale zaměřuje se na jiné aplikace. O jejich působení na chování a postoje se nezajímá.
10. Vyloženě tlak z online komunity na změnu stravovacích návyků a životního stylu nepocítuje, ale interakce z online prostředí jí signalizují, že je důležité se neustále zdokonalovat.

11. Pacientka přiznává, že opakovaně zažila šikanu skrze sociální sítě a nevhodné komentáře na vlastní vzhled.
12. Příspěvky zaměřené na vaření, cvičení a vlastní vzhled nesdílí z důvodu obavy z kritických komentářů od ostatních uživatelů, ale ráda se inspiruje jejich obsahem.
13. Respondentka má v oblibě pořady o vaření jako MasterChef, Souboj na talíři, Peče celá země a podobně. Dále sleduje taneční soutěže.
14. Zastává názor, že média určitě vliv mají, ale záleží na každém jedinci, jaký obsah vyhledává.
15. Zažívá nespokojenost s vlastním tělem po zhlédnutí mediálních obsahů zobrazujících dokonalý vzhled a soutěže krásy.
16. Pacientka se vyhýbá mediálním obsahům, které cílí na ideální vzhled, protože jejich sledování jí snižuje sebevědomí.
17. Informace z médií vyvolávají u respondentky nespokojenost s vlastním tělem.
18. Nemá oblíbenou konkrétní modelku ani zpěvačku.
19. Nezajímá se o slavné osobnosti, jež otevřeně sdílí své zkušenosti s poruchami příjmu potravy.
20. Na internetu aktivně vyhledává informace o zdravých receptech a cvičení.
21. Na dotaz ohledně traumatických událostí a dlouhodobě nepříznivých životních situací si nepřeje odpovídat.
22. Respondentka negativně hodnotí vlastní osobu, tělo i hmotnost.
23. Pacientka je velmi nespokojená s vlastním tělem a hmotností z důvodu, že ostatní jedinci na sociálních sítích a v blízkém okolí mají fyzické atributy, které se respondentce líbí, ale sama je postrádá.
24. Uvádí, že trpí úzkostmi a nízkým sebevědomím. V životě chce mít vše perfektní a pod kontrolou.

Shrnutí a dedukce poznatků z rozhovoru:

Z pozorování a rozhovoru bylo zjištěno, že otec je pracovně vytížený a méně přítomný v domácnosti, což podporuje sníženou příležitost pro budování vztahu mezi otcem a respondentkou a oslabenou emocionální podporu ze strany otce. Rodiče mají vysoká očekávání a na pacientku vyvíjí nátlak na udržení hmotnosti. Na pacientku však velmi nepříznivě působí jejich komentáře týkající se jídla a velikostí porcí. Na sociálních sítích zažila šikanu a negativní komentáře na vlastní vzhled. Na sociálních sítích a v médiích vyhledává informace o zdravém vaření a cvičení. Obsah propagující krásné modelky a zidealizovaný vzhled na ni působí negativně a snižuje její sebevědomí. Pacientka pravděpodobně zažila nepříznivou životní situaci, protože na zmíněné téma nechtěla odpovídat. Trpí úzkostmi, nízkým sebevědomím, je sebekritická a chce mít vše perfektní. Zjištěné informace z pozorování a rozhovoru naznačují, že interakce rodinného prostředí, sociálních sítí a mediálního obsahu podporují rozvoj a udržování mentální anorexie u pacientky. Klíčovou roli hrají také individuální predispozice pacientky.

11.8. Kazuistika č. 8

Osobní informace:

Věk: 16 let

Pohlaví: žena

Výška: 156 cm

Hmotnost: 38 kg

Rodinná anamnéza:

Matka i otec mají středoškolské vzdělání s maturitou. Matka vykonává povolání administrativní pracovnice. Otec je nezaměstnaný. Rodiče jsou rozvedeni. Matka trpí depresemi a obsedantně-kompulzivní poruchou. Otec netrpí žádným duševním onemocněním. Matka je nekuřačka, otec je kuřák.

Osobní anamnéza:

V době, kdy byla pacientka dítě se její rodiče rozvedli. Rozvod rodičů pro ni představoval emocionální trauma a klade si jej za vinu. Po rozvodu rodičů se začaly u pacientky projevovat problémy s příjmem potravy. Matka zpozorovala, že dcera výrazně omezila příjem stravy a zvýšil se její zájem o složení a kalorický obsah potravin. Pacientka však jakékoliv problémy související s příjmem potravy odmítala. V průběhu několika měsíců docházelo mezi pacientkou a její matkou ke konfrontacím ohledně potíží s příjmem stravy. Pacientka se proto rozhodla navštívit nutričního terapeuta s cílem zjistit, zda má pravdu ona nebo matka. Následně bylo identifikováno, že pacientka trpí mentální anorexií. Přibližně před 8 měsíci došlo u pacientky k rozvoji sekundární amenorey a od té doby se menstruace neobjevila. Pacientka neužívá hormonální antikoncepci. V dětství jí bylo diagnostikováno astma, které udržuje pod kontrolou inhalační terapie. Je alergická na prach. Nebyly u ní zaznamenány potravinové intolerance. Neužívá drogy ani alkohol a je nekuřačka.

Sociální anamnéza:

Rodiče pacientky jsou rozvedeni. Žije v jedné domácnosti s matkou, bratrem a matčíným přítelem. Současný partner matky je biologickým otcem jejího mladšího bratra. Je v 1. ročníku střední odborné školy a studuje obor veřejnosprávní činnost. Ve volném čase navštěvuje posilovnu pod dohledem osobního trenéra, intenzivně se věnuje běhání a o víkendech vyráží do hor na celodenní túry. Pacientka si stanovila denní limit kalorického příjmu na 1100 kcal, který sleduje a zaznamenává pomocí aplikace Kalorické tabulky.

Sumarizace dat z polostrukturovaného rozhovoru:

1. Respondentka zmiňuje, že o vzhled a hmotnost se zajímá matka. Otec se nezajímá.
2. S negativními komentáři na stravovací návyky a tělesnou hmotnost od blízkých příbuzných se opakovaně setkává.
3. Přístup rodičů ke zdravému životnímu stylu a ke stravovacím návykům (1 – velmi volný až 10 – velmi striktní) hodnotí respondentka jako 10 – velmi striktní u matky a 1 – velmi volný u otce. Pacientka vnímá velmi volný přístup otce negativně z důvodu jeho nedostatečného zájmu o její osobu.
4. V rodině nezaznamenala jedince trpícího PPP, ale její nejlepší kamarádka se dlouhodobě potýká s mentální anorexií.
5. Chování a postoje přátel, obzvláště na sociálních sítích, na respondentku působí a ovlivňují její vnímání vlastního těla.
6. Na sociálních sítích stráví přibližně 8 hodin denně.
7. Respondentka zaznamenala, že například spousta žen na sociálních sítích propaguje nereálné diety a upravený vzhled pomocí filtrů na obličej. Nicméně na sociálních sítích vidá množství štíhlých žen, což způsobuje, že jí to přijde normální.
8. Sleduje obsah zaměřený na tělesný vzhled, cvičení a zdravé recepty. V některých případech působí sledovaný obsah nápomocně, například zdravé vaření a někdy nepříznivě, například neustálé porovnávání se se sledovanými ženami.
9. Platformy s influencery sleduje a jejich působení záleží dle sdíleného obsahu a jeho prezentace influencerem. Dále uvádí, že neustálé pozorování dokonalých fotek ji motivuje k dosažení podobného vzhledu a je pro ni náročné tomuto vlivu odolat.
10. Tlak z online komunity na změnu stravovacích návyků nepocituje, ale myslí si, že pokud má vypadat jako ženy na sociálních sítích, je potřeba množství sněženého jídla kontrolovat.
11. Nevhodné komentáře na vzhled skrze sociální síť opakovaně zažívá. Občas však dostane kompliment na vlastní postavu, což ji motivuje vypadat lépe a být štíhlejší.
12. Na sociální síť sdílí fotky zaměřené na vlastní vzhled, protože poté pocituje zlepšení v sebehodnocení.
13. V médiích se zaměřuje na zdravé vaření, recepty a motivaci ke cvičení.
14. Masmédia zasahují do jejího života a ovlivňují ho. Například pokud vidí v médiích novou dietu, tak ji chce vyzkoušet.
15. Po zhlédnutí mediálních obsahů zobrazujících ideály krásy a soutěže krásy se cítí velmi často nespokojeně s vlastním vzhledem.
16. Zaměření médií primárně na fyzický vzhled na ni působí negativně a myslí si, že hodnocení jedince by nemělo být limitováno pouze na vizuální aspekty.
17. Obsah z médií posiluje její neustálou nespokojenost s vlastním tělem.
18. Má více oblíbených slavných osobností, které obdivuje a inspiruje se jimi.
19. Slavné osobnosti, jež otevřeně sdílí zkušenosti s PPP, velmi obdivuje a uznává jejich odvahu diskutovat o problematice těchto poruch.

20. Na internetu aktivně vyhledává informace o cvičení, zdravých receptech a dietách.
21. Respondentka zažila traumatickou událost, konkrétně rozvod rodičů provázený nepříznivými životními situacemi.
22. Na vlastní vzhled často reaguje silnou potřebou pláče a sebeponižujícím jednáním. Má kritický postoj k vlastní hmotnosti a vzhledu.
23. S vlastním vzhledem a hmotností je neustále nespokojená. Důvodem nespokojenosti je dle pacientky prostor pro zlepšení současné hmotnosti.
24. Pacientka zaznamenala, že trpí úzkostmi a depresemi. Obtíže si uvědomuje a projevila iniciativu stav řešit.

Shrnutí a dedukce poznatků z rozhovoru:

Z provedeného rozhovoru a pozorování byla identifikována přítomnost narušených rodinných vztahů. Pro pacientku byl rozvod rodičů významný psychosociální stresor, proto existuje potenciální kauzální vztah mezi rozvojem a udržováním PPP u pacientky a rozvodem rodičů. Matka přistupuje ke stravování pacientky velmi striktně, otec se naopak o její osobu vůbec nezajímá. Prostřednictvím poruch příjmu potravy může mít pacientka snahu získat kontrolu nad vlastním životem, což je v kontextu dysfunkčního rodinného prostředí. Expozice sociálním sítím dosahuje u pacientky běžně jednu třetinu dne. Na sociálních sítích vyhledává zdravé recepty, štíhlé ženy, obsah zaměřený na vzhled a cvičení, což je další faktor, který podporuje udržování PPP. Mediální obsah zaměřený na krásu a vzhled na ni působí negativně a vzbuzuje v ní nespokojenost s vlastním tělem. Individuální predispozice jako deprese, úzkosti, nízké sebehodnocení hrají také významnou roli. Sesbírané informace z rozhovoru a pozorování signalizují interakce rodinné dynamiky, sociálních sítí a mediálního obsahu ve vzniku a udržování mentální anorexie u pacientky.

11.9. Kazuistika č. 9

Osobní informace:

Věk: 16 let

Pohlaví: žena

Výška: 165 cm

Hmotnost: 51 kg

Rodinná anamnéza:

Matka i otec mají středoškolské vzdělání s maturitou. Matka zastává pozici team leadera pro společnost Seznam.cz. Otec je stavbyvedoucí. Matka v minulosti trpěla mentální bulimií a momentálně je nemoc ve stavu remise. Otec netrpí žádným duševním onemocněním. Matka je nekuřačka, otec je kuřák.

Osobní anamnéza:

Ve 12 letech byla pacientce diagnostikována sideropenická anémie. Anémie léčena suplementací železa a zvýšením přívodu železa ve stravě. Ve 14 letech při pravidelné kontrole odhalil lékař symptomy mentální anorexie. Následně byla pacientce doporučena léčba u dětského psychiatra. Pacientka také navštěvovala denní stacionář pro adolescenty. V 16 letech u pacientky zpozorován přechod k symptomům charakteristickým pro mentální bulimii. Menstruační cyklus byl nepravidelný. V 15 letech začala pacientka užívat hormonální antikoncepci. V poslední době je cyklus pravidelný. Dlouhodobě suplementuje železo. Pravidelně užívá vitamín C. U pacientky nebyly zaznamenány alergické projevy ani potravinové intolerance. Alkohol ani drogy neužívá a je nekuřačka.

Sociální anamnéza:

Žije v bytě s rodiči. Je studentkou 1. ročníku střední školy obchodní a studuje obor ekonomika a sport. Ve volném čase se věnuje tanci a běhu. Pacientka pravidelně střídá období striktních diet s obdobím, kdy se v jídle v neomezuje.

Sumarizace dat z polostrukturovaného rozhovoru:

1. Rodiče pacientky se o její vzhled zajímají.
2. Nesetkává se s negativními komentáři na stravovací návyky a tělesnou hmotnost od blízkých příbuzných. Avšak v mladším věku byla prarodiči a rodiči pobízena ke konzumaci větších porcí jídla.
3. Přístup rodičů ke zdravému životnímu stylu a ke stravovacím návykům (1 – velmi volný až 10 – velmi striktní) hodnotí respondentka jako 6 – spíše striktní.
4. Matka v minulosti trpěla PPP. Pacientka aktuálně neregistruje blízkého příbuzného potýkajícího se s PPP.
5. Přátelé pacientky, primárně prostřednictvím sociálních sítí, působí na její postoje ke stravování, životnímu stylu a vnímání vlastního tělesného obrazu.
6. Uvádí, že strávený čas na sociálních sítích je variabilní. V některých dnech stráví na sociálních sítích 12 hodin a v jiných dnech okolo 4 hodin.
7. Je přesvědčena, že značná část uživatelů sociálních sítí zveřejňuje upravované a vyretušované fotografie. Například aplikace Instagram na ni působí jako místo, kde lidé sdílí zidealizovanou verzi jejich života. Podotýká však, že je velmi obtížné rozeznat autentické fotografie a videa od upravených verzí.
8. Na sociálních sítích vyhledává obsah zaměřený na tanec, běh a fyzický výkon.
9. Není uživatelem platformy Herohero, ale jiné podobné platformy používá. Zastává názor, že influenceři mohou působit na uživatele těchto platforem pozitivně i negativně.
10. Tlak z online komunity na změnu stravovacích návyků a životního stylu registruje.

11. Šikanu ani nevhodné komentáře na vzhled prostřednictvím sociálních sítí nezažila. Avšak ve škole se setkává s posměšky od spolužáků na vlastní hmotnost.
12. Na sociální síť sdílí fotografie vlastní osoby v případě, že je s nimi spokojena. Důvodem je posílení sebevědomí a snaha ukázat nejlepší verzi sebe sama.
13. Z reklam inspiraci nečerpá, ale v televizi ráda sleduje taneční filmy a soutěže.
14. Myslí si, že média ovlivňují život podstatné části společnosti, včetně jí samotné.
15. Po zhlédnutí soutěží krásy a pořadů o dokonalém vzhledu se cítí méněcenně a má pochybnosti o vlastním vzhledu.
16. Cílení médií primárně na fyzický vzhled působí negativně na její duševní pohodu. Je názoru, že neustálé propagování vzhledu má celosvětově velmi špatný dopad.
17. Informace z médií jí velmi často vedou k nespokojenosti s vlastním vzhledem a hmotností.
18. Obdivuje více slavnými osobnostmi a influencerů, kterými se inspiruje.
19. Slavné osobnosti, které otevřeně diskutují o zkušenostech s PPP, vnímá pozitivně.
20. Na internetu aktivně vyhledává informace o běhu, tanci, cvičení a dietách.
21. Nevybavuje si, že by prožila traumatizující situaci.
22. Má kritické sebehodnocení, trpí nedostatkem sebevědomí a negativně hodnotí vlastní tělo a hmotnost.
23. Je neustále nespokojená s vlastní hmotností a tělem. Důvodem bylo posmívání od spolužáků pro její přílišnou hubenost. Momentálně se jí nelíbí rychlý nárůst hmotnosti a tělesné tvary.
24. Pacientka trpí nízkým sebevědomím a depresemi. Chce vypadat perfektně a dokonale za všech okolností.

Shrnutí a dedukce poznatků z rozhovoru:

Z rozhovoru bylo odhaleno, že v mladším věku byla pacientka rodinou pobízena přijímat větší porce jídla. Komentáře členů rodiny u ní prohlubují problém s určením správných velikostí porcí a nezdravý vztahu k jídlu. Anamnéza PPP u matky poukazuje na nevhodné jídelní postoje, které může po vzoru matky kopírovat pacientka, což podporuje rozvoj a udržování nemoci. Od spolužáků slyší nemístné komentáře na vlastní hmotnost. Na sociálních sítích stráví velké množství času. V online prostoru usiluje o perfektní a dokonalou sebe prezentaci. Z mediálního obsahu a na internetu aktivně čerpá informace o cvičení, tanci běhu a dietách. Mediální obsah zintenzivňuje její negativní postoj k vlastnímu tělu a hmotnosti. Závažnost problému posiluje její nízké sebevědomí a perfekcionismus. Získané informace z rozhovoru nasvědčují, že působení rodinného prostředí, sociálních sítí a mediálního obsahu podporují rozvoj a udržování PPP u pacientky.

11.10. Kazuistika č. 10

Osobní informace:

Věk: 10 let

Pohlaví: žena

Výška: 147 cm

Hmotnost: 31 kg

Rodinná anamnéza:

Matka i otec mají středoškolské vzdělání s maturitou. Matka vykonává povolání terénní sociální pracovnice. Otec je elektrikář. Rodiče netrpí žádným duševním onemocněním. Matka užívá elektronickou cigaretu, otec je nekuřák.

Osobní anamnéza:

Pacientka prodělala běžné nemoci. V posledním roce se začala intenzivně zajímat o zdravé stravování a diety. Úmyslně snižuje hmotnost. Pro matku bylo obtížné zvládat její problematické stravovací chování, a proto se rozhodla vyhledat odbornou pomoc. Pacientka momentálně navštěvuje dětského psychologa. Dosud u ní nedošlo k první menarche. Neužívá hormonální antikoncepci ani jiné léky. U pacientky nebyly zaznamenány alergické projevy ani potravinové intolerance. Alkohol ani drogy neužívá a je nekuřačka.

