

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



Nová média a poruchy příjmu potravy

Kristýna Langová

vedoucí práce: Mgr. Jan Kulháněk

Praha 2016

Prague College of Psychosocial Studies

New Media and Eating Disorder

Kristýna Langová

The Diploma Thesis Work Supervisor: Mgr. Jan Kulháněk

Praha 2016

Anotace

Tato bakalářská práce se zabývá poruchami příjmu potravy v souvislosti s novými médii. Zaměřuje se na popis a definice jednotlivých poruch, jejich etiologii, následky a léčbu. Dále obecně definuje nová média a následně se zabývá virtuálními komunitami právě ve spojení s poruchami příjmu potravy. Uvádí také nejnovější výzkumy zabývající se danou problematikou.

Praktická část této práce se zabývá rozbořem dotazníkového šetření, jehož cílem je zmapovat pohyb dívek na platformě internetu, zejména sociálních sítích a tzv. pro-ana/pro-mia blozích.

Klíčová slova

poruchy příjmu potravy, mentální anorexie, mentální bulimie, záchvatovité přejídání, nová média

Abstract

This thesis deals with eating disorders in the context of new media. It focuses on the description and definition of eating disorders, their etiology, consequences, and treatment. Furthermore, the thesis generally defines new media, and then discusses virtual communities in conjunction with eating disorders. It also gives the latest research studies of this topic.

The practical part deals with the analysis of the survey, whose aim is to monitor the movement of girls using the Internet, especially social networks and so-called pro-ana/pro-mia blogs.

Key words

Eating Disorders, Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Binge eating, new media

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a řádně v ní citovala všechny použité prameny a literaturu.

V Praze, dne 30. 4. 2016

.....
Kristýna Langová

Poděkování

Chtěla bych poděkovat Mgr. Janu Kulhánkovi za odborné vedení této bakalářské práce. Dále děkuji MUDr. Olze Dostálové, CSc. za odbornou pomoc s citačními normami a formální úpravou textu. V neposlední řadě děkuji všem respondentkám, které mi ochotně vyplnily dotazník, a tím mi pomohly s realizací výzkumného šetření.

Obsah

Úvod.....	7
1 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY.....	9
1.1 Základní formy poruch příjmu potravy.....	10
1.1.1 Mentální anorexie.....	10
1.1.2 Mentální bulimie.....	12
1.1.3 Psychogenní přejídání.....	13
1.2 Atypické poruchy příjmu potravy.....	14
1.3 Poruchy příjmu potravy v pubertě a rané adolescenci.....	15
1.4 Teoretická východiska poruch příjmu potravy.....	17
1.5 Etiologie poruch příjmu potravy.....	18
1.6 Následky.....	21
1.7 Léčba.....	23
1.7.1 Svépomoc.....	23
1.7.2 Psychoterapie.....	24
1.7.3 Farmakoterapie.....	25
1.7.4 Hospitalizace a částečná hospitalizace.....	25
1.7.5 Nové technologie v léčbě PPP.....	26
2 NOVÁ MÉDIA.....	28
2.1 Výhody a nevýhody nových médií.....	28
2.2 Virtuální komunita.....	30
2.2.1 Pro-Eating Disorder Blogy.....	31
2.3 Internetové a mobilní aplikace a poruchy příjmu potravy.....	33
2.4 Facebook a poruchy příjmu potravy.....	35
3 VLASTNÍ VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ.....	37
3.1 Úvod výzkumné části.....	37
3.2 Řešený problém.....	38
3.3 Cíle výzkumného šetření.....	38
3.4 Průběh výzkumného šetření.....	39
3.5 Metodika.....	40
3.6 Interpretace výsledků.....	41
3.7 Analýza.....	52
3.8 Diskuze.....	53
3.9 Závěr výzkumného šetření.....	54
Závěr.....	56
Seznam literatury.....	57
Přílohy.....	I

Úvod

Tématem této bakalářské práce jsou nová média a poruchy příjmu potravy (dále též PPP). Tyto poruchy v současné době nabývají na síle a jsou v našem sociokulturním prostředí velice rozšířené, což je zapříčiněno mnoha rozličnými činiteli. Jedním z faktorů ovlivňujících PPP mohou být právě nová média (zejména internet), která poskytují postiženým dívkám donedávna neznámé možnosti, ale i nástrahy. Skrze tuto práci bych čtenářům ráda nastínila pozadí těchto onemocnění a jejich souvislost se stále se rozšiřující virtuální realitou.

Cílem teoretické části této práce je zpracovat získané poznatky o dané problematice z více úhlů pohledu a nastínit možnosti řešení těchto problémů a nesnází.

Poruchy příjmu potravy jsem jako téma této práce zvolila z mnoha důvodů. Prvním důvodem byl subjektivní zájem o danou problematiku. Poruchy příjmu potravy jsou pro mne nepochopitelným jevem dnešní doby a jistým způsobem mě fascinují. Z tohoto důvodu jsem se chtěla hlouběji zabývat danou problematikou. Dalším důvodem je vlastní zkušenost s pacientkami, se kterými jsem měla možnost pracovat na praxi v Psychiatrické nemocnici Bohnice a v Centru Anabell. Ráda bych zmínila, že mému hlubšímu zájmu o danou tematiku nepředcházela žádná osobní zkušenost ani zkušenost z mého nejbližšího okolí.