Sociální anamnéza:

Rodiče žijí odděleně a pacientka je ve střídavé péči. Navštěvuje 4. třídu základní školy. Žije velmi aktivně, vyžaduje každodenní pohyb a má spoustu volnočasových aktivit, kterými jsou gymnastika, jízda na koni, tenis a golf. Ve volných chvílích jezdí na kole nebo kolečkových bruslích. Pacientka je v jídlu velmi vybíravá. Nekonzumuje ryby a luštěniny, odmítá neznámé potraviny a preferuje velmi malé porce.

Sumarizace dat z polostrukturovaného rozhovoru:

1. Matka se o její vzhled zajímá intenzivně. Pacientka uvádí, že jí matka koupila kosmetiku z důvodu nástupu puberty. Matka považuje za důležité, aby pacientka dodržovala pravidelnou večerní hygienu a důkladně si umývala obličej. Otec se o ní zajímá, ale ne v razantní míře jako matka.
2. S negativními komentáři ze strany rodičů se nasetkala, ale matka jí zakazuje jíst sladkosti a nezdravé potraviny.
3. Přístup rodičů ke zdravému životnímu stylu a ke stravovacím návykům (1 – velmi volný až 10 – velmi striktní) hodnotí respondentka jako 10 – velmi striktní u matky a 2 – více volný u otce. Matka jí zakazuje jíst sladkosti a sama je nejjí s odůvodněním, že již překročila věk vhodný pro jejich konzumaci. Dále uvádí, že v případě, že tráví čas s otcem, tak může jíst cokoliv.
4. Respondentka nemá povědomí o výskytu poruch příjmu potravy u žádného z členů rodiny.
5. Nedokáže určit míru vlivu přátel a vrstevníků v souvislosti se stravováním a vnímáním vlastního tělesného obrazu.

6. Na sociálních sítích stráví přibližně 4 až 5 hodin. Nejčastěji preferuje volání s kamarádkami přes aplikaci WhatsApp. Sociální sítě má od matky povolené v případě, že má hotové všechny úkoly.
7. Nemyslí si, že se na sociálních sítích propaguje zidealizovaný životní styl a upravený tělesný vzhled. Rozdíly mezi realitou a virtuálním prostředím nevnímá.
8. Na sociálních sítích se zaměřuje na účty, které sdílí vše okolo tenisu, gymnastiky, golfu a koní. Sociální sítě také využívá jako zdroj inspirace pro volnočasové aktivity.
9. Nesleduje platformu Herohero ani jiné podobné placené platformy, protože je nemá od matky povolené.
10. Neregistruje tlak z online komunity na změnu stravovacích návyků nebo životního stylu.
11. Šikanu ani nevhodné komentáře na vzhled skrze sociální sítě nezažívá.
12. Na sociální sítě zveřejňuje fotografie, na kterých hraje tenis, jezdí na koni, trénuje gymnastiku a podobně. Uvádí, že fotografie sdílí, protože se jí líbí dostávat od přátel likes („to se mi líbí“) a pozitivní reakce vyjádřené pomocí srdíček.
13. V televizi ani v reklamách nevyhledává pořady o vaření a slavných osobnostech. Zaměřuje se na sportovní přenosy jako jezdecké závody a sportovní gymnastika.
14. Nemyslí si, že by jí média ovlivňovala například ve výběru potravin. Spíše z nich čerpá inspiraci pro volnočasové aktivity.
15. Nespokojenost s vlastním tělem po zhlédnutí mediálních obsahů zobrazujících ideály krásy zažívá, proto má snahu vyhýbat se zmíněným obsahům.
16. Na téma zaměření médií primárně na fyzický vzhled nemá jasně formulovaný názor. Má snahu nesledovat obsah zaměřený na fyzický vzhled.
17. Informace z médií ji nevedou k nespokojenosti s vlastním tělem.
18. Její oblíbená slavná osobnost je Wednesday alic Jenna Ortega, kterou se inspiruje a obdivuje ji.
19. O slavných osobnostech, které otevřeně sdílí zkušenosti s PPP, dosud nepřemýšlela a nemá na ně utvořený názor.
20. Na internetu nevyhledává informace o vaření a zdravých receptech, ale zaměřuje se na aktuality ze sportu, tenisu, golfu, gymnastiky a podobně.
21. Na otázku, zda zažila traumatickou událost anebo nepříznivou životní situaci si pacientka nepřeje odpovídat a prosí o její přeskočení.
22. Sklony ke kritickému hodnocení vlastního vzhledu a hmotnosti běžně mívá.
23. Není spokojená s vlastním vzhledem a hmotností.
24. Respondentka trpí úzkostmi. Perfektní výsledky vyžaduje ve sportovních aktivitách, kterým se věnuje.

Shrnutí a dedukce poznatků z rozhovoru:

Z rozhovoru bylo zjištěno, že pacientka má střídavou péči, přičemž má odlišný režim u matky a u otce. Otec jí poskytuje větší volnost, zatímco u matky má striktní režim s různými zákazy. Přísnější režim naznačuje, že matka chce mít vše pod kontrolou. Vzhledem k situaci je možné, že pacientka pociťuje nedostatek kontroly nad vlastním

životem, což může vést k jejímu zaměření na tělesnou hmotnost jako na oblast, jež může ovládat. Pacientka má silnou potřebu každodenního pohybu. Na sociální síti sdílí fotografie s vlastními sportovními aktivitami, protože jí přináší potěšení příznivé reakce, které dostává od ostatních. V online prostředí a médiích vyhledává obsah zaměřený na sportovní aktivity, což může hrát roli v utváření její představy o ideální postavě a přístupu k vlastnímu tělu. Její perfekcionismus ve sportu může zintenzivňovat a prohlubovat celkový stav. Sesbíraná data z rozhovoru naznačují, že interkce rodinného prostředí, sociálních sítí a mediálního obsahu podporují rozvoj a udržování PPP u pacientky.

11.11. Výsledky

Zde jsou prezentovány rizikové faktory, které v konkrétních případech podporují a udržují poruchy příjmu potravy.

Rodinné prostředí

Kazuistika č. 1: negativní postoj otce k obézním lidem, kontrola a zákaz konzumace určitých potravin ze strany otce, nevhodné komentáře členů rodiny na hmotnost pacientky a stravovací návyky, extrémní diety matky, stresové události v rodině (dočasné odloučení rodičů)

Kazuistika č. 2: absence otce v rodině, silně kontrolující chování ze strany matky zaměřené na vzhled, hmotnost a stravování respondentky (velikost porcí, druh přijímaných potravin)

Kazuistika č. 3: přehnaná pozornost matky věnovaná vzhledu pacientky, kontrola ze strany matky v pravidelnosti stravy a přijímaných potravinách, PPP v anamnéze matky – možnost kopírování nevhodných stravovacích návyků po vzoru matky, stresové a traumatické události v rodině (přechod na novou školu, ztráta blízké osoby)

Kazuistika č. 4: nezájem otce o pacientku a nedostatek komunikace s ní, nevhodné komentáře blízkých osob na stravovací návyky respondentky (množství konzumovaného jídla, velikost porcí), anamnéza PPP v rodině, traumatická událost v rodině

Kazuistika č. 5: v rámci rodinného prostředí nebyly identifikovány rizikové faktory

Kazuistika č. 6: komentáře rodičů na stravovací návyky respondentky, nesouhlas rodičů s jejím výběrem potravin a prosazování potravin jimi preferovaných, vyšší požadavky a nároky rodičů, tlak rodičů na výkon ve škole a sportu, excesivní sportování matky

Kazuistika č. 7: pracovní vytíženost otce a jeho menší přítomnost v životě pacientky, nevhodné komentáře členů rodiny na stravovací návyky respondentky (velikost porcí, množství přijímané potravy), vysoká očekávání ze strany rodičů, tlak rodičů na hmotnost respondentky

Kazuistika č. 8: nezájem otce o respondentku, nevhodné komentáře od blízkých příbuzných na stravovací návyky a tělesnou hmotnost pacientky, striktní přístup matky v kontrastu s nezájmem otce, stresová situace v rodině (rozvod rodičů)

Kazuistika č. 9: pobízení ze strany rodiny ke konzumaci větších porcí, PPP v anamnéze matky – možnost kopírování nevhodných stravovacích návyků po vzoru matky

Kazuistika č. 10: volný režim otce v kontrastu s režimem matky zahrnující striktní režim a zákazy, přehnaná kontrola zaměřená na vzhled ze strany matky

Sociální síť

Kazuistika č. 1: strávený čas 8 hodin ve všední dny a 10 hodin a více o víkendech, sledování účtů o vaření, zdravých receptech a cvičení, zesměšňování jejího vzhledu a stylu oblékání spolužáky přes platformy sloužící pro komunikaci

Kazuistika č. 2: strávený čas 7 hodin ve všední dny a 12 hodin a více o víkendech, sledování profilů o cvičení, vaření a zdravých receptech, vyhledávání informací o nízkokalorických potravinách a dietách, touha po vzhledu z online prostředí

Kazuistika č. 3: strávený čas okolo 9 hodin denně, sledování platform dle jejich aktuálních zájmů a zaměřených na vzhled

Kazuistika č. 4: strávený čas přibližně 5 hodin denně, sledování účtů, které cílí na vzhled a cvičení

Kazuistika č. 5: strávený čas 4 až 6 hodin denně, sledování profilů o sportovcích, potravinách a zdravém vaření

Kazuistika č. 6: strávený čas 4 až 5 hodin denně, sledování účtů, které se zaměřují na thinspiration a gymnastiku

Kazuistika č. 7: strávený čas 6 až 8 hodin v běžných dnech, o víkendech více, vyhledává profily o cvičení a fit receptech, šikana a negativní komentáře na vlastní vzhled přes aplikace sloužící pro komunikaci a sdílení fotografií, videí

Kazuistika č. 8: strávený čas přibližně 8 hodin denně, sledování účtů zaměřených na tělesný vzhled, cvičení a zdravé recepty, nevhodné komentáře na vlastní vzhled skrze sociální síť

Kazuistika č. 9: proměnlivý strávený čas od 4 do 12 hodin denně, sledování profilů, které cílí na tanec, běh, cvičení a fyzický výkon

Kazuistika č. 10: strávený čas přibližně 4 až 5 hodin denně, sledování účtů zaměřených na jízdu na koni, tenis, gymnastiku a golf

Mediální obsah

Kazuistika č. 1: vyhledávání pořadů o vaření a zdravých receptech, vliv médií na výběr potravin a doplňků stravy, negativní emocionální reakce po zhlédnutí obsahu zaměřeného na vzhled

Kazuistika č. 2: preference potravin anebo doplňků stravy zhlédnutých v médiích, negativní emocionální reakce po zhlédnutí obsahu zaměřeného na vzhled a ženský ideál

Kazuistika č. 3: preference mediálního obsahu orientovaného na vzhled, touha po dokonalém vzhledu zhlédnutém v médiích

Kazuistika č. 4: působení médií na výběr potravin, negativní emocionální reakce po zhlédnutí obsahu zaměřeného na dokonalý vzhled a sportovní soutěže, zájem o obsah, který cílí na vzhled

Kazuistika č. 5: vyhledávání pořadů o zdravém vaření, potravinách a receptech, působení masmédií ve spolupráci s veřejně známými sportovci na výběr vitamínů, proteinů, doplňků stravy a potravin

Kazuistika č. 6: sledování sportovních programů, především badmintonových soutěží a gymnastiky, patrné ovlivňování médií, vyhledávání obsahu soustředěného na výkony gymnastek jako zdroj inspirace

Kazuistika č. 7: sledování pořadů o vaření a tanečních soutěžích, negativní emocionální reakce po zhlédnutí obsahu zaměřeného na dokonalý vzhled a soutěže krásy

Kazuistika č. 8: vyhledávání obsahu zaměřeného na motivaci ke cvičení, zdravé vaření a recepty, zkoušení diet propagovaných mediálním obsahem – značný vliv masmédií, negativní emocionální reakce po zhlédnutí obsahu zaměřeného na ideály krásy

Kazuistika č. 9: sledování filmů a soutěží o tanci, znatelný vliv médií, negativní emocionální reakce po zhlédnutí obsahu zaměřeného na soutěže krásy a dokonalý vzhled

Kazuistika č. 10: vyhledávání sportovních přenosů jako jezdecké závody a sportovní gymnastika, čerpání inspirace z médií pro volnočasové aktivity, negativní emocionální reakce po zhlédnutí mediálního obsahu zobrazujícího ideály krásy

12. Diskuse

Hlavním cílem diplomové práce bylo zjistit, zda interakce rodinného prostředí, sociálních sítí a mediálního obsahu přispívají k rozvoji poruch příjmu potravy u dětí a adolescentů. Prostřednictvím hloubkových rozhovorů s 10 respondenty, kteří mají osobní zkušenost s poruchami příjmu potravy, se podařilo odhalit různé rizikové faktory, které mohou podporovat rozvoj těchto poruch. S pomocí tří výzkumných otázek byl primární cíl realizován.

Předtím, než bude přistoupeno k objasnění hlavního cíle diplomové práce a výzkumných otázek, je nezbytné uvést případné nedostatky a limity diplomové práce. Zvolený kvalitativní přístup založený na kazuistikách umožnil hloubkové prozkoumání konkrétních případů, což bylo hlavním záměrem průzkumu. Avšak nesmíme opomenout, že závěry vyvozené z našeho výzkumu jsou aplikovatelné pouze na zkoumaný vzorek a nelze jej zobecňovat na širší populaci. Výběr respondentů byl záměrný, přičemž kritériem byl jedinec s diagnózou PPP. Pohlaví respondentů nebylo selektivním kritériem, nicméně složení vzorku představuje výraznou převahu žen nad muži. Proto by mohly v rámci genderové vyváženosti vzniknout odlišné výsledky. Také je nutné brát v úvahu, že rozhovory s jinými respondenty by mohly vést k rozdílným zjištěním. Volba jiné metodologie, konkrétně nahrazení případové studie za kvantitativní dotazníkové šetření, by umožnila oslovit podstatně větší počet respondentů. S ohledem na výše diskutované možnosti je objasněn primární cíl a 3 výzkumné otázky.

Výzkumná otázka č. 1: Jaký vliv může mít rodinné prostředí (postoje rodičů, kritika stravovacích návyků, sourozenci, poruchy příjmu potravy v rodině) na rozvoj poruch příjmu potravy?

Průzkumné šetření prokázalo, že rodinné prostředí má významnou roli při rozvoji poruch příjmu potravy, což dokládá také literatura: Rodina je prvním důležitým sociálním prostředím, ve kterém si dítě osvojuje stravovací návyky. Zejména rodiče jsou pro dítě vzorem a mají v jeho životě roli vychovatelů, kteří ovlivňují rozhodování a stravovací návyky dítěte (Yee et al., 2017). U zkoumaného vzorku se v rámci vlivu rodinného prostředí projeví rizikové faktory, které podporovaly a udržovaly poruchy příjmu potravy u 9 z 10 respondentů. Byly odhaleny rysy jako absence otce v rodině anebo jeho neúčast, negativní postoj k obézním lidem a nevhodné komentáře členů rodiny týkající se hmotnosti, kontrolující chování rodičů, přehnaná pozornost věnována vzhledu, nevhodné komentáře členů rodiny na stravovací návyky, tlak na výkon ze strany rodičů a jejich vysoká očekávání, nepříznivá anebo traumatická událost v rodině a anamnéza PPP v rodině.

U respondentek č. 2, 4, 7 a 8 byl v rodině méně přítomen otec, nejevil zájem anebo zcela v rodině chyběl. Studie zabývající se vztahy mezi rodiči a pacientkami s poruchami příjmu potravy dokazují, že nejistá vazba je spojena s vyšší mírou psychopatologie a pacientky obvykle popisují otce negativně a vnímají je jako nepřístupné nebo odmítavé. Dále studie potvrzuje, že rodiče dívek s PPP byli ve vztahu ke svým dcerám méně citově angažovaní (Izydorczyk et al., 2021). V rozhovoru s respondentkou č. 1, která trpí

psychogenním přejídáním bylo zjištěno, že otec respondentky má negativní postoj k obézním lidem a členové rodiny negativně a nevhodně komentují její tělesnou hmotnost. Studie opakovaně odhalily, že obavy rodičů o hmotnost dítěte a škádlení rodičů ohledně hmotnosti je spojená s vyšším rizikem psychogenního přejídání u adolescentů (West et al., 2023). U respondentky č. 1 bylo zpozorováno kontrolující a restriktivní chování ze strany otce a u respondentek č. 2, 3, 8 a 10 bylo zaznamenáno kontrolující chování ze strany matky, což může vytvářet nezdravý vztah k jídlu jako prostředek vzdoru. U respondentky č. 6 byl zaznamenán nesouhlas rodičů s jejím výběrem potravin a prosazování potravin jimi preferovaných. Na respondentku č. 9 byl vyvíjen nátlak ke konzumaci větších porcí. Vědecké poznatky dokládají, že kontrolní postupy rodičů, restriktivní stravovací metody a metody nátlaku na jídlo jsou spojeny se zvýšeným výskytem poruch příjmu potravy u dospívajících (Loth et al., 2013; West et al., 2023). Zájem o vzhled dítěte se projevil alespoň u jednoho z rodičů všech respondentů. Přehnaná a intenzivní pozornost matky věnovaná vzhledu byla registrována u respondentek č. 2, 3 a 10. Zájem rodičů o hmotnost dítěte byl pozorován u respondentek č. 7 a 10. Studie potvrzují souvislost mezi tlakem rodičů na tělesný obraz a následnou nespokojeností dětí s vlastním tělem a rozvojem poruch příjmu potravy (Chen et al., 2023). Respondentky č. 1, 4, 6, 7 a 8 v rozhovoru přiznaly, že slýchávají nevhodné komentáře členů rodiny na stravovací návyky. Studie potvrzují, že rodiče mají zásadní vliv na přesvědčení a chování dospívajících a jakékoliv negativní komentáře týkající se jídla a hmotnosti byly významně spojeny s rozvojem poruch příjmu potravy (Dahill et al., 2022). Tlak a vyšší požadavky rodičů na výkon byl registrován u respondentek č. 6 a 7. Výzkumy potvrzují, že společenská očekávání, srovnávání a tlak rodičů na sportovní aktivitu přispívají k neuspořádanému stravovacímu chování a rozvoji poruch příjmu potravy (Chen et al., 2023; Matheson et al., 2023; Mitchell et al., 2024). Traumatickou anebo stresovou událost v rodině zažily respondentky č. 1, 3, 4 a 8. Pro respondentky č. 7 a 10 byla otázka ohledně traumatu příliš citlivá a nepřály si na ni odpovídat. Lze tedy předpokládat, že se s nepříznivou životní situací setkaly. Výzkumy dokládají, že expozice traumatu je rizikovým faktorem pro potravinovou nejistotu a zvýšený výskyt symptomů poruch příjmu potravy (Kells et al., 2024; Mendoza et al., 2024). Výskyt poruch příjmu potravy v rodině se objevil u respondentky č. 4. PPP v anamnéze matek byly zjištěny u respondentek č. 3 a 9. Studie potvrzují, že výskyt PPP v rodině zvyšuje riziko rozvoje poruch příjmu potravy. Děti matek s PPP vykazují více obtíží v oblasti stravování, jídelního chování a vykazují významně vyšší prevalenci symptomů poruch příjmu potravy (Martini et al., 2020).

Zjištěné poznatky potvrzují komplexní povahu vztahu mezi rodinným prostředím a rozvojem poruch příjmu potravy. Vědecké studie dokumentují, že rodinná dynamika a zavedené vzorce chování představují klíčové faktory při vzniku a rozvoji PPP (West et al., 2023).

Ačkoliv průzkum analyzoval rizikové faktory rodinného prostředí v kontextu PPP, studie poukazují také na protektivní činitele v rodinném systému. Rodina respondenta č. 5 má silné vazby a členové rodiny se vzájemně podporují, proto je v tomto případě rodinné prostředí ochranný faktor, který zvyšuje úspěšnost léčby. Studie dospívajících uvádí, že silná rodinná soudržnost a reciproční podpora představují ochranný faktor proti rozvoji PPP (Erriu

et al., 2020). Dalším protektivním faktorem v rodinném prostředí je pravidelné společenské stravování. Výzkumy dokumentují ochrannou roli rodinného stolování v prevenci poruch příjmu potravy, přičemž pravidelné společné stravování významně snižuje riziko rozvoje patologického jídelního chování u dětí a dospívajících (Ju et al., 2024).

Dále se průzkum zaměřoval na souvislost mezi intenzitou užívání sociálních sítí, vystavením idealizovanému obsahu a rizikem rozvoje poruch příjmu potravy.

***Výzkumná otázka č. 2:** Jak může souviset používání sociálních sítí (strávený čas online, prezentování ideální krávy, úprava fotografií, sdílení receptů, sledování určitých účtů, oblíbení influencerů) se vznikem poruch příjmu potravy?*

V posledních letech výrazně narůstá vliv sociálních sítí, což se také potvrdilo v průzkumu diplomové práce. Sociální síť používá všech 10 respondentů a nenašel se mezi nimi žádný jedinec, který by neměl zkušenost se sociálními sítěmi. Všichni respondenti se věnují sociálním sítím minimálně 4 hodiny. Respondentky č. 1, 2, 3, 7, 8 a 9 v rozhovoru sdělily, že na sociálních sítích zvládnou strávit jednu třetinu dne, což představuje přibližně 8 hodin. Vědecké poznatky dokládají, že používání sociálních sítí je rizikovým faktorem pro rozvoj poruch příjmu potravy (Dane & Bhatia, 2023). Výzkumy potvrzují pozitivní korelaci mezi stráveným časem u obrazovky, používáním sociálních sítí a poruchami příjmu potravy. Každá další hodina celkového času stráveného v online prostoru byla spojena s vyšší pravděpodobností výskytu strachu z nárůstu hmotnosti, sebehodnocení vázaného na hmotnost, kompenzačního chování s cílem předcházet nárůstu hmotnosti a úzkostí spojených s přejídáním (Chu et al., 2024; Suhag & Rauniyar, 2024). Všech 10 respondentů sleduje profily orientované na vzhled, hmotnost a jídlo. Na základě rozhovorů s respondenty bylo zjištěno, že nejčastěji konzumovaným obsahem jsou účty zaměřené na vaření, zdravé recepty, potraviny, cvičení, sport, fyzický výkon a vzhled. Studie odhalily, že narůstá obsah podporující poruchy příjmu potravy (Gerwin & Ashraf, 2024). Sledování obsahů propagujících ideál krásy, dokonalý vzhled, zdravý životní styl prostřednictvím diet a fitness inspirací zvyšuje pravděpodobnost narušeného vztahu k vlastnímu tělu, nástupu problematického stravovacího chování a rozvoje patologických vzorců příjmu potravy (Dane & Bhatia, 2023). Respondentka č. 6 vyhledává účty, které se zaměřují na thinspiration. Účty, které respondentka vyhledává, jsou spojeny s rizikem rozvoje poruch příjmu potravy. Literatura upozorňuje, že ve virtuálním prostoru existují komunity, které podporují poruchy příjmu potravy a její členové mají zvýšené riziko rozvoje PPP. Profily prezentují nebezpečné informace o stravovacích návycích, tělesném vzhledu a stimuluji udržování nemoci (Mento et al., 2021). Respondentky č. 1, 7 a 8 zažily prostřednictvím sociálních sítí nevhodné komentáře na vlastní vzhled, zesměšňování vizáže a kyberšikanu. Vědecké poznatky potvrzují, že kyberšikana se stále častěji vyskytuje u dospívajících trpících PPP. Vzhledem k rozsáhlému využívání sociálních sítí a rychlému šíření veškerého zveřejněného obsahu, je prakticky nemožné kontrolovat internetové stránky, které podporují chování, jež přispívá k rozvoji a udržování PPP. Kybernetická agrese často zahrnuje odsuzování tělesného vzhledu, což má devastující dopad na sebevědomí u psychicky zranitelných osob (De Diego Díaz Plaza et al., 2022).

Sesbíraná data prokazují souvislost mezi používáním sociálních sítí a rozvojem poruch příjmu potravy, což potvrzují také odborné publikace (Gao, 2023).

Přestože studie dokumentují převážně negativní asociaci mezi expozicí sociálním sítím a rozvojem PPP, některé výzkumy identifikují i protektivní aspekty. V reakci na propagaci nereálných tělesných ideálů se rozvinula podpora pozitivního vnímání vlastního těla, tzv. „body positivity“. Cílem je rozvinout pozitivní tělesné sebepojetí a sebeakceptaci nezávisle na hmotnosti, tělesných tvarech a etnické příslušnosti. Studie potvrzují, že jedinci exponovaní obsahům propagujícím „body positivity“ projevovali zvýšenou spokojenost s vlastním tělem a vyšší stupeň sebeúcty, přičemž současně vykazovali nižší míru negativních dopadů (Ladwig et al., 2024).

V neposlední řadě se průzkum zaměřoval na působení mediálního obsahu na vznik PPP.

***Výzkumná otázka č. 3:** Jak se může podílet mediální obsah (filmy o zpěvačkách a modelkách, pořady o hubnutí a zdravém vaření, reklamy o jídle) na rozvoji poruch příjmu potravy?*

Provedené průzkumné šetření potvrdilo, že mediální obsah se zásadně podílí na rozvoji poruch příjmu potravy. Rozhovory s respondentkami č. 1, 2, 4, 7, 8, 9 a 10 odhalily negativní působení mediálního obsahu zdůrazňujícího vzhled a prezentujícího ideály krásy. Respondentka č. 3 přiznala, že touží po dokonalém vzhledu zhlédnutém v médiích. Studie potvrzují, že jedinci, kteří uvádějí nespokojenost s vlastním tělem, častěji sledují mediální obsah. Nejčastěji se obavy týkají nedostatečné štíhlosti a atraktivity a rovněž nespokojenosti s tvary těla a obličejem. U jedinců sledujících mediální obsah byla také ve vyšší míře zaznamenána depresivní symptomatika (Charmaraman et al., 2021). Z rozhovorů s respondenty se potvrdilo, že média, především televize a reklamní sdělení, ovlivňují respondenty č. 1, 2, 4, 5 a 8 ve výběru potravin a doplňků stravy. Vědecká zkoumání potvrzují, že potraviny představují nejčastěji propagovanou kategorii v televizních stanicích, které děti sledují a 98 % medializovaných potravin má nízkou nutriční hodnotu. Je prokázáno, že sledování televize souvisí s nezdravými stravovacími návyky dětí (Harris & Bargh, 2009; Xian et al., 2024). Pořady o vaření a zdravých receptech vyhledávali respondenti č. 1, 5, 7 a 8. Sportovní programy a pořady zaměřené na tanec, cvičení a sportovní výkon vyhledávaly respondentky č. 6, 7, 8, 9 a 10. Vyhledávání obsahů o jídle a nízkokalorických potravinách je velmi populární, avšak manifestuje tendenci k omezené konzumaci jiných druhů potravin a narušenému stravovacímu chování (Kinkel-Ram et al., 2022). Masmédia zobrazují tělesnou postavu jako štíhlou, vysportovanou a ideální, což má za následek snahu dosáhnout nereálných představ o tělesných tvarech a symptomy poruch příjmu potravy (Hausenblas et al., 2013; Kaziga et al., 2021).

Z výsledných zjištění průzkumu vyplývá, že na rozvoji a udržování PPP u respondentů se podílely všechny analyzované faktory – rodinná dynamika, sociální sítě a masmédia. Dle Papežové je etiologie onemocnění determinována multifaktoriální konstelací rizikových faktorů, respektive jejich synergickou interakcí (Papežová, 2018).

Závěr

Úkolem diplomové práce bylo prozkoumat interakční vlivy rodinného prostředí, sociálních sítí a mediálního obsahu v rozvoji poruch příjmu potravy u dětí a adolescentů. Teoretická část vycházela z nejnovějších vědeckých publikací a její stěžejní kapitoly se soustředily na problematiku rodinného prostředí, sociálních sítí a médií ve spojitosti s poruchami příjmu potravy. Praktická část byla realizována metodologií kvalitativního výzkumu, konkrétně případovými studii. Pro dosažení hlavního cíle byly definovány 3 výzkumné otázky.

Rezultáty průzkumu potvrdily, že rodinné prostředí, sociální sítě a média hrají významnou roli v rozvoji a udržování poruch příjmu potravy u všech respondentů. V případě rodinného prostředí se jako zásadní ukázaly nežádoucí komentáře členů rodiny týkající se hmotnosti a stravovacích návyků, přehnaná pozornost rodičů věnována vzhledu, tlak na výkon ze strany primárních pečovatелů, absence otce v rodinném systému, traumatická událost v rodině a rodinná historie poruch příjmu potravy. V kontextu sociálních sítí se jako stěžejní prokázaly: doba expozice virtuálnímu prostředí, sledování obsahů zaměřujících se na vzhled, hmotnost, cvičení, dietní recepty a také nevhodné komentáře a zesměšňování v online sféře. U mediálního obsahu se projevíly: negativní dopad prezentovaných ideálů krásy na respondenty, působení médií na výběr potravin a interakce s televizními pořady o vaření, cvičení a soutěžích krásy.

Výsledky práce mohou být přínosné pro nutriční terapeutky a odborníky pracujícími s pacienty s poruchami příjmu potravy. Léčba poruch příjmu potravy vyžaduje komplexní přístup. Současně je důležité edukovat rodiče o jejich klíčové roli při formování vztahu dítěte k jídlu a vlastnímu tělu. Závěrem lze konstatovat, že problematika poruch příjmu potravy je ve společnosti stále aktuálnější a vyžaduje pozornost nejen odborníků a rodičů, ale i celé veřejnosti.

Seznam použité literatury

- Abdoli, M., Scotto Rosato, M., Cipriano, A., Napolano, R., Cotrufo, P., Barberis, N., & Cella, S. (2023). Affect, Body, and Eating Habits in Children: A Systematic Review. *Nutrients*, *15*(15), 3343. <https://doi.org/10.3390/nu15153343>
- Adams, K. N., & Hovel, E. (2024). Eating Disorders. *Advances in Pediatrics*, S0065310124003220. <https://doi.org/10.1016/j.yapd.2024.02.005>
- Al Nasser, Y., Muco, E., & Alsaad, A. J. (2023). Pica. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532242/>
- Arija Val, V., Santi Cano, M. J., Novalbos Ruiz, J. P., Canals, J., & Rodríguez Martín, A. (2022). Characterization, epidemiology and trends of eating disorders. *Nutrición Hospitalaria*. <https://doi.org/10.20960/nh.04173>
- Atchison, A. E., & Zickgraf, H. F. (2022). Orthorexia nervosa and eating disorder behaviors: A systematic review of the literature. *Appetite*, *177*, 106134. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2022.106134>
- Balasundaram, P., & Santhanam, P. (2023). Eating Disorders. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK567717/>
- Barakat, S., McLean, S. A., Bryant, E., Le, A., Marks, P., National Eating Disorder Research Consortium, Aouad, P., Barakat, S., Boakes, R., Brennan, L., Bryant, E., Byrne, S., Caldwell, B., Calvert, S., Carroll, B., Castle, D., Caterson, I., Chelius, B., Chiem, L., ... Maguire, S. (2023). Risk factors for eating disorders: Findings from a rapid review. *Journal of Eating Disorders*, *11*(1), 8. <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00717-4>
- Barthels, F., Fischer, M., Keskini, R., Schöl, A. M., & Pietrowsky, R. (2024). The various facets of orthorexic eating behavior: Five case reports of individuals with supposed orthorexia nervosa. *Journal of Eating Disorders*, *12*(1), 31. <https://doi.org/10.1186/s40337-024-00988-z>
- Bhattacharya, A., DeFilipp, L., & Timko, C. A. (2020). Feeding and eating disorders. In *Handbook of Clinical Neurology* (Roč. 175, s. 387–403). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-64123-6.00026-6>
- Bills, E., Greene, D., Stackpole, R., & Egan, S. J. (2023). Perfectionism and eating disorders in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Appetite*, *187*, 106586. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2023.106586>
- Coombs, H. V. (2022). *Case Study Research Defined [White paper]*. Zenodo. <https://doi.org/10.5281/ZENODO.7604301>
- Culbert, K. M., Sisk, C. L., & Klump, K. L. (2021). A Narrative Review of Sex Differences in Eating Disorders: Is There a Biological Basis? *Clinical Therapeutics*, *43*(1), 95–111. <https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2020.12.003>
- Cybulski, L., Ashcroft, D. M., Carr, M. J., Garg, S., Chew-Graham, C. A., Kapur, N., & Webb, R. T. (2021). Temporal trends in annual incidence rates for psychiatric disorders and self-harm among children and adolescents in the UK, 2003–2018. *BMC Psychiatry*, *21*(1), 229. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03235-w>
- Dahill, L. M., Morrison, N. M. V., Mannan, H., Mitchison, D., Touyz, S., Bussey, K., Trompeter, N., & Hay, P. (2022). Exploring associations between positive and negative valanced parental comments about adolescents' bodies and eating and eating problems: A community study. *Journal of Eating Disorders*, *10*(1), 43. <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00561-6>
- Dahill, L. M., Touyz, S., Morrison, N. M. V., & Hay, P. (2021). Parental appearance teasing in adolescence and associations with eating problems: A systematic review. *BMC Public Health*, *21*(1), 450. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10416-5>
- Dalle Grave, R., Sartirana, M., & Calugi, S. (2021). *Complex Cases and Comorbidity*

in *Eating Disorders: Assessment and Management*. Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-69341-1>

Dane, A., & Bhatia, K. (2023). The social media diet: A scoping review to investigate the association between social media, body image and eating disorders amongst young people. *PLOS Global Public Health*, 3(3), e0001091. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0001091>

Davis, H. A., Smith, G. T., & Keel, P. K. (2020). An examination of negative urgency and other impulsogenic traits in purging disorder. *Eating Behaviors*, 36, 101365. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2020.101365>

Davis, H. A., & Wildes, J. E. (2023). Eating disorders: Bulimia nervosa. In *Encyclopedia of Human Nutrition* (s. 304–313). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-821848-8.00074-3>

De Diego Díaz Plaza, M., Novalbos Ruiz, J. P., Rodríguez Martín, A., Santi Cano, M. J., & Belmonte Cortés, S. (2022). Social media and cyberbullying in eating disorders. *Nutrición Hospitalaria*. <https://doi.org/10.20960/nh.04180>

Delgado-Rodríguez, R., Linares, R., & Moreno-Padilla, M. (2022). Social network addiction symptoms and body dissatisfaction in young women: Exploring the mediating role of awareness of appearance pressure and internalization of the thin ideal. *Journal of Eating Disorders*, 10(1), 117. <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00643-5>

Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 (5th ed). (2013). American psychiatric association.