První kapitola je věnována právě problematice poruch příjmu potravy. Snažila jsem se v ní stručně, ale zároveň co nejvýstižněji, přiblížit rozličné druhy daných onemocnění a jejich specifika, příčiny, následky a možnosti léčby.

Ve druhé kapitole se zaměřuji na nová média, přičemž již v samém úvodu této kapitoly definuji, jak novým médiím rozumět, a jak s nimi budu v této práci nadále pracovat. Tomuto fenoménu se nejprve věnuji na obecné rovině, později však dávám prostor i konkrétním druhům nových médií jako např. sociálním sítím, blogům a aplikacím. V této kapitole také uvádím pár nejnovějších výzkumů, které byly prováděny právě v souvislosti s používáním internetu, virtuální reality a poruchami příjmu potravy.

V praktické části mé bakalářské práce se snažím zmapovat pohyb dívek na platformě internetu, zejména na sociálních sítích a tzv. pro-ana/pro-mia blozích. Dále bych ráda v této části práce čtenáři přiblížila řešený problém, cíle, průběh a metodiku

výzkumného šetření. Následně se také zaměřím na interpretaci výsledků a analýzu zvolených hypotéz.

V celé práci hovořím o pacientech či klientech v ženském rodě, neboť poruchy příjmu potravy postihují mnohem častěji ženy než muže. Nicméně se jedná o vážná onemocnění, která se mužského pohlaví také týkají. Ráda bych ještě zmínila skutečnost, že se ve své práci opírám zejména o diagnostický systém našeho sociokulturního prostředí, tedy o Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10). V případě potřeby zde zmiňuji informace pocházející ze Statistického a diagnostického manuálu (DSM-V), který je používán v USA.

1 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

Na začátku této kapitoly bych ráda použila autentickou zповěď jedné ženy, která dlouhá léta trpěla mentální anorexií a nakonec této nemoci podlehla. Ve své biografii Isabelle Caro (2011, s. 128-129) uvádí: „*Anorexie se zmocnila celé mé bytosti, aniž bych si to vůbec uvědomovala. Ovládla mého ducha, svou moc přenesla na celé moje tělo a upravila si ho tak, aby se odmítalo žít. Připadalo mi příjemnější nejíst než jíst. Milovala jsem hlad, který hryzal v mém scvrklém žaludku, protože to znamenalo, že se držím dobře. Neviděla jsem ve svých rysech nemoc, byla jsem hluchá k poznámkám o své hubenosti. Jídlo, které jsem konzumovala, zabíralo tak velké místo v mé hlavě, že jsem si zapomněla plnit žaludek. Byla jsem úplně posedlá sebekontrolou. Každý den jsem musela myslet na to, co si dovolím a nedovolím sníst nebo co vyplivnu. Kolik mám sníst klíčků? Třicet nebo čtyřicet gramů? Co kdybych si vzala spíše lžičku salátu?*“ Tento úryvek podle mého názoru velice trefně poukazuje na to, co to vlastně je mentální anorexie a jak se dívky trpící poruchami příjmu potravy cítí, co prožívají a jak je z jejich pohledu situace neřešitelná.

Jedná se tedy o onemocnění, která jsou příznačná narušeným vztahem k jídlu a jejich výskyt je častý obzvláště mezi dospívajícími dívkami. Maloney a Kranzová uvádějí, že poruchy příjmu potravy obecně postihují desetkrát častěji dívky než chlapce. Pouze kolem pěti procent osob trpících anorexií a bulimií jsou muži. Tento fakt dávají do souvislosti se současným společenským ideálem krásy, který dívky manipuluje do touhy být stále štíhlejší. Tento ideál je však pro převážnou většinu dívek prakticky nedosažitelný, a tak je odsuzuje do bludného kruhu poruch příjmu potravy (Maloney a Kranzová, 1997).

Podle Krcha (2000) následující typy poruch příjmu potravy spojuje strach z tloušťky a přílišná pozornost věnovaná vlastnímu vzhledu a tělesné hmotnosti. Raboch (2013) souhlasí a dodává, že podstatou těchto onemocnění jsou poruchy myšlení a vztahování se k jídlu.

1.1 Základní formy poruch příjmu potravy

V Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10), která se u nás používá pro stanovení diagnóz a k záznamům v lékařské dokumentaci, jsou poruchy příjmu potravy zařazeny pod číslem F50. Patří sem jak mentální anorexie (F50.0) a mentální bulimie (F50.2), tak jejich atypické formy, o kterých budu psát později. Můžeme sem zařadit i psychogenní přejídání, které spadá pod kategorii přejídání spojené s jinými psychickými poruchami (F50.4).

Definice poruch příjmu potravy je mnoho, nicméně o těchto poruchách mluvíme v případě, kdy jsou jakýmkoliv způsobem narušeny stravovací návyky. Pro poruchy příjmu potravy je příznačné intenzivní úsilí o dosažení štíhlosti, které je spojeno s omezováním energetického příjmu a zvyšováním energetického výdeje, dále strach z tloušťky a nadměrná pozornost věnovaná jídlu, váze a vzhledu (Krch, 2002). Uhlíková vidí poruchy příjmu potravy jako kontinuum patologického jídelního chování jdoucí od restriktivní formy mentální anorexie přes purgativní formu, mentální bulimii, různé formy přejídání (psychogenní, noční) až po obezitu (Uhlíková, 2010).