Downey, A. E., Cordell, K., Snowden, L. R., & Accurso, E. C. (2024). Characterizing Medical Complications in Publicly Insured Youth With Eating Disorders. *Journal of Adolescent Health*, S1054139X23010066. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2023.12.010>

Erriu, M., Cimino, S., & Cerniglia, L. (2020). The Role of Family Relationships in Eating Disorders in Adolescents: A Narrative Review. *Behavioral Sciences*, 10(4), 71. <https://doi.org/10.3390/bs10040071>

Forney, K. J., Crosby, R. D., Brown, T. A., Klein, K. M., & Keel, P. K. (2021). A naturalistic, long-term follow-up of purging disorder. *Psychological Medicine*, 51(6), 1020–1027. <https://doi.org/10.1017/S0033291719003982>

Frank, G. K. W., & Shott, M. E. (2022). Eating Disorders (Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa, Binge Eating Disorder). In *Comprehensive Pharmacology* (s. 351–395). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-820472-6.00103-1>

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

Gao, M. (2023). Social Media's Influence on Eating Disorders. *Modern Economics & Management Forum*, 4(4), 107. <https://doi.org/10.32629/memf.v4i4.1489>

Gerwin, R. L., & Ashraf, S. (2024). The Impact of Social Media Use on the Development of Eating Disorders. *Pediatric Clinics of North America*, S0031395524001329. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2024.07.036>

Giel, K. E., Bulik, C. M., Fernandez-Aranda, F., Hay, P., Keski-Rahkonen, A., Schag, K., Schmidt, U., & Zipfel, S. (2022). Binge eating disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 8(1), 16. <https://doi.org/10.1038/s41572-022-00344-y>

Gkiouleka, M., Stavraki, C., Sergentanis, T. N., & Vassilakou, T. (2022). Orthorexia Nervosa in Adolescents and Young Adults: A Literature Review. *Children*, 9(3), 365. <https://doi.org/10.3390/children9030365>

Gortat, M., Samardakiewicz, M., & Perzyński, A. (2021). Orthorexia nervosa – a distorted approach to healthy eating. *Psychiatria Polska*, 55(2), 421–433. <https://doi.org/10.12740/PP/125387>

Harris, J. L., & Bargh, J. A. (2009). Television Viewing and Unhealthy Diet: Implications for Children and Media Interventions. *Health Communication, 24*(7), 660–673. <https://doi.org/10.1080/10410230903242267>

Hassanzadeh, M. R., M.A. in Clinical Psychology, Department of Psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Mansouri, A., & Assistant Professor, Department of Psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University. (2022). Effectiveness of Schema Therapy on Anger Rumination and Aggression in Men with Binge Eating Disorder. *Journal of Research in Behavioural Sciences, 20*(1), 1–8. <https://doi.org/10.52547/rbs.20.1.1>

Hausenblas, H. A., Campbell, A., Menzel, J. E., Doughty, J., Levine, M., & Thompson, J. K. (2013). Media effects of experimental presentation of the ideal physique on eating disorder symptoms: A meta-analysis of laboratory studies. *Clinical Psychology Review, 33*(1), 168–181. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.10.011>

Hellner, M., Steinberg, D., Baker, J., Cai, K., & Freestone, D. (2024). Dietary interventions in family-based treatment for eating disorders: Results of a randomized comparative effectiveness study. *Eating Disorders, 1–21*. <https://doi.org/10.1080/10640266.2024.2336278>

Hill, E. M., & Ruark, R. (2022). An examination of the role of social comparison orientation and social norms in drunkorexia engagement. *Addictive Behaviors, 124*, 107107. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2021.107107>

Horovitz, O., & Argyrides, M. (2023). Orthorexia and Orthorexia Nervosa: A Comprehensive Examination of Prevalence, Risk Factors, Diagnosis, and Treatment. *Nutrients, 15*(17), 3851. <https://doi.org/10.3390/nu15173851>

Hunt, J. (2014). *Anorexia & bulimia: Control that is out of control*. Aspire Press.

Charmaraman, L., Richer, A. M., Liu, C., Lynch, A. D., & Moreno, M. A. (2021). Early Adolescent Social Media-Related Body Dissatisfaction: Associations with Depressive Symptoms, Social Anxiety, Peers, and Celebrities. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, 42*(5), 401–407. <https://doi.org/10.1097/DBP.0000000000000911>

Chen, J., Liu, K., Zhang, J., Liu, S., Wang, Y., Cao, R., Peng, X., Han, M., Han, H., Yao, R., & Fu, L. (2023). Parental Pressure on Child Body Image, BMI, Body Image Dissatisfaction Associated with Eating Disorders in School-Age Children in China: A Path Analysis. *Psychology Research and Behavior Management, Volume 16*, 3247–3258. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S418535>

Chu, J., Ganson, K. T., Testa, A., Al-shoaibi, A. A. A., Jackson, D. B., Rodgers, R. F., He, J., Baker, F. C., & Nagata, J. M. (2024). Screen time, problematic screen use, and eating disorder symptoms among early adolescents: Findings from the Adolescent Brain Cognitive Development (ABCD) Study. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, 29*(1), 57. <https://doi.org/10.1007/s40519-024-01685-1>

Chung, A., Vieira, D., Donley, T., Tan, N., Jean-Louis, G., Kiely Gouley, K., & Seixas, A. (2021). Adolescent Peer Influence on Eating Behaviors via Social Media: Scoping Review. *Journal of Medical Internet Research, 23*(6), e19697. <https://doi.org/10.2196/19697>

Izydorczyk, B., Sitnik-Warchulska, K., Wajda, Z., Lizińczyk, S., & Ściegienny, A. (2021). Bonding With Parents, Body Image, and Sociocultural Attitudes Toward Appearance as Predictors of Eating Disorders Among Young Girls. *Frontiers in Psychiatry, 12*, 590542. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.590542>

Jain, A., & Yilanli, M. (2023). Bulimia Nervosa. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK562178/>

Jeffrey, S., & Heruc, G. (2020). Balancing nutrition management and the role of dietitians in eating disorder treatment. *Journal of Eating Disorders, 8*(1), 64.

<https://doi.org/10.1186/s40337-020-00344-x>

Ju, S., Helton, J. J., & Iwinski, S. (2024). Protective role of family mealtime frequency against disordered eating behaviors: Racial and ethnic differences. *Appetite*, *197*, 107328. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2024.107328>

Kaziga, R., Muchunguzi, C., Achen, D., & Kools, S. (2021). Beauty Is Skin Deep; The Self-Perception of Adolescents and Young Women in Construction of Body Image within the Ankole Society. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(15), 7840. <https://doi.org/10.3390/ijerph18157840>

Keegan, E., & Wade, T. D. (2023). The role of readiness and confidence to change in the treatment of atypical anorexia nervosa and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, *eat.23918*. <https://doi.org/10.1002/eat.23918>

Keel, P. K. (2019). Purging disorder: Recent advances and future challenges. *Current Opinion in Psychiatry*, *32*(6), 518–524. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000541>

Kells, M. R., Davis, H. A., Patarinski, A. G. G., & Wildes, J. E. (2024). Trauma exposure proximity associated with eating disorder diagnosis in women with food insecurity. *Appetite*, *203*, 107653. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2024.107653>

Kinkel-Ram, S. S., Staples, C., Rancourt, D., & Smith, A. R. (2022). Food for thought: Examining the relationship between low calorie density foods in Instagram feeds and disordered eating symptoms among undergraduate women. *Eating Behaviors*, *47*, 101679. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2022.101679>

Krauss, S., Dapp, L. C., & Orth, U. (2023). The Link Between Low Self-Esteem and Eating Disorders: A Meta-Analysis of Longitudinal Studies. *Clinical Psychological Science*, *11*(6), 1141–1158. <https://doi.org/10.1177/21677026221144255>

Krch, F. D. (2008). *Bulimie: Jak bojovat s přejídáním. 3., doplněné a přepracované vyd.* Grada.

Ladwig, G., Tanck, J. A., Quittkat, H. L., & Vocks, S. (2024). Risks and benefits of social media trends: The influence of “fitspiration”, “body positivity”, and text-based “body neutrality” on body dissatisfaction and affect in women with and without eating disorders. *Body Image*, *50*, 101749. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2024.101749>

Lalonde-Bester, S., Malik, M., Masoumi, R., Ng, K., Sidhu, S., Ghosh, M., & Vine, D. (2024). Prevalence and Etiology of Eating Disorders in Polycystic Ovary Syndrome: A Scoping Review. *Advances in Nutrition*, *15*(4), 100193. <https://doi.org/10.1016/j.advnut.2024.100193>

Larsen, A., Lilja, M., Sturidsson, K., Blatny, M., Hrdlicka, M., Stickley, A., & Ruchkin, V. (2020). Bulimia symptoms in Czech youth: Prevalence and association with internalizing problems. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, *25*(6), 1543–1552. <https://doi.org/10.1007/s40519-019-00790-w>

Lavery, M. E., & Frum-Vassallo, D. (2022). An Updated Review of Night Eating Syndrome: An Under-Represented Eating Disorder. *Current Obesity Reports*, *11*(4), 395–404. <https://doi.org/10.1007/s13679-022-00487-9>

Lindvall Dahlgren, C., Wisting, L., & Rø, Ø. (2017). Feeding and eating disorders in the DSM-5 era: A systematic review of prevalence rates in non-clinical male and female samples. *Journal of Eating Disorders*, *5*(1), 56. <https://doi.org/10.1186/s40337-017-0186-7>

Liu, B., Jiang, L., Yuan, M., Zhu, H., & Zhang, W. (2023). Pica in a girl with non-suicidal self-injury: A case report. *Frontiers in Psychiatry*, *14*, 1320079. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1320079>

Loth, K. A., MacLehose, R. F., Fulkerson, J. A., Crow, S., & Neumark-Sztainer, D. (2013). Eat this, not that! Parental demographic correlates of food-related parenting practices. *Appetite*, *60*, 140–147. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2012.09.019>

Loth, K. A., Vomacka, E., Hazzard, V. M., Trofholz, A., & Berge, J. M. (2024).

Associations between parental engagement in disordered eating behaviors and use of specific food parenting practices within a racially, ethnically, and socioeconomically diverse sample. *Appetite*, 195, 107253. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2024.107253>

Maon, I., Horesh, D., & Gvion, Y. (2020). Siblings of Individuals With Eating Disorders: A Review of the Literature. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 604. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00604>

Martínez-González, L., Fernández-Villa, T., Molina, A. J., Delgado-Rodríguez, M., & Martín, V. (2020). Incidence of Anorexia Nervosa in Women: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(11), 3824. <https://doi.org/10.3390/ijerph17113824>

Martini, M. G., Barona-Martinez, M., & Micali, N. (2020). Eating disorders mothers and their children: A systematic review of the literature. *Archives of Women's Mental Health*, 23(4), 449–467. <https://doi.org/10.1007/s00737-020-01019-x>

Matheson, E. L., Schneider, J., Tinoco, A., Silva-Breen, H., LaVoi, N. M., & Diedrichs, P. C. (2023). How can we help you? A global investigation into girls' body image experiences in sport and intervention preferences. *Body Image*, 46, 265–279. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2023.06.012>

Mendoza, R. R., Convertino, A. D., & Blashill, A. J. (2024). A longitudinal study of potentially traumatic events and binge-purge eating disorder onset in children. *Appetite*, 193, 107132. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2023.107132>

Mento, C., Silvestri, M. C., Muscatello, M. R. A., Rizzo, A., Celebre, L., Praticò, M., Zoccali, R. A., & Bruno, A. (2021). Psychological Impact of Pro-Anorexia and Pro-Eating Disorder Websites on Adolescent Females: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 2186. <https://doi.org/10.3390/ijerph18042186>

Mitchell, J., Tilbrook, M., Kiropoulos, L., & Krug, I. (2024). Australian elite sport coaches' mental health literacy of eating disorders, orthorexia, and muscle dysmorphia in athletes: A qualitative study. *Body Image*, 48, 101670. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2023.101670>

MKN-10: Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů : desátá revize : obsahová aktualizace k 1.1.2018. (2018). Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR; Světová zdravotnická organizace; Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky.

Murray, S. B. (2017). Gender Identity and Eating Disorders: The Need to Delineate Novel Pathways for Eating Disorder Symptomatology. *Journal of Adolescent Health*, 60(1), 1–2. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.10.004>

Novák, M. (2010). *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy* (První vydání). Akademické nakladatelství CERM, s.r.o.

Papežová, H. (2018). *Anorexie, bulimie a psychogenní přejídání: Interdisciplinární a transdiagnostický pohled* (První vydání). Mladá fronta.

Patel, V. B., & Preedy, V. R. (Ed.). (2023). *Eating Disorders*. Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-031-16691-4>

Peter, C., & Brosius, H.-B. (2021). Die Rolle der Medien bei Entstehung, Verlauf und Bewältigung von Essstörungen. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 64(1), 55–61. <https://doi.org/10.1007/s00103-020-03256-y>

Petkova, H., Simic, M., Nicholls, D., Ford, T., Prina, A. M., Stuart, R., Livingstone, N., Kelly, G., Macdonald, G., Eisler, I., Gowers, S., Barrett, B. M., & Byford, S. (2019). Incidence of anorexia nervosa in young people in the UK and Ireland: A national surveillance study. *BMJ Open*, 9(10), e027339. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-027339>

Pipová, H., Dolejš, M., Suchá, J., Kostková, M., & Urešová, A. (2020). *Stravování a*

vztah k jídlu u českých adolescentů ve 21. Století (1. vyd.). Univerzita Palackého v Olomouci. <https://doi.org/10.5507/ff.20.24458212>

Politis, C., Vuk, T., Richardson, C., Politi, L., & Garraud, O. (2024). The role and importance of epidemiology in transfusion medicine. *Transfusion Clinique et Biologique*, S1246782024000041. <https://doi.org/10.1016/j.tracli.2024.01.004>

Pooja, V., Gupta, N., Khan, A., Chaudhury, S., & Saldanha, D. (2021). Psychogenic vomiting: A case series. *Industrial Psychiatry Journal*, 30(3), 252. <https://doi.org/10.4103/0972-6748.328822>

Procházková, L., & Sladká-Ševčíková, J. (2017). *Poruchy příjmu potravy: Odpovědi na otázky, na které jste se báli zeptat* (1. vydání brožované). Pasparta Publishing, s.r.o.

Qian, J., Wu, Y., Liu, F., Zhu, Y., Jin, H., Zhang, H., Wan, Y., Li, C., & Yu, D. (2022). An update on the prevalence of eating disorders in the general population: A systematic review and meta-analysis. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 27(2), 415–428. <https://doi.org/10.1007/s40519-021-01162-z>

Ragelienė, T., & Grønhøj, A. (2020). The influence of peers' and siblings' on children's and adolescents' healthy eating behavior. A systematic literature review. *Appetite*, 148, 104592. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2020.104592>

Reas, D. L., & Rø, Ø. (2018). Time trends in healthcare-detected incidence of anorexia nervosa and bulimia nervosa in the Norwegian National Patient Register (2010–2016). *International Journal of Eating Disorders*, 51(10), 1144–1152. <https://doi.org/10.1002/eat.22949>

Reichmann, C., & Rollin, J. (2021). *The inside scoop on eating disorder recovery: Advice from two therapists who have been there*. Routledge.

Rohde, P., Stice, E., Shaw, H., Gau, J. M., & Ohls, O. C. (2017). Age effects in eating disorder baseline risk factors and prevention intervention effects. *International Journal of Eating Disorders*, 50(11), 1273–1280. <https://doi.org/10.1002/eat.22775>

Rojas-Padilla, I. C., Portela-Pino, I., & Martínez-Patiño, M. J. (2024). The Risk of Eating Disorders in Adolescent Athletes: How We Might Address This Phenomenon? *Sports*, 12(3), 77. <https://doi.org/10.3390/sports12030077>

Romano, K. A., Heron, K. E., Smith, K. E., Crosby, R. D., Engel, S. G., Wonderlich, S. A., Pang, R. D., & Mason, T. B. (2020). Somatic symptoms and binge eating in women's daily lives. *Journal of Psychosomatic Research*, 135, 110161. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.110161>

Salman, E. J., & Kabir, R. (2023). Night Eating Syndrome. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK585047/>

Silén, Y., Sipilä, P. N., Raevuori, A., Mustelin, L., Marttunen, M., Kaprio, J., & Keski-Rahkonen, A. (2020). DSM-5 eating disorders among adolescents and young adults in Finland: A public health concern. *International Journal of Eating Disorders*, 53(5), 790–801. <https://doi.org/10.1002/eat.23236>

Speed, S., Ward, R. M., Budd, K., Branscum, P., Barrios, V., & Miljkovic, K. (2023). The relationship between drunkorexia, alcohol, and blackouts among college students: An exploratory study. *Alcohol*, 110, 51–56. <https://doi.org/10.1016/j.alcohol.2023.04.004>

Stabouli, S., Erdine, S., Suurorg, L., Jankauskienė, A., & Lurbe, E. (2021). Obesity and Eating Disorders in Children and Adolescents: The Bidirectional Link. *Nutrients*, 13(12), 4321. <https://doi.org/10.3390/nu13124321>

Stackpole, R., Greene, D., Bills, E., & Egan, S. J. (2023). The association between eating disorders and perfectionism in adults: A systematic review and meta-analysis. *Eating Behaviors*, 50, 101769. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2023.101769>

Suhag, K., & Rauniyar, S. (2024). Social Media Effects Regarding Eating Disorders and Body Image in Young Adolescents. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.58674>