Krch (2016) zdůrazňuje, že nemocní trpící mentální anorexií či mentální bulimií představují velmi rozsáhlou, vnitřně diferenciovanou skupinu nemocných, u kterých je potřeba brát v úvahu odlišnou osobní historii, rozdílný sociální a rodinný kontext, jiná očekávání a motivy k léčbě, a také rozdílný stupeň rozvoje problému.

1.1.1 Mentální anorexie

Mentální anorexie je spolu s mentální bulimií nejznámější formou poruch příjmu potravy. Od mentální bulimie se mentální anorexie liší v tom, že je zde vždy přítomna nízká tělesná hmotnost, při které je váha o 15 % nižší, než odpovídá váze a výšce typické pro daný věk. Leibold uvádí, že se jedná o nejznámější poruchu, zejména proto, že její vnější příznaky jsou extrémně viditelné a často končí smrtí. A právě možné úmrtí představuje pro dívky trpící anorexií velké riziko. Až 10 % pacientek umírá (Leibold, 1995). Krch uvádí, že je těžké určit přesné číslo, a četnost úmrtí na mentální anorexiu uvádí v intervalu mezi 2 – 8 procenty (Krch, 2016).

Mentální anorexie má dvě formy. Akutní forma mentální anorexie začíná nejčastěji v pubertě a postihuje téměř výhradně dívky. Tato forma způsobuje závažné tělesné poškození a neléčená končí smrtelně, nebo přechází (zhruba u třetiny pacientů) do druhé formy – chronické mentální anorexie. Tato fáze může přetrvávat velice dlouho, protože blízcí často již nezpozorují chorobnou závislost, kterou pozorovali v průběhu akutní fáze. Postižení v chronické fázi přijímají svou tělesnou hmotnost, která je sice pod normálem, ale nevede k životu ohrožujícímu vyhubnutí (Leibold, 1995).

Existuje velké množství definic mentální anorexie a z následujícího výčtu je zřejmé, že se téměř každý odborník na danou problematiku dívá z jiného úhlu pohledu, avšak společným jmenovatelem zůstává strach z jídla a tloustnutí.

F. D. Krch (2010) popisuje mentální anorexii jako poruchu, která se vyznačuje záměrným snižováním tělesné váhy, přičemž postižená neodmítá stravu z důvodu nechutenství, ale proto, že nechce jíst. Uvádí, že nástup nechutenství a snížené chutě k jídlu nastupuje až v důsledku hladovění.

Podle Leiboldta (1995) je mentální anorexie neobvykle horlivá snaha zhubnout, a je charakterizována omezováním příjmu potravy až po naprosté odmítání jídla.

Maloney a Kranzová (1997) dávají ve své definici spíše důraz na přehnaný význam vzhledu, který je v naší společnosti připisován hubené postavě a anorexii vidí jako logické vyústění této skutečnosti.

F. D. Krch (2010) shrnuje diagnostická kritéria mentální anorexie do tří základních znaků:

- 1. aktivní snaha udržet si abnormálně nízkou tělesnou hmotnost** (váha je o 15 % nižší, než odpovídá dané výšce a váze se zohledněním věku, což je přiměřené váze nižší než 17,5 BMI)
- 2. strach z tloušťky, který přetrvává i přes velmi nízkou tělesnou váhu;**
- 3. porucha menstruačního cyklu u žen** pokud není žena léčena hormonálními přípravky (i hormonální antikoncepcí)

Podle pátého vydání Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch – DSM-V (APA, 2013) se mentální anorexie dělí na dva typy.

Prvním je restriktivní typ, který je charakteristický tím, že váhového úbytku je dosaženo prostřednictvím diety, půstu či nadměrného cvičení. Diagnostikuje se

v případě, pokud postižený během posledních tří měsíců neměl epizodu přejídání a následného kompenzačního chování (záměrné zvracení, užívání laxativ či diuretik). Krch udává, že tyto dívky se adaptují na nízký energetický příjem a ze začátku nemoci dokonce ožívají a mají více energie. Časem u nich ale dochází k obtížím, které je většinou donutí se svým problémem něco dělat (Krch, 2016).

Druhým typem je bulimický či purgativní typ mentální anorexie, při kterém se objevují pravidelné epizody přejídání a následného kompenzačního/pročišťujícího chování. Krch se domnívá, že dívky trpící touto formou mentální anorexie jsou živější a přizpůsobivější. Také jednájí impulzivněji a cítí v sobě dřímající strach pramenící z touhy se přejíst. Často do ambulance přicházejí s tím, že nejsou anorektičky, ale že mají problémy s přejídáním a zvracením (Krch, 2016).

1.1.2 Mentální bulimie

Mentální bulimie patří společně s mentální anorexií mezi nejrozšířenější poruchy příjmu potravy. F. D. Krch (2008) uvádí, že v České republice touto chorobou trpí přibližně každá dvacátá žena, která svým věkem patří do skupiny ohrožené populace. Také se zmiňuje o tom, že až každá desátá žena má narušené jídelní postoje. Mentální bulimie je typická střídáním epizod přejídání a následného zvracení či jiného kompenzačního chování, jako je např. užívání laxativ či diuretik.

Stejně jako u mentální anorexie existuje i u mentální bulimie mnoho různých definic tohoto onemocnění. Obecně se odborníci (L. Hall a L.Cohn, 2003; Marádová 2007; Krch 2003) shodují na tom, že bulimie je posedlost jídlem spojená s nadměrným sledováním vlastní tělesné hmotnosti, a je charakterizována opakovanými záchvaty přejídání a následným kompenzačním chováním.

V souvislosti s mentální bulimií se často mluví o tzv. „bulimickém kruhu“. Jedná se o příznačný popis toho, jaký průběh má toto onemocnění. Na počátku je vždy nespokojenost s vlastním tělem a snaha s tímto pocitem něco udělat. Nejčastěji dívky začnou držet dietu, což po nějakém čase nevydrží (např. přijde nějaké napětí či stres) a spadnou do záchvatu přejídání se, při kterém pocítují velkou úlevu. Po chvíli jim ale dojde, co udělaly a dostávají se pocity hnusu a beznaděje. Tento čin se snaží kompenzovat, protože mají veliký strach z přibrání a snaží se co nejvíce potlačit výkrmný účinek jídla. Proto často následuje drastická dieta či zvracení. Zde se kruh

uzavírá a po nějaké době přichází opět přejedení a rozjíždí se onen začarovaný bulimický kruh.

Mentální bulimie může být diagnostikována v případě, jsou-li splněny následující kritéria, která popisuje Krch a která jsou zároveň ustanovena v MKN-10 (F50.2): musí být přítomny opakované epizody přejídání, při nichž postižený zkonsumuje v krátkém čase velké množství jídla, které doprovází pocit ztráty kontroly; neustálé zabývání se jídlem doprovázené silnou, neodolatelnou chutí po jídle; snaha potlačit „výkrmný“ účinek jídla některým z následujících způsobů: vyprovokovaným zvracením či zneužíváním diuretik a/nebo anorektik; a v neposlední řadě musí být přítomen pocit přílišné tloušťky spojený s neodbytným strachem ze ztloustnutí (Krch, 2007).

Ve srovnání s mentální anorexií se u mentální bulimie nemusí vyskytovat velký váhový úbytek. Je-li přítomen větší úbytek váhy (snížení BMI pod 17,5), pak se hovoří o bulimickém (purgativním) typu mentální anorexie. *„Rozdíl mezi anorexia nervosa a bulimia nervosa je často neostrý, jednotlivé formy onemocnění mohou přecházet jedna v druhou“* (Papežová, 2003, s. 15). Tuto myšlenku dokládá tvrzení Krcha (2008), který udává, že více než 50 % bulimiček uvádí, že u nich v minulosti proběhlo anorektické období a kolem 30 % anorektiček se postupem času začíná přejídat.

1.1.3 Psychogenní přejídání

Psychogenní neboli záchvatovité přejídání je další poruchou příjmu potravy, která podle MKN-10 spadá do kategorie „prejídání spojené s jinými psychologickými poruchami“ (F50.4).

Každý člověk se někdy přejí, a proto není potřeba se na každé přejedení dívat jako na problém. Ten nastává ve chvíli, když se konzumace ohromného množství jídla začne opakovat (i když dotyčný nemá hlad) a toto zapříčiní následné pocity viny a sebeznechucení. Většinou se jedná o přejídání v reakci na nějakou stresovou událost, které často vede k obezitě. Od mentální bulimie se liší tím, že po záchvatech přejídání nenásleduje zvracení ani jiné kompenzační techniky.

Za záchvatovité přejídání se považuje taková konzumace jídla, pro kterou jsou typické dva následující znaky. Prvním znakem je nadměrné množství potravy

zkonsumované během nepřiměřeně krátké chvíle a druhým je tíživý subjektivní pocit ztráty kontroly nad danou konzumací (Cooper, 2014). Během záchvatu přejedení je postižený schopen sníst neskutečně velké množství jídla v nepředstavitelných kombinacích. Leibold (1995) tvrdí, že dokáže najednou sníst 8 000 - 10 000 kcal a dále rozvádí, že největší část potravy při záchvatu přejídání tvoří sladkosti, tučná jídla či pečivo. Tyto potraviny většinou patří do kategorie, kterou dotyčná považuje jako nežádoucí, tzn. takovou, po které se nadměrně tloustne, a která je postiženou záměrně vyřazována z jídelníčku (Cooper, 2014).

Ústředním rysem je naprostá ztráta kontroly postižené nad danou situací, při níž dotyčná nejdříve zažívá pocity blaženosti, které se však velice rychle přelijí v naprostý opak. Tento zlom přichází v okamžiku, kdy dotyčný sám sebe odsoudí, jelikož své vlastní chování vyhodnotí jako ostudné a znechucující (Papežová, 2003).

1.2 Atypické poruchy příjmu potravy

V současné době se pozornost stále více zaměřuje na tzv. atypické či nespecifické formy poruch příjmu potravy. Krch uvádí, že se stoupajícím výskytem poruch příjmu potravy se množství jemně se lišících diagnóz rozrůstá. Přibývá tedy lidí, kteří nemusí striktně splňovat všechna nutná kritéria pro plnohodnotnou diagnózu. Tato skupina je poté nesprávně přehlížena (Krch, 2005).