- Szynal, K., Górski, M., Grajek, M., Ciechowska, K., & Polaniak, R. (2022). Drunkorexia – knowledge review. *Psychiatria Polska*, 56(5), 1131–1141. <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/134748>
- Thomas, J. J., & Hanania, A. N. (2023). Epidemiology. In *Translational Radiation Oncology* (s. 567–572). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-88423-5.00084-4>
- Thompson, K. A., Miller, A. J., Walsh, E. C., & Bardone-Cone, A. M. (2023). Social media and disordered eating among middle-aged women: Not just an adolescent concern. *Eating Behaviors*, 50, 101748. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2023.101748>
- Uchôa, F. N. M., Uchôa, N. M., Daniele, T. M. D. C., Lustosa, R. P., Garrido, N. D., Deana, N. F., Aranha, Á. C. M., & Alves, N. (2019). Influence of the Mass Media and Body Dissatisfaction on the Risk in Adolescents of Developing Eating Disorders. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(9), 1508. <https://doi.org/10.3390/ijerph16091508>
- Van Eeden, A. E., Van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2021). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Current Opinion in Psychiatry*, 34(6), 515–524. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000739>
- Vanzhula, I. A., Kinkel-Ram, S. S., & Levinson, C. A. (2021). Perfectionism and Difficulty Controlling Thoughts Bridge Eating Disorder and Obsessive-Compulsive Disorder Symptoms: A Network Analysis. *Journal of Affective Disorders*, 283, 302–309. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.01.083>
- Vo, M., & Golden, N. (2022). Medical complications and management of atypical anorexia nervosa. *Journal of Eating Disorders*, 10(1), 196. <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00720-9>
- Walsh, B. T., Attia, E., & Glasofer, D. R. (2020). *Eating disorders: What everyone needs to know*. Oxford University Press.
- Walsh, B. T., Hagan, K. E., & Lockwood, C. (2023). A systematic review comparing atypical anorexia nervosa and anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 56(4), 798–820. <https://doi.org/10.1002/eat.23856>
- West, C. E., Hazzard, V. M., Loth, K. A., Larson, N., Hooper, L., & Neumark-Sztainer, D. (2023). The interplay between food insecurity and family factors in relation to disordered eating in adolescence. *Appetite*, 189, 106994. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2023.106994>
- White, H. J., Sharpe, H., & Plateau, C. R. (2023). Family body culture, disordered eating and mental health among young adult females during COVID-19. *Eating Behaviors*, 51, 101792. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2023.101792>
- Wood, S., Marchant, A., Allsopp, M., Wilkinson, K., Bethel, J., Jones, H., & John, A. (2019). Epidemiology of eating disorders in primary care in children and young people: A Clinical Practice Research Datalink study in England. *BMJ Open*, 9(8), e026691. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-026691>
- Xian, J., Ren, T., & Kuang, M. (2024). Influence of eating while watching TV on food preference and overweight/obesity among adolescents in China: A longitudinal study. *Frontiers in Public Health*, 12, 1423383. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1423383>
- Yee, A. Z. H., Lwin, M. O., & Ho, S. S. (2017). The influence of parental practices on child promotive and preventive food consumption behaviors: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 14(1), 47. <https://doi.org/10.1186/s12966-017-0501-3>
- Yu, Z., & Muehleman, V. (2023). Eating Disorders and Metabolic Diseases. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(3), 2446. <https://doi.org/10.3390/ijerph20032446>
- Zanella, E., & Lee, E. (2022). Integrative review on psychological and social risk and

prevention factors of eating disorders including anorexia nervosa and bulimia nervosa: Seven major theories. *Heliyon*, 8(11), e11422. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2022.e11422>

Zhou, S., Shapiro, M. A., & Wansink, B. (2017). The audience eats more if a movie character keeps eating: An unconscious mechanism for media influence on eating behaviors. *Appetite*, 108, 407–415. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.10.028>

Seznam zkratk

AN	Anorexia nervosa
apod.	a podobně
BN	Bulimia nervosa
DSM-IV	čtvrté vydání Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch
DSM-5	páté vydání Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch
MA	Mentální anorexie
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, 10. revize
NT	Nutriční terapeut
OCD	Obsedantně kompulzivní porucha
PPP	Poruchy příjmu potravy
tzv.	takzvaný
USA	United States of America
WHO	World Health Organization

Seznam příloh

Příloha č. 1: Informovaný souhlas s účastí v průzkumu a se zpracováním osobních údajů

Příloha č. 2: Polostrukturovaný rozhovor č. 1

Příloha č. 3: Polostrukturovaný rozhovor č. 2

Příloha č. 4: Polostrukturovaný rozhovor č. 3

Příloha č. 5: Polostrukturovaný rozhovor č. 4

Příloha č. 6: Polostrukturovaný rozhovor č. 5

Příloha č. 7: Polostrukturovaný rozhovor č. 6

Příloha č. 8: Polostrukturovaný rozhovor č. 7

Příloha č. 9: Polostrukturovaný rozhovor č. 8

Příloha č. 10: Polostrukturovaný rozhovor č. 9

Příloha č. 11: Polostrukturovaný rozhovor č. 10

Příloha č. 1 Informovaný souhlas s účastí v průzkumu a se zpracováním osobních údajů



UNIVERZITA KARLOVA
I. lékařská fakulta

Informovaný souhlas s účastí v průzkumu a se zpracováním osobních údajů

Informace o průzkumu:

Diplomová práce se zaměřuje na interakční vlivy rodinného prostředí, sociálních sítí a mediálního obsahu na vznik poruch příjmu potravy u dětí a adolescentů. Cílem je získat hlubší porozumění tomu, jak tyto faktory (rodina, média a sociální sítě) spolu souvisí a jakým způsobem ovlivňují jedinečný vývoj mladých lidí. Tímto výzkumem můžeme přispět k lepšímu pochopení interakcí mezi rodinou, médii a sociálními sítěmi a jejich dopadu na chování, názory a vnímání dětí a adolescentů. Průzkum bude probíhat formou rozhovoru a bude odebrána osobní, rodinná a sociální anamnéza. Průzkum bude proveden studentkou 1. LF UK oboru výživa dospělých a dětí Bc. Martinou Maňasovou.

Informace o účastníkovi průzkumu:

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Prohlášení

Já níže podepsaný/á zákonný zástupce souhlasím, že

- a) jsem se seznámil/a s informacemi o cílech a průběhu výše popsaného průzkumu;
- b) dobrovolně souhlasím s účastí svého dítěte v tomto průzkumu;
- c) rozumím, že se mohu kdykoli rozhodnout nepokračovat v účasti svého dítěte v průzkumu;
- d) jsem srozuměn s tím, že jakékoliv užití a zveřejnění dat a výstupů vzešlých z průzkumu nezakládá můj nárok na jakoukoliv odměnu či náhradu, tzn. že veškerá oprávnění k užití a zveřejnění dat a výstupů vzešlých z výzkumu poskytnu bezúplatně.

Zároveň prohlašuji, že

a) souhlasím se zveřejněním anonymizovaných dat a výstupů vzešlých z průzkumu a s jejich dalším využitím;

b) souhlasím se zpracováním a uchováním osobních a citlivých údajů v rozsahu v tomto informovaném souhlasu uvedených ze strany Univerzity Karlovy, 1. lékařské fakulty, IČ: 00216208, se sídlem: Kateřinská 1660/32, 121 08 Praha 2, a to pro účely zpracování dat vzešlých z průzkumu, pro účely evidence a archivace a s tím, že tyto osobní údaje mohou být poskytnuty subjektům oprávněným k výkonu kontroly diplomové práce, v jejímž rámci je průzkum realizován;

c) jsem seznámen/a se svými právy týkajícími se přístupu k informacím a jejich ochraně podle § 12 a § 21 zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů, tedy že mohu požádat Univerzitu Karlovu v Praze o informaci o zpracování mých osobních a citlivých údajů a jsem oprávněn/a ji dostat a že mohu požádat Univerzitu Karlovu v Praze o opravu nepřesných osobních údajů, doplnění osobních údajů, jejich blokaci a likvidaci.

Výše uvedená svolení a souhlasy poskytuji dobrovolně na dobu neurčitou až do odvolání a zavazuji se je neodvolat bez závažného důvodu spočívajícího v podstatné změně okolností.

Potvrzuji, že jsem převzal/a podepsaný stejnopis tohoto informovaného souhlasu.

Dne:

Podpis zákonného zástupce:

Příloha č. 2 Polostrukturovaný rozhovor č. 1

1. Jak vnímáte postoj vašich rodičů k Vaší tělesné hmotnosti a vzhledu? Zajímají se o Váš vzhled?
„Mamka i taťka se o můj vzhled zajímají. Taťka je hodně zaměřený na váhu, nemá rád obézní lidi a odsuzuje je. Občas se jim směje za to, jak vypadají.“
2. Setkala jste se někdy s negativními komentáři na Vaše stravovací návyky (porce jídla, čas jídla), tělesnou hmotnost ze strany sourozenců, rodičů nebo jiných příbuzných?
„Ano, taťka a babička mi neustále opakují, že bych se sebou mohla začít něco dělat. Taťka často říká, ať se podívám, co zase jím a jak potom budu vypadat. Proto se snažím jíst o samotě ve svém pokoji.“
3. Jaký přístup mají Vaši rodiče ke zdravému životnímu stylu (1 – velmi volný až 10 – velmi striktní), ke stravování a k dietám?
„Mamka má striktní přístup k životnímu stylu a stále počítá kalorie. Ke mně přistupuje průměrně. Taťka je hodně striktní a má stále připomínky k mému stravování. Vadí mu, když jím čokoládu nebo větší porce.“
4. Máte blízkého příbuzného, který trpěl či trpí poruchou příjmu potravy?
„V rodině nevím, že by měl někdo problém s PPP, ale kamarádka od mamky má anorexii.“
5. Působí na Vás chování a postoje Vašich přátel v souvislosti se stravováním, životním stylem a vnímáním vlastního tělesného obrazu?
„Myslím, že působí. S kamarádkou máme podobné názory, stejný styl oblékání, nejradši máme oversize oblečení. S kamarádkou chodím do obchodu a spolu nakupujeme stejné potraviny a jídlo.“
6. Kolik hodin denně strávíte na sociálních sítích jako je Facebook, Instagram, Twitter, TikTok a podobně?
„Když je škola, tak jsem většinou na mobilu okolo 8 hodin denně. O víkendu je to přes 10 hodin, někdy i více.“
7. Myslíte si, že na sociálních sítích se propaguje zidealizovaný životní styl a upravený/nereálný tělesný vzhled a postava?
„Ano, všimla jsem si upravených fotek a filtrů na obličej. Cítím se špatně, když vidím, jak je vše perfektní a u mě samotné to tak není.“
8. Sledujete nějaké konkrétní influencery, celebrity nebo fitness účty, které sdílejí obsah týkající se cvičení, tělesného vzhledu, receptů a diet? Pokud ano, jak na Vás tento obsah působí?
„Ano, na Instagramu sleduji spoustu tipů na zdravé vaření a recepty. Oblíbila jsem si také účty zaměřené na cvičení. Například mám moc ráda influencerku Pamelu Reif a její videa o cvičení.“
9. V dnešní době je trend platform, například Herohero, prostřednictvím kterých jedinec (influencer) tvoří obsah, sdílí svůj život, recepty, jídelníček a radí těm, kteří si obsah předplatí. Platforma navodí lidem pocit, že jsou v neustálém kontaktu se svým idolem a dozví se o něm téměř vše. Sledujete někoho takového?

Mohla by mít tato platforma vliv na chování, postoje a stravovací zvyklosti sledujících?

„Herohero nemám ani jiné podobné platformy. Určitě to nějaký vliv mít může. Já si myslím, že mají špatný vliv.“

10. Pociťujete někdy tlak z online komunity na změnu svých stravovacích návyků nebo životního stylu ve snaze dosáhnout určitého ideálu?

„Ano, cítím, že bych měla cvičit, zhubnout a celkově změnit vzhled.“

11. Zažila jste někdy skrze sociální sítě šikanu či nevhodné komentáře na Váš vzhled, tělesné tvary a postavu?

„Úplně šikanou bych to nenazvala, ale často se mi stává, že mě spolužáci vyfotí a potom to dají na sociální sítě. Poté se smějí tomu, jak vypadám a jak se oblékám.“

12. Přidáváte na sociální sítě příspěvky týkající se Vašeho vzhledu, stravování nebo cvičení? Pokud ano, co vás k tomu vede?

„Přidávám fotky, které se mi líbí a na kterých se sama sobě líbím. Přidávám i fotky o jídle. Fotky mě motivují, abych se do budoucna zlepšovala.“

13. Zajímáte se o reklamy, televizní pořady, časopisy zobrazující zdravé vaření a recepty, štíhlé modelky, influencery, fitness motivaci a ideály krásy?

„Ano, ráda sleduji pořady o vaření a zdravých receptech, ale jinak moc televizi nevyhledávám.“

14. Jak na Vás působí masmédiá a vše jimi propagované na reálný život? Myslíte si, že jej mohou ovlivnit (například ve výběru potravin, při nákupu spalovačů, odvodňovacích doplňků, ...)?

„Pokud vidím v reklamě nějaké tipy na vitamíny nebo potraviny, tak po nich poté sáhnu.“

15. Cítila jste se někdy nespokojeně se svým tělem po zhlédnutí mediálních obsahů zobrazujících ideály krásy, celebrity, fitness soutěže anebo soutěže krásy?

„Ano, jsem se sebou nespokojená, když vidím v televizi nějakou krásnou ženu nebo modelku. Říkám si, že bych tak chtěla vypadat také.“

16. Jaký je Váš názor na zaměření mnohých médií primárně na fyzický vzhled?

„Mám díky tomu předsudky k sobě samé a ke své postavě. Jsem přísnější v hodnocení své postavy. Takže zaměření médií jen na vzhled vnímám negativně.“

17. Vedly Vás někdy informace z médií k nespokojenosti s vlastním tělem?

„Ano, velmi často.“

18. Máte oblíbenou slavnou osobnost (modela/modelku, zpěváka/zpěvačku), která Vás inspiruje, obdivujete její postavu a body image?

„Úplně jednu konkrétní osobnost ne, ale mám v oblíbě více známých osobností.“

19. Jak na vás působí celebrity nebo slavní lidé, kteří otevřeně mluví o svých zkušenostech s poruchami příjmu potravy?

„Líbí se mi, že slavní lidé mluví o poruchách příjmu potravy. Zároveň si dokážu představit jaké následky na zdraví poruchy mají.“

20. Hledáte aktivně na internetu anebo v médiích informace o zdravých receptech, dietách, hubnutí, cvičení apod.?

„Ano, ráda hledám nápady na zdravé recepty a videa o cvičení.“

21. Zažila jste v životě traumatickou událost nebo dlouhodobě nepříznivou životní situaci (ztrátu blízké osoby, domácí násilí)?

„Vyloženě traumatickou událost jsem nezažila, ale stresují mě rodinné konflikty a hádky. V takovém stresu je často jídlo jediný způsob, který mě uklidňuje.“

22. Máte sklon ke kritickému hodnocení sebe sama a k vlastnímu tělu a hmotnosti?

„Ano.“

23. Byla jste někdy nespokojená se svou hmotností nebo tělem? Pokud ano, co bylo důvodem?

„Ano, nespokojená jsem stále.“

24. Trpíte některými psychickými obtížemi, jako je deprese, úzkost, nízké sebevědomí? Máte tendenci mít v životě vše perfektní a pod kontrolou?

„Ano, mám nízké sebevědomí a čas od času mám úzkostné stavy. Přehnaně perfekcionista nejsem, ale v některé sférah v životě vyžaduji dokonalost.“

Příloha č. 3 Polostrukturovaný rozhovor č. 2

1. Jak vnímáte postoj vašich rodičů k Vaší tělesné hmotnosti a vzhledu? Zajímají se o Váš vzhled?
„Mamka a babička se zajímají hlavně jak jsem oblečená, učesaná a naličená. Nesmím být naličená výrazně. Mamka se hodně zajímá o váhu, protože nechce abych byla anorektička.“
2. Setkala jste se někdy s negativními komentáři na Vaše stravovací návyky (porce jídla, čas jídla), tělesnou hmotnost ze strany sourozenců, rodičů nebo jiných příbuzných?
„Vyloženě s negativními komentáři jsem se nesečkala. Sice když jsem byla mladší, tak babička s dědou říkali, že jsem moc hubená, ale negativně to na mě nepůsobilo. Co se týče jídla, tak mamka kontroluje, jaké potraviny jím a jak velké porce jídla sním.“
3. Jaký přístup mají Vaši rodiče ke zdravému životnímu stylu (1 – velmi volný až 10 – velmi striktní), ke stravování a k dietám?
„Mamka k tomu přistupuje asi průměrně. Když začnu hodně cvičit a držet diety, tak se jí to nelíbí a je striktní.“
4. Máte blízkého příbuzného, který trpěl či trpí poruchou příjmu potravy?
„Myslím si, že nemám.“
5. Působí na Vás chování a postoje Vašich přátel v souvislosti se stravováním, životním stylem a vnímáním vlastního tělesného obrazu?
„Moc ne, ale občas se porovnávám s kamarádkami.“
6. Kolik hodin denně strávíte na sociálních sítích jako je Facebook, Instagram, Twitter, TikTok a podobně?
„Když je škola, tak asi okolo 7 hodin a o víkendu klidně 12 hodin a více.“
7. Myslíte si, že na sociálních sítích se propaguje zidealizovaný životní styl a upravený/nereálný tělesný vzhled a postava?
„Podle mě hodně holek, ale někdy i kluků upravuje ve Photoshopu obličej a tělo. Někdy je ale pro mě těžké poznat, jestli je fotka upravená nebo ne a samozřejmě bych potom chtěla vypadat krásně jako lidé na fotkách.“
8. Sledujete nějaké konkrétní influencery, celebrity nebo fitness účty, které sdílejí obsah týkající se cvičení, tělesného vzhledu, receptů a diet? Pokud ano, jak na Vás tento obsah působí?
„Ano sleduji účty, ze kterých čerpám inspiraci na cvičení. Hodně jsem si oblíbila influencerku Andy Štech, která v minulosti bojovala s poruchami příjmu potravy. Mám také ráda profily o vaření a zdravých receptech.“
9. V dnešní době je trend platform, například Herohero, prostřednictvím kterých jedinec (influencer) tvoří obsah, sdílí svůj život, recepty, jídelníček a radí těm, kteří si obsah předplatí. Platforma navodí lidem pocit, že jsou v neustálém kontaktu se svým idolem a dozví se o něm téměř vše. Sledujete někoho takového? Mohla by mít tato platforma vliv na chování, postoje a stravovací zvyklosti sledujících?