Mezi atypické poruchy příjmu potravy řadíme atypickou mentální anorexii (F50.1) a atypickou mentální bulimii (F50.3). Tyto dvě nemoci nám umožňuje diagnostikovat přímo MKN-10. Jedná se právě o ty poruchy, při nichž pacienti nesplňují všechna nutná diagnostická kritéria pro diagnózu mentální anorexie či mentální bulimie, avšak mají téměř stejné symptomy choroby jako ti, které diagnostici považují za plnohodnotné pacienty (Krch, 2005). Jako příklad můžeme uvést situaci, kdy dívka nemá podváhu, ale je u ní přítomné anorektické myšlení a snaha co nejvíce snížit váhu. Nebo jako další příklad, kdy dívka, která není léčena hormonální léčbou, má menarche i přes velmi nízkou hmotnost.

Zbylé atypické poruchy příjmu potravy řadíme do kategorie „jiných poruch příjmu potravy“ (F50.8), či do „poruch příjmu potravy NS“ (F50.9). Do první kategorie

patří pica neorganického původu u dospělých, což je patogenní konzumování nejedlých věcí, např. omítky či hlíny. Dalším zástupcem této kategorie je psychogenní ztráta chuti k jídlu, což je v podstatě nechutenství duševního původu. Do druhé kategorie patří všechny ostatní poruchy příjmu potravy, jako např. syndrom nočního přejídání, který se vyznačuje večerní anorexií, nespavostí a nočním přejídáním, o němž se říká, že je spojen s životním stresem a neúspěšnými pokusy o zhubnutí (Krch, 2005).

K atypickým poruchám příjmu potravy dále patří orthorexie, drunkorexie a bigorexie. Jedná se o relativně nové poruchy příjmu potravy, které ovšem jsou neméně nebezpečné než výše zmíněné, tradiční poruchy. Nyní bych se na ně ráda detailněji zaměřila.

Webový portál idealni.cz o těchto nemocích uvádí, že se jedná o abnormální stravovací návyky, při nichž postižení zacházejí se svým stravováním a tělem až do extrémů. **Orthorexie** je patologická posedlost zdravou výživou, při které postižení tráví veškerý svůj volný čas zjišťováním, jak se potraviny vyrábějí, kde jsou k sehnání, a tato posedlost se stává hlavní náplní jejich života. Postižení jsou schopni nechat si posílat špenát z druhé strany světa jen proto, že je podle jejich mínění jako jediný zdravotně nezávadný. U takto postižených se vyskytuje velká podvýživa a přidávají se přidružené problémy jako deprese a úzkosti. O **drunkorexii** mluvíme tehdy, když člověk záměrně snižuje množství kalorií získaných z jídla z důvodu, aby tyto kalorie mohl posléze přijmout z alkoholu. Tato porucha vychází ze skutečnosti, že alkohol sám o sobě je velice kalorický, a tak jeho nadměrná konzumace přispívá k vyšší hmotnosti, což někteří jedinci považují za ohrožující. **Bigorexie** je porucha týkající se převážně tělesných proporcí ve smyslu posedlosti vlastním tělem. Postižený usiluje o dosažení často nereálných hodnot ve své fyzické zdatnosti a ve svých tělesných proporcích. Tito jedinci jsou často závislí na posilování a zneužívají různé potravinové doplňky podporující svalový růst (*Bigorexie, orthorexie a drunkorexie*, 2014).

1.3 Poruchy příjmu potravy v pubertě a rané adolescenci

Poruchy příjmu potravy se nevyskytují jen u dospělých. Jejich rozvoj bývá naopak nejčastěji spojován s pubertou a adolescencí. Mnoho autorů (např. Kocourková,

Novák, Krch) se shoduje na tom, že rozvoj tohoto druhu onemocnění probíhá v ranějším věku, než pro ně bývá typické. Novák uvádí (2010), že nejistota mladých dívek spojená s otázkami vlastní tělesné váhy se v dnešní době v populaci vyskytuje v ranějším věku, nežli tomu bylo v minulých generacích. Není vzácností, že již devítileté dívky řeší svoji váhu a proporce svého těla. Krch (2005) uvádí, že znaky mentální anorexie lze pozorovat již u šestiletých až sedmiletých dětí. Mentální bulimie je podle něj u dívek, které ještě nemají menstruaci velice vzácná, avšak některé znaky, jako např. zvracení se samostatně vyskytují poměrně často.

Kocourková et al. (1997) říká, že chceme-li mluvit o onemocnění začínající již v adolescentním věku, musíme mít na zřeteli, že jídelní patologie se začíná projevovat v rodinném kontextu, tj. v období s typickými vývojovými problémy rodiny i dospívajícího dítěte.

Zdůrazňuje, že separačně-individuační procesy probíhají obtížněji u dětí, které byly v předchozích vývojových obdobích hodně přizpůsobivé. Premorbidní osobnost dívek trpících mentální anorexií bývá popisována charakteristikami jako vyhovující, perfekcionistická, odpovědná, úspěšná v oblasti školní i zájmové. Premorbidní osobnost dívek s mentální bulimií naopak není hodnocena jako vyhovující a přizpůsobivá, avšak i u ní se objevují perfekcionistické rysy a hlavně závislost na hodnocení druhých lidí.