„Nemám předplacené Herohero ani nic podobného. Myslím si, že záleží hodně na tom, co influencer sdílí a jak to podá. Takže pokud například podporuje sebelásku, tak je to dobré. Pokud je ale agresivní, lidem rozkazuje a kritizuje je, tak je to určitě špatné.“

10. Pociťujete někdy tlak z online komunity na změnu svých stravovacích návyků nebo životního stylu ve snaze dosáhnout určitého ideálu?
„Ano. Běžně cítím nátlak, jaké potraviny jíst, které jsou zdravé, které jsou vhodné pro to, abych měla postavu ideální.“
11. Zažila jste někdy skrze sociální sítě šikanu či nevhodné komentáře na Váš vzhled, tělesné tvary a postavu?
„Ne.“
12. Přidáváte na sociální sítě příspěvky týkající se Vašeho vzhledu, stravování nebo cvičení? Pokud ano, co vás k tomu vede?
„Ano, ráda sdílím fotky sebe a myšlenky o těle.“
13. Zajímáte se o reklamy, televizní pořady, časopisy zobrazující zdravé vaření a recepty, štíhlé modelky, influencery, fitness motivaci a ideály krásy?
„Na televizi moc času nemám, protože mám spoustu volnočasových aktivit a volnou chvíli raději trávím online s kamarádkami přes mobil.“
14. Jak na Vás působí masmédiá a vše jimi propagované na reálný život? Myslíte si, že jej mohou ovlivnit (například ve výběru potravin, při nákupu spalovačů, odvodňovacích doplňků, ...)?
„Působení vnímám asi mírné. Když se mi zalíbí nějaká potravina anebo doplňky stravy z reklam, tak je upřednostňuji.“
15. Cítila jste se někdy nespokojeně se svým tělem po zhlédnutí mediálních obsahů zobrazujících ideály krásy, celebrity, fitness soutěže anebo soutěže krásy?
„Ano, když sleduji Miss World nebo Miss Czech Republic, tak si přeji být tak krásná jako ženy ze soutěží. Samozřejmě, že se potom cítím nespokojeně a závidím jim jejich dokonalou krásu.“
16. Jaký je Váš názor na zaměření mnohých médií primárně na fyzický vzhled?
„Podle mě je špatně, že je v dnešní době vše zaměřené na vzhled a každého se soudí podle vzhledu. Potom mám pocit, že musím za každé situace vypadat perfektně.“
17. Vedly Vás někdy informace z médií k nespokojenosti s vlastním tělem?
„Ano, vedly. Hlavně pozorování krásných žen...“
18. Máte oblíbenou slavnou osobnost (modela/modelku, zpěváka/zpěvačku), která Vás inspiruje, obdivujete její postavu a body image?
„Ano, mám. Mým vzorem je zpěvačka Bailey Spinn, která mě inspiruje.“
19. Jak na vás působí celebrity nebo slavní lidé, kteří otevřeně mluví o svých zkušenostech s poruchami příjmu potravy?
„Působí na mě dobře, protože hodně mluví o tom, že na sebe nemáme být přísní. Povídají také o svém životě a sdílí jejich příběh s poruchami příjmu potravy.“
20. Hledáte aktivně na internetu anebo v médiích informace o zdravých receptech, dietách, hubnutí, cvičení apod.?

„Ano, hledám informace o zdravých receptech a populárních dietách. Zaměřuji se také na nízkokalorické potraviny.“

21. Zažila jste v životě traumatickou událost nebo dlouhodobě nepříznivou životní situaci (ztrátu blízké osoby, domácí násilí)?

„Nezažila.“

22. Máte sklon ke kritickému hodnocení sebe sama a k vlastnímu tělu a hmotnosti?

„Ano, mám. Kriticky hodnotím sebe i své tělo.“

23. Byla jste někdy nespokojená se svou hmotností nebo tělem? Pokud ano, co bylo důvodem?

„Ano, často jsem nespokojená se svým tělem a hmotností. Důvodem je asi pozorování se v zrcadle. Sleduji v něm, co je potřeba vylepšit. Taky mi přijde, že když se podívám do zrcadla, tak vypadám jinak – lépe. Takže pokud se v zrcadle nezkontroluji, tak se necítím dobře.“

24. Trpíte některými psychickými obtížemi, jako je deprese, úzkost, nízké sebevědomí? Máte tendenci mít v životě vše perfektní a pod kontrolou?

„Ano, mám nízké sebevědomí. Úzkost a špatnou náladu mám podle toho, jak se zrovna cítím a jaký mám den. Běžně se mi nálada změní i několikrát denně.“

Příloha č. 4 Polostrukturovaný rozhovor č. 3

1. Jak vnímáte postoj vašich rodičů k Vaší tělesné hmotnosti a vzhledu? Zajímají se o Váš vzhled?
„Ano, zajímají se o mě, jak vypadám. Trpím atopickým ekzémem a mám problémy s akné, takže mamka neustále kontroluje, co si na pleť dávám. Také musím pravidelně navštěvovat kožní lékaře. Kvůli problémům s pletí mám nízké sebevědomí, a navíc se mamka pořád o moji pleť přehnaně zajímá, takže jsem z toho ještě víc nešťastná.“
2. Setkala jste se někdy s negativními komentáři na Vaše stravovací návyky (porce jídla, čas jídla), tělesnou hmotnost ze strany sourozenců, rodičů nebo jiných příbuzných?
„Vyloženě s negativními komentáři se nesetkávám, ale mamka sleduje, jestli jím pravidelně a dostatečně k mému věku.“
3. Jaký přístup mají Vaši rodiče ke zdravému životnímu stylu (1 – velmi volný až 10 – velmi striktní), ke stravování a k dietám?
„Taťka volný, řekla bych tak 2 a mamka 8 – striktní.“
4. Máte blízkého příbuzného, který trpěl či trpí poruchou příjmu potravy?
„Mamka byla v mládí bulimička. O nikom dalším nevím.“
5. Působí na Vás chování a postoje Vašich přátel v souvislosti se stravováním, životním stylem a vnímáním vlastního tělesného obrazu?
„Ne nebo jsem si alespoň nevšimla.“
6. Kolik hodin denně strávíte na sociálních sítích jako je Facebook, Instagram, Twitter, TikTok a podobně?
„Okolo 9 hodin denně.“
7. Myslíte si, že na sociálních sítích se propaguje zidealizovaný životní styl a upravený/nereálný tělesný vzhled a postava?
„Ano, všimla jsem si, že na sociálních sítích mají lidé ideální vzhled a ukazují se tam velmi upravení. Potom když je potkám venku, tak takhle nevypadají. Ale většinu lidí, hlavně těch známých, znám jen z online světa, takže je potom těžké rozeznat, jestli jsou opravdu tak dokonalí nebo reálně vypadají jinak.“
8. Sledujete nějaké konkrétní influencery, celebrity nebo fitness účty, které sdílejí obsah týkající se cvičení, tělesného vzhledu, receptů a diet? Pokud ano, jak na Vás tento obsah působí?
„Posedlá dietami a fitness profily nejsem. Sleduji to, co se mi aktuálně líbí.“
9. V dnešní době je trend platform, například Herohero, prostřednictvím kterých jedinec (influencer) tvoří obsah, sdílí svůj život, recepty, jídelníček a radí těm, kteří si obsah předplatí. Platforma navodí lidem pocit, že jsou v neustálém kontaktu se svým idolem a dozví se o něm téměř vše. Sledujete někoho takového? Mohla by mít tato platforma vliv na chování, postoje a stravovací zvyklosti sledujících?
„Herohero nesleduji ani podobné platformy. Vliv to určitě má na ty, kteří platformy sledují.“

10. Pociťujete někdy tlak z online komunity na změnu svých stravovacích návyků nebo životního stylu ve snaze dosáhnout určitého ideálu?
„Nepociťuji.“
11. Zažila jste někdy skrze sociální sítě šikanu či nevhodné komentáře na Váš vzhled, tělesné tvary a postavu?
„Nezažívám a nezažila.“
12. Přidáváte na sociální sítě příspěvky týkající se Vašeho vzhledu, stravování nebo cvičení? Pokud ano, co vás k tomu vede?
„Jídlo a cvičení nesdílím, ale zveřejňuji například fotky z oslav, výletů nebo selfie zachycující mou aktuální náladu.“
13. Zajímáte se o reklamy, televizní pořady, časopisy zobrazující zdravé vaření a recepty, štíhlé modelky, influencery, fitness motivaci a ideály krásy?
„Nevyhledávám pořady o vaření a dietách ani fitness časopisy.“
14. Jak na Vás působí masmédiá a vše jimi propagované na reálný život? Myslíte si, že jej mohou ovlivnit (například ve výběru potravin, při nákupu spalovačů, odvodňovacích doplňků, ...)?
„To nedokážu rozeznat, protože je velmi náročné stále sledovat, zda každé mé rozhodnutí ovlivňují média.“
15. Cítila jste se někdy nespokojeně se svým tělem po zhlédnutí mediálních obsahů zobrazujících ideály krásy, celebrity, fitness soutěže anebo soutěže krásy?
„Ano, samozřejmě. Občas modelkám z televize závidím a chtěla bych být krásná jako ony.“
16. Jaký je Váš názor na zaměření mnohých médií primárně na fyzický vzhled?
„Podle mě je krásné obklopovat se fyzicky atraktivními lidmi, takže to vnímám kladně.“
17. Vedly Vás někdy informace z médií k nespokojenosti s vlastním tělem?
„Nevím, ale modelkám ze soutěží krásy závidím to, jak vypadají a jak jsou krásné.“
18. Máte oblíbenou slavnou osobnost (modela/modelku, zpěváka/zpěvačku), která Vás inspiruje, obdivujete její postavu a body image?
„Nemám jednu konkrétní oblíbenou osobnost, podle které bych chtěla vypadat, ale sleduji více známých a krásných žen, které jsou pro mě inspirací.“
19. Jak na vás působí celebrity nebo slavní lidé, kteří otevřeně mluví o svých zkušenostech s poruchami příjmu potravy?
„Určitě je vnímám pozitivně a myslím si, že tím, že sdílejí vlastní zkušenosti, tak ukazují, že chápou, jak se ostatní cítí. Navíc je příjemnější vědět, že v tom nejsi sám. A tohle oni zlepšují.“
20. Hledáte aktivně na internetu anebo v médiích informace o zdravých receptech, dietách, hubnutí, cvičení apod.?
„Aktivně ne.“
21. Zažila jste v životě traumatickou událost nebo dlouhodobě nepříznivou životní situaci (ztrátu blízké osoby, domácí násilí)?
„Mám pocit, že moje rodina traumatické události přitahuje. A ano, zažila jsem ztrátu blízké osoby. V tomto roce zemřel při autonehodě můj 19letý bratranec.“

22. Máte sklon ke kritickému hodnocení sebe sama a k vlastnímu tělu a hmotnosti?
„Ano, mám.“
23. Byla jste někdy nespokojená se svou hmotností nebo tělem? Pokud ano, co bylo důvodem?
„Ano, jsem neustále nespokojená s vlastním vzhledem. Hodně tomu přispívá akné a atopický ekzém.“
24. Trpíte některými psychickými obtížemi, jako je deprese, úzkost, nízké sebevědomí? Máte tendenci mít v životě vše perfektní a pod kontrolou?
„Kvůli nízkému sebevědomí a úzkostem docházím k psychologovi. Úplně všechno perfektní být nemusí, záleží, čeho se to týká.“

Příloha č. 5 Polostrukturovaný rozhovor č. 4

1. Jak vnímáte postoj vašich rodičů k Vaší tělesné hmotnosti a vzhledu? Zajímají se o Váš vzhled?
„Mamka se o můj vzhled zajímá. Otec se nezajímá o nic.“
2. Setkala jste se někdy s negativními komentáři na Vaše stravovací návyky (porce jídla, čas jídla), tělesnou hmotnost ze strany sourozenců, rodičů nebo jiných příbuzných?
„Ano, často slyším, že nemám tolik jíst a také velké porce.“
3. Jaký přístup mají Vaši rodiče ke zdravému životnímu stylu (1 – velmi volný až 10 – velmi striktní), ke stravování a k dietám?
„Mamka takový průměrný – 5. A otec 1 – velmi volný. Otec se stejně o můj život a problémy nezajímá.“
4. Máte blízkého příbuzného, který trpěl či trpí poruchou příjmu potravy?
„Ano mám, ale prozrazovat ho nechci.“
5. Působí na Vás chování a postoje Vašich přátel v souvislosti se stravováním, životním stylem a vnímáním vlastního tělesného obrazu?
„Ano působí na vše zmíněné.“
6. Kolik hodin denně strávíte na sociálních sítích jako je Facebook, Instagram, Twitter, TikTok a podobně?
„Kolem 5 hodin.“
7. Myslíte si, že na sociálních sítích se propaguje zidealizovaný životní styl a upravený/nereálný tělesný vzhled a postava?
„Snažím se to vnímat, ale je to často velmi těžké rozpoznat.“
8. Sledujete nějaké konkrétní influencery, celebrity nebo fitness účty, které sdílejí obsah týkající se cvičení, tělesného vzhledu, receptů a diet? Pokud ano, jak na Vás tento obsah působí?
„Ano, sleduji influencery, beauty účty a profily o cvičení. Zajímám se o ně podle sympatií.“
9. V dnešní době je trend platform, například Herohero, prostřednictvím kterých jedinec (influencer) tvoří obsah, sdílí svůj život, recepty, jídelníček a radí těm, kteří si obsah předplatí. Platforma navodí lidem pocit, že jsou v neustálém kontaktu se svým idolem a dozví se o něm téměř vše. Sledujete někoho takového? Mohla by mít tato platforma vliv na chování, postoje a stravovací zvyklosti sledujících?
„Herohero nemám, ani k tomu nevzhlížím. Sleduji ale jiné platformy.“
10. Pociťujete někdy tlak z online komunity na změnu svých stravovacích návyků nebo životního stylu ve snaze dosáhnout určitého ideálu?
„Nepociťuji.“
11. Zažila jste někdy skrze sociální síť šikanu či nevhodné komentáře na Váš vzhled, tělesné tvary a postavu?
„Nezažila jsem.“
12. Přidáváte na sociální síť příspěvky týkající se Vašeho vzhledu, stravování nebo cvičení? Pokud ano, co vás k tomu vede?

„Nezveřejňuji.“

13. Zajímáte se o reklamy, televizní pořady, časopisy zobrazující zdravé vaření a recepty, štíhlé modelky, influencery, fitness motivaci a ideály krásy?
„Mediální obsah vyloženě nevyhledávám. Raději trávím čas na sociálních sítích. Televizi moc nesleduji. O časopisy se nezajímám.“
14. Jak na Vás působí masmédiá a vše jimi propagované na reálný život? Myslíte si, že jej mohou ovlivnit (například ve výběru potravin, při nákupu spalovačů, odvodňovacích doplňků, ...)?
„Reklam je v dnešní době opravdu mnoho a když je denně všude vidím, tak určitě mohou ovlivnit to, jakou potravinu si potom koupím.“
15. Cítíte se někdy nespokojeně se svým tělem po zhlédnutí mediálních obsahů zobrazujících ideály krásy, celebrity, fitness soutěže anebo soutěže krásy?
„Ano, samozřejmě.“
16. Jaký je Váš názor na zaměření mnohých médií primárně na fyzický vzhled?
„Líbí se mi to, takže to vnímám kladně. Navíc se mi líbí pozorovat krásné bytosti.“
17. Vedly Vás někdy informace z médií k nespokojenosti s vlastním tělem?
„Ano, vyvolávají ve mně nespokojenost.“
18. Máte oblíbenou slavnou osobnost (modela/modelku, zpěváka/zpěvačku), která Vás inspiruje, obdivujete její postavu a body image?
„Ano, mám.“
19. Jak na vás působí celebrity nebo slavní lidé, kteří otevřeně mluví o svých zkušenostech s poruchami příjmu potravy?
„Zbožňuji je a obdivuji je za jejich kuráž a odvalu, jelikož témata poruch příjmu potravy jsou ve společnosti tabu.“
20. Hledáte aktivně na internetu anebo v médiích informace o zdravých receptech, dietách, hubnutí, cvičení apod.?
„Ano vyhledávám, ale ne přehnaně aktivně.“
21. Zažila jste v životě traumatickou událost nebo dlouhodobě nepříznivou životní situaci (ztrátu blízké osoby, domácí násilí)?
„Ano zažila, ale nechci to více rozebírat.“
22. Máte sklon ke kritickému hodnocení sebe sama a k vlastnímu tělu a hmotnosti?
„Ano, jsem hodně kritická.“
23. Byla jste někdy nespokojená se svou hmotností nebo tělem? Pokud ano, co bylo důvodem?
„Ano jsem velmi nespokojená. Necítím se hezká, ani se tak nevnímám.“
24. Trpíte některými psychickými obtížemi, jako je deprese, úzkost, nízké sebevědomí? Máte tendenci mít v životě vše perfektní a pod kontrolou?
„Ano, trpím psychickými obtížemi, depresemi, úzkostmi a nízkým sebevědomím. Nejsem však perfekcionista.“

Příloha č. 6 Polostrukturovaný rozhovor č. 5

1. Jak vnímáte postoj vašich rodičů k Vaší tělesné hmotnosti a vzhledu? Zajímají se o Váš vzhled?
„Ano, zajímají, asi jako každý rodič, ale v normální zdravé míře.“
2. Setkal jste se někdy s negativními komentáři na Vaše stravovací návyky (porce jídla, čas jídla), tělesnou hmotnost ze strany sourozenců, rodičů nebo jiných příbuzných?
„Nesetkávám se.“
3. Jaký přístup mají Vaši rodiče ke zdravému životnímu stylu (1 – velmi volný až 10 – velmi striktní), ke stravování a k dietám?
„Řekl bych tak 3 – spíše volný. Mamka denně vaří, dohlíží abych měl dostatek bílkovin a abych hodně pil.“
4. Máte blízkého příbuzného, který trpěl či trpí poruchou příjmu potravy?
„Nezaznamenal jsem nikoho.“
5. Působí na Vás chování a postoje Vašich přátel v souvislosti se stravováním, životním stylem a vnímáním vlastního tělesného obrazu?
„V tomto mě kamarádi významně neovlivňují.“
6. Kolik hodin denně strávíte na sociálních sítích jako je Facebook, Instagram, Twitter, TikTok a podobně?
„Tím, že mám po škole fotbalové tréninky, tak stihnu maximálně 4 až 6 hodin denně. Víc opravdu ne.“
7. Myslíte si, že na sociálních sítích se propaguje zidealizovaný životní styl a upravený/nereálný tělesný vzhled a postava?
„Myslím si, že ano. Hlavně holky upravují fotky, protože chtějí vypadat dobře.“
8. Sledujete nějaké konkrétní influencery, celebrity nebo fitness účty, které sdílejí obsah týkající se cvičení, tělesného vzhledu, receptů a diet? Pokud ano, jak na Vás tento obsah působí?
„Sleduji hlavně sportovce, protože jsou pro mě inspirací.“
9. V dnešní době je trend platform, například Herohero, prostřednictvím kterých jedinec (influencer) tvoří obsah, sdílí svůj život, recepty, jídelníček a radí těm, kteří si obsah předplatí. Platforma navodí lidem pocit, že jsou v neustálém kontaktu se svým idolem a dozví se o něm téměř vše. Sledujete někoho takového? Mohla by mít tato platforma vliv na chování, postoje a stravovací zvyklosti sledujících?
„Herohero ne, ale sleduji jiné. Takové platformy asi vliv mají, ale hodně záleží na obsahu, který může působit negativně i pozitivně. Rád sleduji recepty, podle kterých mi mamka připraví jídlo.“
10. Pociťujete někdy tlak z online komunity na změnu svých stravovacích návyků nebo životního stylu ve snaze dosáhnout určitého ideálu?
„Ne.“
11. Zažil jste někdy skrze sociální sítě šikanu či nevhodné komentáře na Váš vzhled, tělesné tvary a postavu?
„Nemám s tím zkušenost.“