Typický věk pro rozvoj poruch příjmu potravy je u anorexie mezi 11. a 13. rokem a u bulimie většinou od 15 let. Jedná se o období puberty a rané adolescence, ve kterém se dějí nejzásadnější změny ve vývoji lidského těla. U dívek dochází k tvarování postavy, přibývání váhy a počátkům menstruačního krvácení, a proto je právě toto období považováno za velice rizikové, co se týče rozvoje PPP. Papežová uvádí, že u dospívajících se jedná o třetí nejčastější psychiatrické onemocnění, které má až dvakrát častější smrtelné následky, než je tomu u ostatních psychiatrických onemocnění. Ve srovnání se zdravou populací je riziko úmrtí až desetkrát vyšší (Papežová, 2010).

Podle Nováka zastávají někteří autoři názor, že mentální anorexie je výrazem strachu z dospělosti (Novák, 2010). Tyto probíhající změny mohou mít vážné důsledky a je potřeba nemoc časně odhalit. Chronická podvýživa u dětí s poruchou příjmu potravy před pubertou či kolem puberty se může nejenom projevovat nízkou tělesnou hmotností, ale i netypickými růstovými znaky a opožděnou pubertou (Krch, 2005). Z tohoto důvodu je důležitá včasná diagnostika a komplexní léčba včetně úzké spolupráce s rodinou, aby se předešlo nevratným následkům v oblasti somatického vývoje a reprodukčních funkcí.

1.4 Teoretická východiska poruch příjmu potravy

Ještě předtím, než se zaměřím na konkrétní rizikové faktory poruch příjmu potravy, chtěla bych se pozastavit u teoretických koncepcí, které vysvětlují vznik poruch příjmu potravy rozdílným způsobem.

Psychoanalytické teorie vycházejí z konfliktů, které se odehrály během raného dětství a hledají momenty, které by zapříčiňovaly rozvoj těchto poruch. Velmi dobré psychoanalytické vysvětlení podává Jan Poněšický, který ve své knize uvádí, že v případě mentální anorexie, která je často spojená s mentální bulimií či v ni přechází, se jedná o kombinaci tří poruch. První problém vidí v potlačení pudovosti a citů na pudovost navazujících, na jejichž místo nastupuje mentální i fyzické úsilí – rozum, vůle a sportovní výkon. Uvádí, že pudovost se vyznačuje záchvaty nevladatelného hladu, a je tedy asociována s nenasytností, žravostí a závislostí. Druhou příčinu popisuje jako snahu o nezávislost a absolutní ohraničení, jež vyvěrá ze strachu před příliš těsným symbiotickým vztahem. Tato tendence se týká i jídla, resp. potravy, na které je člověk od přírody závislý a tímto chováním lze tuto potřebu negovat. Třetí oblast problému pak vidí jako poruchu sebeocení, která plyne ze slabosti vlastního „já“. V rámci této poruchy se pak střídá fáze odporu k sobě samému s fází dokazování si vlastní síly. Tento pocit sebeopovržení je třeba kompenzovat, což se děje prostřednictvím silné vůle při překonávání hladu a horečnaté výkonosti (Poněšický, 2013). Psychoanalytické teorie vidí možnou příčinu vzniku poruch příjmu potravy také v traumatickém zážitku, jako je např. sexuální zneužívání. Poněšický uvádí, že tato lidská zkušenost může zapříčinit problémy v integraci ženství a sexuality, a může tím být ohrožen i pocit vlastní sebecený (Poněšický, 2013).

Chvála a Trapková se na poruchy příjmu potravy dívají z jiného úhlu a vycházejí zejména z interakčních procesů v rodině. Všímají si zejména separačních sil v trojúhelníku matka-dítě-otec a poruchám příjmu potravy rozumějí jako možnému projevu stagnace v procesu separace. Možný vznik poruch příjmu potravy vysvětlují následovně. Pokud se dívka chce přiblížit k matce a z nějakého důvodu ji to není umožněno, říkají, že rodina uvízla v tzv. anorektické stagnaci, která dívce zamezuje plynulý přechod do dalšího vývojového stádia. Později má dívka naopak potřebu

navázat vazbu s otcem, a pokud jí tato vazba není umožněna, mluví se o tzv. bulimické stagnaci. Celý tento proces autoři nazývají jako sociální porod, při kterém se má dítě separovat od rodiny a těmito výše popsány jevy může být sociální porod narušen (Chvála a Trapková, 2007).

Ráda bych zde ještě krátce zmínila dva přístupy, o kterých si myslím, že jsou v dnešní době velice populární a daly základ kognitivně-behaviorální terapii, která se v léčbě PPP používá velice často. Kognitivní teorie nahlíží na poruchy příjmu potravy jako na dysfunkční kognice, tj. objevují se nesprávné myšlenky a představy. Často se jedná o zkreslené vnímání vlastního těla. Tato dysfunkční kognice má negativní vliv na chování i prožívání dívky a je potřeba s ní v procesu terapie pracovat a změnit ji. Podle behaviorálních teorií jsou PPP naučené aspekty, které se v procesu terapie dají odnaučit.

1.5 Etiologie poruch příjmu potravy

V této kapitole se budu zabývat příčinami a mechanismy, které mohou stát za vznikem poruch příjmu potravy. Od roku 1977, kdy G. Engel navrhl biopsychosociální model zdraví a nemoci, jsou i poruchy příjmu potravy považovány za bio-psycho-sociálně podmíněné. Marádová (2007) zdůrazňuje, že nelze najít jedinou specifickou příčinu těchto onemocnění, po jejímž odstranění by automaticky došlo k uzdravení. Pro potřeby této práce jsem si tuto kapitolu rozdělila do několika částí podle rizikových faktorů ovlivňujících vznik a rozvoj těchto onemocnění. První skupinou jsou faktory sociální a kulturní, druhou biologické, a třetí skupinu zastupují faktory psychologické, tedy významné životní události působící na psychiku jedince a osobnost člověka. Samozřejmě jsem si vědoma toho, že na vzniku poruch příjmu potravy se podílí celá řada dalších faktorů a jejich kombinací. Krch například uvádí, že ke vzniku mentální anorexie dochází tehdy, kdy je jedinec vystaven více rizikovým faktorům najednou, například přílišné dietě a současně množině nepříznivých vlivů (Krch, 2010). Peggy Claude-Pierre vysvětluje vznik poruch příjmu potravy na základě přesvědčení, že nemoc vzniká kvůli všudypřítomným negativním myšlenkám, které postihují osoby trpící PPP, a ne pouze skrze působení spouštěcích mechanismů a faktorů. Říká, že se

jedná o vrozený vnitřní stav mysli, který nazývá „Stav utvrzelého negativismu“ (SUN), a který interpretuje veškeré prožívané životní zkušenosti. Příznaky PPP se projeví tehdy, když negativní mysl převládne nad myslí skutečnou (Claude-Pierre, 1998).

Sociální a kulturní faktory

Zde bych se zaměřila hlavně na mohutný vliv západních hodnot a negativní vliv médií, sdělovacích prostředků a reklamy, které vytvářejí ideál krásy dnešní doby. Fenoménu médií, konkrétně nových médií, je věnována celá třetí kapitola, kde se tomuto úkazu věnuji více dopodrobna, a tak se zde o těchto příčinách zmíním pouze povrchem.

Módní průmysl, filmy, časopisy a televize rozšiřují obecné mínění, že i mírná nadváha je zdraví škodlivá, a že štíhlost je nejdůležitějším aspektem fyzické přitažlivosti. Na ženy je vyvíjen neustálý abnormální tlak ze stran médií, který jim naznačuje, že jejich životní štěstí a hodnota sebe sama jsou přímo úměrné jejich tělesné hmotnosti (Krch, 2010). V dnešní společnosti je ideál krásy značně přeceňován, což vede ke snaze se mu co nejvíce přiblížit, což je pro většinu žen biogeneticky nemožné a zdravotně ohrožující. Podle mého názoru k rozvoji těchto onemocnění velkou měrou přispívají sociální sítě, které jsou v dnešní době a v našem sociokulturním prostředí dostupné každému, a není snadné ohlídat, co se na platformě internetu odehrává, např. jaké stránky dívky navštěvují, jaká videa sledují apod. Anonymita internetu má velikou sílu a může být pro snadno ovlivnitelné dopívající dívky, které hledají a vytvářejí si vlastní identitu, velice zrádná.

Dalším důležitým aspektem sociokulturních faktorů je dnešní západní společnost a hodnoty, které vyznává. Kocourková (1997) poukazuje na fakt, že se jídelní poruchy nejčastěji vyskytují v zemích západního světa, kde je hodnotová orientace výrazně zaměřena na osobní individualitu, úspěch, výkon, prestiž a sebeovládání. Novák souhlasí a dodává, že dnešní společnost vyžaduje od žen zvýšenou výkonnost s důrazem na úspěch, což činí ženy náchylnější k poruchám příjmu potravy. K tomu ještě doplňuje, že dobrovolné formy hladovění se vyskytují nejenom tam, kde je nadbytek potravy, ale především tam, kde je tento nadbytek kombinován se svobodným postojem žen ke společnosti, tj. právě v západním emancipovaném světě (Novák, 2010).

Biologické faktory

Kromě sociálních a kulturních faktorů se na vzniku poruch příjmu potravy podepisují i biologické aspekty. Krch například uvádí, že u žen se projevují poruchy příjmu potravy až desetkrát častěji než u mužů. Je to způsobeno tím, že tělesný růst žen v dospívání je spojen nejen s rostoucí tělesnou hmotností, ale i s nabíráním tukových zásob, což může být pro některé dívky velice ohrožující. BMI¹ se u dospívajících českých dívek mezi 8. a 16. rokem průměrně zvýší z 16 na 19 (Krch, 2005). Tento vývoj u dívek může znamenat, že se přirozeným zakulacováním těla vzdalují současnému ideálu krásy naší společnosti, což vyvolává většinovou nespokojenost s vlastním tělem a snahu s tím něco dělat. Tato nespokojenost vede k redukčním dietám, a tak vzrůstá riziko rozvoje PPP.

Psychologické faktory:

Do psychologických faktorů zahrnují **osobní faktory** a **osobní interpersonální zkušenosti**, které se nachází na hranici mezi individuálními faktory a prostředím.