12. Přidáváte na sociální sítě příspěvky týkající se Vašeho vzhledu, stravování nebo cvičení? Pokud ano, co vás k tomu vede?
„Nepřidávám.“
13. Zajímáte se o reklamy, televizní pořady, časopisy zobrazující zdravé vaření a recepty, štíhlé modelky, influencery, fitness motivaci a ideály krásy?
„Nezajímám se o modelky ani ideály krásy v časopisech a televizi. Spíše se zaměřuji na potraviny, zdravé vaření a recepty.“
14. Jak na Vás působí masmédiá a vše jimi propagované na reálný život? Myslíte si, že jej mohou ovlivnit (například ve výběru potravin, při nákupu spalovačů, odvodňovacích doplňků, ...)?
„Myslím si, že na mě nepůsobí ve velké míře. Hodně se zajímám o potraviny, recepty, proteiny a vitamíny. A když hledám, jaký vitamín nebo doplněk stravy koupit, tak se inspiroji známými sportovci, nejčastěji fotbalisty.“
15. Cítil jste se někdy nespokojeně se svým tělem po zhlédnutí mediálních obsahů zobrazujících ideály krásy, celebrity, fitness soutěže anebo soutěže krásy?
„Ne.“
16. Jaký je Váš názor na zaměření mnohých médií primárně na fyzický vzhled?
„V dnešní době na fyzickém vzhledu hodně záleží, ale podle mě by neměl vzhled hrát až takovou roli.“
17. Vedly Vás někdy informace z médií k nespokojenosti s vlastním tělem?
„Ne.“
18. Máte oblíbenou slavnou osobnost (modela/modelku, zpěváka/zpěvačku), která Vás inspiruje, obdivujete její postavu a body image?
„Mám jich oblíbených více, hlavně fotbalisty Chelsea. Mým vzorem a inspirací je Patrik Le Giang.“
19. Jak na vás působí celebrity nebo slavní lidé, kteří otevřeně mluví o svých zkušenostech s poruchami příjmu potravy?
„Myslím si, že dost za to může právě to, že jsou slavní. Ale jinak mě tyto osobnosti neovlivňují.“
20. Hledáte aktivně na internetu anebo v médiích informace o zdravých receptech, dietách, hubnutí, cvičení apod.?
„Ano, vyhledávám hlavně o zdravých potravinách, receptech a cvičení.“
21. Zažil jste v životě traumatickou událost nebo dlouhodobě nepříznivou životní situaci (ztrátu blízké osoby, domácí násilí)?
„Naštěstí ne, ale mamka byla nemocná a podstoupila gynekologickou operaci a stále se ještě doléčuje, takže je to někdy těžké. V rodině si ale pomáháme a navzájem se podporujeme.“
22. Máte sklon ke kritickému hodnocení sebe samého a k vlastnímu tělu a hmotnosti?
„Nemyslím si.“
23. Byl jste někdy nespokojený se svou hmotností nebo tělem? Pokud ano, co bylo důvodem?
„Nejsem vyloženě nespokojený, ale vím, že je určitě co zlepšovat a zdokonalovat.“

24. Trpíte některými psychickými obtížemi, jako je deprese, úzkost, nízké sebevědomí? Máte tendenci mít v životě vše perfektní a pod kontrolou?
„Psychické obtíže neregistruji. Snažím se mít perfektní výsledky ve fotbale, takže potřebuji pravidelně trénovat a jíst plnohodnotně, a proto také kontroloji složení a kvalitu potravin.“

Příloha č. 7 Polostrukturovaný rozhovor č. 6

1. Jak vnímáte postoj vašich rodičů k Vaší tělesné hmotnosti a vzhledu? Zajímají se o Váš vzhled?
„Rodiče nekomentují váhu ani vzhled, ale mamku zajímá, jak se oblékám.“
2. Setkala jste se někdy s negativními komentáři na Vaše stravovací návyky (porce jídla, čas jídla), tělesnou hmotnost ze strany sourozenců, rodičů nebo jiných příbuzných?
„Ano, komentáře jsou. Mám podle nich jíst více masa a vynechat sladkosti. Také bych měla zlepšit pitný režim.“
3. Jaký přístup mají Vaši rodiče ke zdravému životnímu stylu (1 – velmi volný až 10 – velmi striktní), ke stravování a k dietám?
„Rodiče preferují zdravý životní styl plný pohybu. Vyhýbají se fast foodům, ale jsou proti striktním dietám. Přístup tatky je takový vyvážený, asi 5. Mamka je více přísnější, tak 7. Mamka řeší, co jím a pořád kupuje zdravé potraviny. Taky nechce, abych jedla sladkosti.“
4. Máte blízkého příbuzného, který trpěl či trpí poruchou příjmu potravy?
„O nikom takovém nevím.“
5. Působí na Vás chování a postoje Vašich přátel v souvislosti se stravováním, životním stylem a vnímáním vlastního tělesného obrazu?
„Ano, působí.“
6. Kolik hodin denně strávíte na sociálních sítích jako je Facebook, Instagram, Twitter, TikTok a podobně?
„Okolo 4 až 5 hodin denně. Mamka nechce, abych byla často na mobilu. Občas kamarádkám závidím, že můžou být online déle.“
7. Myslíte si, že na sociálních sítích se propaguje zidealizovaný životní styl a upravený/nereálný tělesný vzhled a postava?
„Ano, snažím se to rozeznat. Někdy se mi ale zalíbí to, co tam vidím.“
8. Sledujete nějaké konkrétní influencery, celebrity nebo fitness účty, které sdílejí obsah týkající se cvičení, tělesného vzhledu, receptů a diet? Pokud ano, jak na Vás tento obsah působí?
„Konkrétní oblíbené influencery nemám a nesleduji, ale inspiroji se účty zaměřené na „thinspiration“ a profily o gymnastice.“
9. V dnešní době je trend platform, například Herohero, prostřednictvím kterých jedinec (influencer) tvoří obsah, sdílí svůj život, recepty, jídelníček a radí těm, kteří si obsah předplatí. Platforma navodí lidem pocit, že jsou v neustálém kontaktu se svým idolem a dozví se o něm téměř vše. Sledujete někoho takového? Mohla by mít tato platforma vliv na chování, postoje a stravovací zvyklosti sledujících?
„Herohero nesleduji ani jiné podobné platformy, protože se za obsah často platí. Řekla bych, že mohou ovlivňovat jejich sledující.“
10. Pociťujete někdy tlak z online komunity na změnu svých stravovacích návyků nebo životního stylu ve snaze dosáhnout určitého ideálu?
„Mírně ho pociťuji, záleží, jak to zrovna vnímám.“

11. Zažila jste někdy skrze sociální sítě šikanu či nevhodné komentáře na Váš vzhled, tělesné tvary a postavu?
„Šikanu zaměřenou na vzhled a postavu jsem nezažila.“
12. Přidáváte na sociální sítě příspěvky týkající se Vašeho vzhledu, stravování nebo cvičení? Pokud ano, co vás k tomu vede?
„Příspěvky o cvičení a jídle ne, ale sdílím fotky sebe, ze soutěží a z volného času.“
13. Zajímáte se o reklamy, televizní pořady, časopisy zobrazující zdravé vaření a recepty, štíhlé modelky, influencery, fitness motivaci a ideály krásy?
„Nevyhledávám pořady o fitness a vaření. Spíše se zajímám o sportovní programy, které vysílají badmintonové soutěže a gymnastiku.“
14. Jak na Vás působí masmédiá a vše jimi propagované na reálný život? Myslíte si, že jej mohou ovlivnit (například ve výběru potravin, při nákupu spalovačů, odvodňovacích doplňků, ...)?
„Inspiruji se nimi, takže ano, ovlivňují.“
15. Cítíte se někdy nespokojeně se svým tělem po zhlédnutí mediálních obsahů zobrazujících ideály krásy, celebrity, fitness soutěže anebo soutěže krásy?
„Chvillemi se cítím nespokojeně s postavou, ale důvodem není zhlédnutí krásné ženy v televizi.“
16. Jaký je Váš názor na zaměření mnohých médií primárně na fyzický vzhled?
„Je to špatně, protože každý má vlohy na něco jiného.“
17. Vedly Vás někdy informace z médií k nespokojenosti s vlastním tělem?
„Snažím se tomu vyhýbat, protože se nechci porovnávat s krásnými ženami z televize.“
18. Máte oblíbenou slavnou osobnost (modela/modelku, zpěváka/zpěvačku), která Vás inspiruje, obdivujete její postavu a body image?
„Konkrétní ikonu nemám, ale inspiruji se gymnastkami.“
19. Jak na vás působí celebrity nebo slavní lidé, kteří otevřeně mluví o svých zkušenostech s poruchami příjmu potravy?
„Myslím si, že jsou odvážní a obdivuji je za jejich odvalu.“
20. Hledáte aktivně na internetu anebo v médiích informace o zdravých receptech, dietách, hubnutí, cvičení apod.?
„Nevyhledávám v médiích diety, zdravé recepty a rady na hubnutí.“
21. Zažila jste v životě traumatickou událost nebo dlouhodobě nepříznivou životní situaci (ztrátu blízké osoby, domácí násilí)?
„Ne.“
22. Máte sklon ke kritickému hodnocení sebe sama a k vlastnímu tělu a hmotnosti?
„Když se mi nedaří v badmintonu nebo gymnastice, tak jsem na sebe přísná a přemýšlím o tom, že by to mohlo být lepší. Zároveň mám o sobě pochybnosti.“
23. Byla jste někdy nespokojená se svou hmotností nebo tělem? Pokud ano, co bylo důvodem?
„S váhou vyloženě ne, ale jsem nešťastná, když nemám dobrou fyzickou na podání určitého výkonu.“
24. Trpíte některými psychickými obtížemi, jako je deprese, úzkost, nízké sebevědomí? Máte tendenci mít v životě vše perfektní a pod kontrolou?

„Deprese nemám, ale mám nízké sebevědomí a mám ráda důslednost.“

Příloha č. 8 Polostrukturovaný rozhovor č. 7

1. Jak vnímáte postoj vašich rodičů k Vaší tělesné hmotnosti a vzhledu? Zajímají se o Váš vzhled?
„Ano, rodiče se o můj vzhled a váhu zajímají.“
2. Setkala jste se někdy s negativními komentáři na Vaše stravovací návyky (porce jídla, čas jídla), tělesnou hmotnost ze strany sourozenců, rodičů nebo jiných příbuzných?
„Ano setkala jsem se. Často mi bylo říkáno, že bych měla jíst menší porce, abych hodně nepřibrala.“
3. Jaký přístup mají Vaši rodiče ke zdravému životnímu stylu (1 – velmi volný až 10 – velmi striktní), ke stravování a k dietám?
„Řekla bych tak 3 – striktní.“
4. Máte blízkého příbuzného, který trpěl či trpí poruchou příjmu potravy?
„Netuším.“
5. Působí na Vás chování a postoje Vašich přátel v souvislosti se stravováním, životním stylem a vnímáním vlastního tělesného obrazu?
„Ano, působí.“
6. Kolik hodin denně strávíte na sociálních sítích jako je Facebook, Instagram, Twitter, TikTok a podobně?
„Asi 6 až 8 hodin denně, ale o víkendu je to určitě víc.“
7. Myslíte si, že na sociálních sítích se propaguje zidealizovaný životní styl a upravený/nereálný tělesný vzhled a postava?
„Ano, myslím si, že to tak dělá většina, ale zároveň je velmi těžké rozeznat upravené fotky od neupravených.“
8. Sledujete nějaké konkrétní influencery, celebrity nebo fitness účty, které sdílejí obsah týkající se cvičení, tělesného vzhledu, receptů a diet? Pokud ano, jak na Vás tento obsah působí?
„Sleduji převážně účty o cvičení a fit recepty.“
9. V dnešní době je trend platform, například Herohero, prostřednictvím kterých jedinec (influencer) tvoří obsah, sdílí svůj život, recepty, jídelníček a radí těm, kteří si obsah předplatí. Platforma navodí lidem pocit, že jsou v neustálém kontaktu se svým idolem a dozví se o něm téměř vše. Sledujete někoho takového? Mohla by mít tato platforma vliv na chování, postoje a stravovací zvyklosti sledujících?
„Herohero nemám, ale mám jiné aplikace. O jejich působení na chování jsem se nikdy nezajímala ani nezajímám.“
10. Pociťujete někdy tlak z online komunity na změnu svých stravovacích návyků nebo životního stylu ve snaze dosáhnout určitého ideálu?
„Vyloženě tlak ne, ale když vidím, že někdo má zdravější životní styl nebo se umí stravovat lépe, tak si řeknu, že je potřeba se stále zdokonalovat.“
11. Zažila jste někdy skrze sociální sítě šikanu či nevhodné komentáře na Váš vzhled, tělesné tvary a postavu?
„Ano, zažila jsem opakovaně.“

12. Přidáváte na sociální sítě příspěvky týkající se Vašeho vzhledu, stravování nebo cvičení? Pokud ano, co vás k tomu vede?
„Nepřidávám, protože mám strach z negativních komentářů od ostatních, ale ráda se inspiroji jejich příspěvky.“
13. Zajímáte se o reklamy, televizní pořady, časopisy zobrazující zdravé vaření a recepty, štíhlé modelky, influencery, fitness motivaci a ideály krásy?
„Mám ráda pořady o vaření jako je MasterChef, Soubor na talíři, Peče celá země a podobně. Dále ráda sleduji taneční soutěže.“
14. Jak na Vás působí masmédiá a vše jimi propagované na reálný život? Myslíte si, že jej mohou ovlivnit (například ve výběru potravin, při nákupu spalovačů, odvodňovacích doplňků, ...)?
„Ano, určitě vliv mají, ale je na každém, co za obsah sleduje a vyhledává.“
15. Cítíte se někdy nespokojeně se svým tělem po zhlédnutí mediálních obsahů zobrazujících ideály krásy, celebrity, fitness soutěže anebo soutěže krásy?
„Ano, stává se mi to běžně.“
16. Jaký je Váš názor na zaměření mnohých médií primárně na fyzický vzhled?
„Snažím se nesledovat média zaměřující se na vzhled, protože mi to snižuje sebevědomí.“
17. Vedly Vás někdy informace z médií k nespokojenosti s vlastním tělem?
„Ano.“
18. Máte oblíbenou slavnou osobnost (modela/modelku, zpěváka/zpěvačku), která Vás inspiruje, obdivujete její postavu a body image?
„Nemám oblíbenou konkrétní modelku nebo zpěvačku.“
19. Jak na vás působí celebrity nebo slavní lidé, kteří otevřeně mluví o svých zkušenostech s poruchami příjmu potravy?
„Nezajímám se o ně.“
20. Hledáte aktivně na internetu anebo v médiích informace o zdravých receptech, dietách, hubnutí, cvičení apod.?
„Vyhledávám o zdravých receptech a cvičení.“
21. Zažila jste v životě traumatickou událost nebo dlouhodobě nepříznivou životní situaci (ztrátu blízké osoby, domácí násilí)?
„Ráda bych otázku přeskočila.“
22. Máte sklon ke kritickému hodnocení sebe sama a k vlastnímu tělu a hmotnosti?
„Ano mám. Negativně o sobě, svém těle a hmotnosti přemýšlím.“
23. Byla jste někdy nespokojená se svou hmotností nebo tělem? Pokud ano, co bylo důvodem?
„Ano, jsem velmi nespokojená, protože nevypadám tak, jak bych chtěla. Ostatní v okolí nebo na Instagramu mají vzhledové vlastnosti, prostě něco, co se mi na nich líbí, ale sama to nemám.“
24. Trpíte některými psychickými obtížemi, jako je deprese, úzkost, nízké sebevědomí? Máte tendenci mít v životě vše perfektní a pod kontrolou?
„Ano, trpím úzkostmi a nízkým sebevědomím. Snažím se mít vše perfektní a pod kontrolou, ale nejde to vždy.“

Příloha č. 9 Polostrukturovaný rozhovor č. 8

1. Jak vnímáte postoj vašich rodičů k Vaší tělesné hmotnosti a vzhledu? Zajímají se o Váš vzhled?
„Mamka se o můj vzhled a hmotnost zajímá, otec se nezajímá.“
2. Setkala jste se někdy s negativními komentáři na Vaše stravovací návyky (porce jídla, čas jídla), tělesnou hmotnost ze strany sourozenců, rodičů nebo jiných příbuzných?
„Ano, setkávám se opakovaně.“
3. Jaký přístup mají Vaši rodiče ke zdravému životnímu stylu (1 – velmi volný až 10 – velmi striktní), ke stravování a k dietám?
„Mamka je hodně striktní, takže 10 a otec má naopak hodně volný přístup, tak 1. Jeho přístup snáším špatně, protože mi přijde, že o mě nemá zájem.“
4. Máte blízkého příbuzného, který trpěl či trpí poruchou příjmu potravy?
„V rodině jsem nezaznamenala nikoho takového, ale moje nejlepší kamarádka je anorektička.“
5. Působí na Vás chování a postoje Vašich přátel v souvislosti se stravováním, životním stylem a vnímáním vlastního tělesného obrazu?
„Působí, hlavně přes sociální sítě a řekla bych, že mění pohled na to, jak vnímám vlastní tělo.“
6. Kolik hodin denně strávíte na sociálních sítích jako je Facebook, Instagram, Twitter, TikTok a podobně?
„Okolo 8 hodin denně.“
7. Myslíte si, že na sociálních sítích se propaguje zidealizovaný životní styl a upravený/nereálný tělesný vzhled a postava?
„Ano, všimla jsem si, že dost žen na Instagramu prezentuje neredné diety a upravený vzhled přes filtry na obličej. Vidím tam ale i hodně hubených žen a potom mi to přijde normální.“
8. Sledujete nějaké konkrétní influencery, celebrity nebo fitness účty, které sdílejí obsah týkající se cvičení, tělesného vzhledu, receptů a diet? Pokud ano, jak na Vás tento obsah působí?
„Sleduji profily zaměřené na krásu, cvičení a zdravé recepty. Občas působí nápomocně, například nápady na zdravé vaření, občas škodlivě, například potřeba se porovnávat s kráskami ze sociálních sítí.“
9. V dnešní době je trend platform, například Herohero, prostřednictvím kterých jedinec (influencer) tvoří obsah, sdílí svůj život, recepty, jídelníček a radí těm, kteří si obsah předplatí. Platforma navodí lidem pocit, že jsou v neustálém kontaktu se svým idolem a dozví se o něm téměř vše. Sledujete někoho takového? Mohla by mít tato platforma vliv na chování, postoje a stravovací zvyklosti sledujících?
„Influencery a jejich tvorbu na sociálních sítích sleduji a působení záleží podle toho, o čem obsah je a jak to influencer podá. Také ráda prohlížím fotky krásných holek a potom se snažím vypadat jako ony. Občas je pro mě náročné tomu odolat.“

10. Pociťujete někdy tlak z online komunity na změnu svých stravovacích návyků nebo životního stylu ve snaze dosáhnout určitého ideálu?
„Nátlak na změnu stravovacích návyků nepociťuji, ale myslím si, že pokud mám vypadat jako ženy z internetu, tak bych měla hlídat co jím a kolik toho sním.“
11. Zažila jste někdy skrze sociální sítě šikanu či nevhodné komentáře na Váš vzhled, tělesné tvary a postavu?
„Ano, nevhodné komentáře dokola zažívám. Někdy ale dostanu kompliment na vlastní postavu, a to mě potom motivuje vypadat lépe a být štíhlejší.“
12. Přidáváte na sociální sítě příspěvky týkající se Vašeho vzhledu, stravování nebo cvičení? Pokud ano, co vás k tomu vede?
„Sdíím fotky sebe sama, protože mám potom na sebe lepší pohled.“
13. Zajímáte se o reklamy, televizní pořady, časopisy zobrazující zdravé vaření a recepty, štíhlé modelky, influencery, fitness motivaci a ideály krásy?
„Pozornost věnuji zdravému vaření, receptům a motivaci ke cvičení.“
14. Jak na Vás působí masmédiá a vše jimi propagované na reálný život? Myslíte si, že jej mohou ovlivnit (například ve výběru potravin, při nákupů spalovačů, odvodňovacích doplňků, ...)?
„Asi ano, protože když vidím novou dietu, tak ji chci vyzkoušet.“
15. Cítíte se někdy nespokojeně se svým tělem po zhlédnutí mediálních obsahů zobrazujících ideály krásy, celebrity, fitness soutěže anebo soutěže krásy?
„Ano, třeba při sledování soutěží krásy a módních přehlídek se často cítím hodně frustrovaně.“
16. Jaký je Váš názor na zaměření mnohých médií primárně na fyzický vzhled?
„Určitě je to špatně a taky to na mě působí depresivně. Každopádně si nemyslím, že by mělo jít jen o vzhled.“
17. Vedly Vás někdy informace z médií k nespokojenosti s vlastním tělem?
„Ano, podporuje mě to v nespokojenosti se svou postavou.“
18. Máte oblíbenou slavnou osobnost (modela/modelku, zpěváka/zpěvačku), která Vás inspiruje, obdivujete její postavu a body image?
„Mám jich více.“
19. Jak na vás působí celebrity nebo slavní lidé, kteří otevřeně mluví o svých zkušenostech s poruchami příjmu potravy?
„Uznávám je a mají za mě velkou poklonu, že o tom dokážou mluvit normálně.“
20. Hledáte aktivně na internetu anebo v médiích informace o zdravých receptech, dietách, hubnutí, cvičení apod.?
„Ano, na internetu koukám na zdravé recepty, diety a videa o cvičení.“
21. Zažila jste v životě traumatickou událost nebo dlouhodobě nepříznivou životní situaci (ztrátu blízké osoby, domácí násilí)?
„Ano, rozvod rodičů a vše kolem toho.“
22. Máte sklon ke kritickému hodnocení sebe sama a k vlastnímu tělu a hmotnosti?
„Někdy probrečím celé dny kvůli tomu, jak vypadám. Dost často se shazují a hejtují.“
23. Byla jste někdy nespokojená se svou hmotností nebo tělem? Pokud ano, co bylo důvodem?

„Ano, jsem hodně nespokojená a taky se pořád ponižuji. Taky vím, že nespokojená jsem z důvodu, že nemám vysněnou hmotnost. Prostě je potřeba upravit současnou hmotnost.“

24. Trpíte některými psychickými obtížemi, jako je deprese, úzkost, nízké sebevědomí? Máte tendenci mít v životě vše perfektní a pod kontrolou?

„Trpím úzkostmi a depresemi. Před nedávnem jsem si to uvědomila a budu se to snažit řešit.“

Příloha č. 10 Polostrukturovaný rozhovor č. 9

1. Jak vnímáte postoj vašich rodičů k Vaší tělesné hmotnosti a vzhledu? Zajímají se o Váš vzhled?
„Ano, zajímají se.“
2. Setkala jste se někdy s negativními komentáři na Vaše stravovací návyky (porce jídla, čas jídla), tělesnou hmotnost ze strany sourozenců, rodičů nebo jiných příbuzných?
„Momentálně se nesetkávám, ale když jsem byla dítě, tak mi často prarodiče a rodiče říkali, že mám jíst větší porce.“
3. Jaký přístup mají Vaši rodiče ke zdravému životnímu stylu (1 – velmi volný až 10 – velmi striktní), ke stravování a k dietám?
„Spíše striktnější, asi tak 6.“
4. Máte blízkého příbuzného, který trpěl či trpí poruchou příjmu potravy?
„Aktuálně nikoho neregistruji, ale mamka kdysi měla tyto problémy.“
5. Působí na Vás chování a postoje Vašich přátel v souvislosti se stravováním, životním stylem a vnímáním vlastního tělesného obrazu?
„Ano, působí kamarádi hlavně přes sociální sítě.“
6. Kolik hodin denně strávíte na sociálních sítích jako je Facebook, Instagram, Twitter, TikTok a podobně?
„Pokaždé jinak dlouho. Někdy jsem online přes 12 hodin a někdy jen 4.“
7. Myslíte si, že na sociálních sítích se propaguje zidealizovaný životní styl a upravený/nereálný tělesný vzhled a postava?
„Ano, jsem si jistá, že to tak dělá většina. Třeba na Instagramu se zveřejňuje jen to ideální. Někteří umí upravit a vyretušovat fotky anebo videa tak dobře, že je potom těžké rozeznat, které fotky a videa jsou reálné a které upravené.“
8. Sledujete nějaké konkrétní influencery, celebrity nebo fitness účty, které sdílejí obsah týkající se cvičení, tělesného vzhledu, receptů a diet? Pokud ano, jak na Vás tento obsah působí?
„Ano, zaměřuji se na tanec, běh a fyzický výkon.“
9. V dnešní době je trend platform, například Herohero, prostřednictvím kterých jedinec (influencer) tvoří obsah, sdílí svůj život, recepty, jídelníček a radí těm, kteří si obsah předplatí. Platforma navodí lidem pocit, že jsou v neustálém kontaktu se svým idolem a dozví se o něm téměř vše. Sledujete někoho takového? Mohla by mít tato platforma vliv na chování, postoje a stravovací zvyklosti sledujících?
„Herohero nemám, ale sleduji podobné platformy. Můj názor je takový, že influenceri můžou na ostatní působit pozitivně i negativně.“
10. Pociťujete někdy tlak z online komunity na změnu svých stravovacích návyků nebo životního stylu ve snaze dosáhnout určitého ideálu?
„Ano, hlavně na to, co jíst a jak často sportovat.“
11. Zažila jste někdy skrze sociální sítě šikanu či nevhodné komentáře na Váš vzhled, tělesné tvary a postavu?
„Šikanu přes sociální sítě ne, ale ve škole se mi spolužáci posmívají kvůli váze.“

12. Přidáváte na sociální sítě příspěvky týkající se Vašeho vzhledu, stravování nebo cvičení? Pokud ano, co vás k tomu vede?
„Sdílim fotky sebe, pokud jsem s nimi spokojena. Snažím si tím zlepšit sebevědomí a ukázat se v nejlepším světle.“
13. Zajímáte se o reklamy, televizní pořady, časopisy zobrazující zdravé vaření a recepty, štíhlé modelky, influencery, fitness motivaci a ideály krásy?
„O reklamy se moc nezajímám, ale v televizi ráda sleduji taneční filmy a soutěže.“
14. Jak na Vás působí masmédiá a vše jimi propagované na reálný život? Myslíte si, že jej mohou ovlivnit (například ve výběru potravin, při nákupu spalovačů, odvodňovacích doplňků, ...)?
„Řekla bych, že média mají vliv na většinu lidí, takže i na mě.“
15. Cítila jste se někdy nespokojeně se svým tělem po zhlédnutí mediálních obsahů zobrazujících ideály krásy, celebrity, fitness soutěže anebo soutěže krásy?
„Ano, cítím se méněcenně a mám pochybnosti o vlastním vzhledu.“
16. Jaký je Váš názor na zaměření mnohých médií primárně na fyzický vzhled?
„Mě osobně to většinou rozhodí a necítím se moc dobře. Myslím si, že priorita vypadat dobře a jen neustále řešit vzhled dělá zlo po celém světě.“
17. Vedly Vás někdy informace z médií k nespokojenosti s vlastním tělem?
„Ano, neustále. Potom pořád řeším váhu a to, jak vypadám.“
18. Máte oblíbenou slavnou osobnost (modela/modelku, zpěváka/zpěvačku), která Vás inspiruje, obdivujete její postavu a body image?
„Mám v oblíbě více influencerů, kterými se inspiroji.“
19. Jak na vás působí celebrity nebo slavní lidé, kteří otevřeně mluví o svých zkušenostech s poruchami příjmu potravy?
„Vnímám je pozitivně.“
20. Hledáte aktivně na internetu anebo v médiích informace o zdravých receptech, dietách, hubnutí, cvičení apod.?
„Ano, zjišťuji si informace o běhu, tanci, cvičení a dietách.“
21. Zažila jste v životě traumatickou událost nebo dlouhodobě nepříznivou životní situaci (ztrátu blízké osoby, domácí násilí)?
„Nevybavuji si nic takového.“
22. Máte sklon ke kritickému hodnocení sebe sama a k vlastnímu tělu a hmotnosti?
„Ano, jsem na sebe kritická, mám nedostatek sebevědomí a negativně hodnotím vlastní tělo a hmotnost.“
23. Byla jste někdy nespokojená se svou hmotností nebo tělem? Pokud ano, co bylo důvodem?
„Ano, jsem neustále nespokojená. Důvodem je posmívání spolužáků a jejich komentáře, že jsem moc hubená a že vypadám jako tyčka. Teď se mi zase nelíbí celkový tvar postavy a to, že jsme rychle přibrala.“
24. Trpíte některými psychickými obtížemi, jako je deprese, úzkost, nízké sebevědomí? Máte tendenci mít v životě vše perfektní a pod kontrolou?
„Ano mám nízké sebevědomí a deprese. Samozřejmě, že se vždy snažím vypadat perfektně.“

Příloha č. 11 Polostrukturovaný rozhovor č. 10

1. Jak vnímáte postoj vašich rodičů k Vaší tělesné hmotnosti a vzhledu? Zajímají se o Váš vzhled?
„Ano, mamka se hodně zajímá. Koupila mi kosmetiku na obličej, protože mi začíná puberta, takže je pro ni hodně důležité, abych si pořádně umývala obličej a každý večer dodržovala hygienu. A taťka se zajímá, ale nehrotí to jako mamka.“
2. Setkala jste se někdy s negativními komentáři na Vaše stravovací návyky (porce jídla, čas jídla), tělesnou hmotnost ze strany sourozenců, rodičů nebo jiných příbuzných?
„Nijak špatné poznámky mi neříkají, ale mamka mi nedovoluje jíst sladkosti a nezdravé potraviny.“
3. Jaký přístup mají Vaši rodiče ke zdravému životnímu stylu (1 – velmi volný až 10 – velmi striktní), ke stravování a k dietám?
„Mamka je hodně striktní, takže 10 a s tatškou mám volný režim a můžu jíst cokoli, takže tak 2. Mamka nechce, abych jedla sladkosti a sama je nejí a pořád říká, že nesmí jíst hodně, protože je stará.“
4. Máte blízkého příbuzného, který trpěl či trpí poruchou příjmu potravy?
„Nevím o nikom.“
5. Působí na Vás chování a postoje Vašich přátel v souvislosti se stravováním, životním stylem a vnímáním vlastního tělesného obrazu?
„Nevím, nedovedu to poznat.“
6. Kolik hodin denně strávíte na sociálních sítích jako je Facebook, Instagram, Twitter, TikTok a podobně?
„Asi 4 až 5 hodin. Ráda volám s kámoškami přes WhatsApp. Mamka mi dovolí být na mobilu, když mám hotové úkoly.“
7. Myslíte si, že na sociálních sítích se propaguje zidealizovaný životní styl a upravený/nereálný tělesný vzhled a postava?
„Ne a moc to nevnímám.“
8. Sledujete nějaké konkrétní influencery, celebrity nebo fitness účty, které sdílejí obsah týkající se cvičení, tělesného vzhledu, receptů a diet? Pokud ano, jak na Vás tento obsah působí?
„Sleduji vše kolem tenisu, gymnastiky, golfu a koní. Většinou se koukám na nápady, co dělat ve volnu.“
9. V dnešní době je trend platform, například Herohero, prostřednictvím kterých jedinec (influencer) tvoří obsah, sdílí svůj život, recepty, jídelníček a radí těm, kteří si obsah předplatí. Platforma navodí lidem pocit, že jsou v neustálém kontaktu se svým idolem a dozví se o něm téměř vše. Sledujete někoho takového? Mohla by mít tato platforma vliv na chování, postoje a stravovací zvyklosti sledujících?
„Nesleduji nic takového. Mamka mi placené nepovolí.“
10. Pociťujete někdy tlak z online komunity na změnu svých stravovacích návyků nebo životního stylu ve snaze dosáhnout určitého ideálu?
„Ne.“

11. Zažila jste někdy skrze sociální sítě šikanu či nevhodné komentáře na Váš vzhled, tělesné tvary a postavu?
„Nezažívám.“
12. Přidáváte na sociální sítě příspěvky týkající se Vašeho vzhledu, stravování nebo cvičení? Pokud ano, co vás k tomu vede?
„Přidávám stories, jak hraju tenis, jezdím na koni, trénuju gymnastiku a podobně. Postuju ráda, protože se mi líbí, když mi kamarádky dávají likes nebo srdíčka.“
13. Zajímáte se o reklamy, televizní pořady, časopisy zobrazující zdravé vaření a recepty, štíhlé modelky, influencery, fitness motivaci a ideály krásy?
„Vaření a celebrity mě nezajímají, ale sleduji sportovní programy o drezuře koní a gymnastice.“
14. Jak na Vás působí masmédiá a vše jimi propagované na reálný život? Myslíte si, že jej mohou ovlivnit (například ve výběru potravin, při nákupu spalovačů, odvodňovacích doplňků, ...)?
„Nemyslím si, že mě ovlivňují ve výběru potravin, ale když nevím, co za aktivitu podniknout, tak z nich čerpám inspiraci.“
15. Cítila jste se někdy nespokojeně se svým tělem po zhlédnutí mediálních obsahů zobrazujících ideály krásy, celebrity, fitness soutěže anebo soutěže krásy?
„Ano, proto se jim snažím vyhýbat.“
16. Jaký je Váš názor na zaměření mnohých médií primárně na fyzický vzhled?
„Nevím, co si o tom myslet. Snažím se to nesledovat.“
17. Vedly Vás někdy informace z médií k nespokojenosti s vlastním tělem?
„Ne.“
18. Máte oblíbenou slavnou osobnost (modela/modelku, zpěváka/zpěvačku), která Vás inspiruje, obdivujete její postavu a body image?
„Mám moc ráda Wednesday, kterou hraje Jenna Ortega. Vážně ji zbožňuji a je pro mě vzorem.“
19. Jak na vás působí celebrity nebo slavní lidé, kteří otevřeně mluví o svých zkušenostech s poruchami příjmu potravy?
„Ještě jsem o nich nepřemýšlela a nemám na ně udělaný názor.“
20. Hledáte aktivně na internetu anebo v médiích informace o zdravých receptech, dietách, hubnutí, cvičení apod.?
„Recepty a vaření mě nezajímají, ale mám přehled o sportu, tenisu, golfu, gymnastice a podobně.“
21. Zažila jste v životě traumatickou událost nebo dlouhodobě nepříznivou životní situaci (ztrátu blízké osoby, domácí násilí)?
„Nerada bych se o tom bavila.“
22. Máte sklon ke kritickému hodnocení sebe sama a k vlastnímu tělu a hmotnosti?
„Ano, pořád.“
23. Byla jste někdy nespokojená se svou hmotností nebo tělem? Pokud ano, co bylo důvodem?
„Ano, nikdy nejsem se sebou spokojená.“

24. Trpíte některými psychickými obtížemi, jako je deprese, úzkost, nízké sebevědomí? Máte tendenci mít v životě vše perfektní a pod kontrolou?
„Všimla jsem si, že trpím úzkostmi. Perfektní výsledky vyžadují jen ve sportech, které dělám.“