Mezi charakteristické osobní rysy člověka mající sklon k onemocnění PPP patří dle Papežové (2012) zejména perfekcionismus, zranitelnost, závislost, sebekritičnost, impulzivita, puritánství a asketizmus. Girlo a Mitchell (2011) souhlasí a dodávají pár dalších rizikových faktorů: špatnou náladu až depresivitu, strach ze sexuality, problémy ve vztazích a ztrátu váhy zapříčiněnou tělesným onemocněním [vlastní překlad autorky práce]. Dívky postižené mentální anorexií často bývají líčeny jako zaměřené na úspěch, dodržující společenská pravidla, vyznačující se nízkou mírou sebevědomí a s omezenými tvůrčími schopnostmi. Sami sebe velice podceňují a pochybují o sobě (Krch, 2005). Pro ženy postižené mentální bulimií je typické nejen snížené sebevědomí, ale hlavně kritičnost vůči sobě a ostatním a úzkostlivé vyhýbání se neshodám a kritice (Hall a Cohn, 2003). Maloney a Kranzová naopak zastávají názor, že tato onemocnění vznikají z důvodu potlačovaného hněvu, vzteku a agrese, které pramení z tradiční výchovy dívek jako milých a příjemných bytostí. Podle nich jsou PPP způsobem, jak se vyrovnat s vnitřními bouřlivými pocity (Maloney a Kranzová, 1997).

Interpersonální zkušenosti jsou nejvíce spojené se zneužíváním, traumatem a posmíváním. Hsu v r. 1990 udává, že jedna až dvě třetiny pacientů z různých klinických

¹ BMI je zkratkou anglického sousloví Body Mass Index, což v překladu znamená Index tělesné hmotnosti. Tento index lze statisticky zjistit, když vydělíme tělesnou hmotnost daného člověka druhou mocninou jeho výšky. Normální (tzn. zdravá) váha dospělého člověka je v rozmezí 18,5 až 25 BMI.

studii dává rozvoj anorexie do souvislosti s nějakou životní událostí. Nejčastěji se jedná o narážky na tělesný vzhled a tloušťku, sexuální nebo jiné konflikty, významné životní změny, osobní neúspěchy, nemoc, problémy v rodině nebo odloučení od rodiny (cit. dle Krcha, 2005).

Dle mého názoru se rodina může velkou mírou podílet na vytváření nesprávných stravovacích návyků. Myslím si to z toho důvodu, že jídlo v dnešní době neslouží jen k obživě, ale je používáno i jako „výchovná metoda“ a výrazný socializační činitel. Pro vysvětlení: v rodinách bývá často jídlo bráno jako odměna a trest, a právě tato zaměřenost může zapříčiňovat vybíravé chování dětí ve vztahu k jídlu, a potrava se tak může stávat prostředkem pro trestání nebo naopak rozradostňování rodičů. A již v tomto chování vidím možné základy pro rozvoj poruchy příjmu potravy.

Dále dle mého názoru hraje rodina také velice významnou roli v utváření sebepojetí (vnímání vlastního těla, sebelásky) a jídelních a pohybových návyků člověka, a tak se může celkem snadno stát, že dívky přeberou nesprávné návyky od svých rodičů, resp. od matky a to následně negativně ovlivní jejich vlastní život. Podle Krcha (2005) je samotný výskyt anorexie v rodinném prostředí nejbližších příbuzných ženského pohlaví pokládán za významný rizikový faktor. Výskyt anorexie mezi sourozenci nemocných se uvádí v rozmezí 3-10 %. Mezi matkami anorektiček se nevhodné jídelní a dietní postoje mohou objevovat ještě častěji (Krch, 2010). Dále Krch popisuje „anorektické“ matky jako dominantní, přespříliš ochraňující a ctižádostivé osoby, které svým chováním přispívají k rozvoji jídelních poruch zejména z toho důvodu, že jsou prvním zdrojem potravy dítěte. Vztah matky a anorektické dívky je často nezdravý především velkou mírou závislosti jednoho na druhém. Tato závislost bývá často spojována s některými velmi ambivalentními mateřskými postoji (Krch, 2005).

1.6 Následky

Poruchy příjmu potravy jsou velice závažným onemocněním, které má těžké a často nenapravitelné následky. Dle mého názoru jsou chronická podvýživa, či

pravidelné přejídání a následná obezita pro naše zdraví velice škodlivé a jejich důsledky neovlivňují jen fyzickou stránku naší osobnosti, ale mají podstatný vliv i na prožívání a společenský život člověka.

Při přílišném snížení váhy nastupují zdravotní problémy jako např. nízký krevní tlak, oslabení srdce a svalů, anémie, neplodnost a osteoporóza (Middleton a Smith, 2013). Podle Krcha až 9 z 10 postižených dívek čelí některé formě kardiovaskulárních potíží a hypotenzi, která vzniká na základě dlouhodobého poklesu objemu tělních tekutin a souvisí s ortostatickými změnami, které způsobují závratě a náhlé ztráty vědomí (Krch, 2005). Papežová uvádí jako další možné následky vyhublosti především přecitlivělost na chlad, poruchy spánku, nárůst jemného ochlupení, otoky kloubů a snížení krevního cukru v krvi (Papežová, 2012). Toto jsou tedy důsledky mentální anorexie - nemoci, která je nejvíce spojována s extrémní vyhublostí.

Při onemocnění mentální bulimií, při níž postižené pravidelně provozují některou z forem pročišťování, mohou nastat kromě výše zmíněných problémů i problémy další. Nejzávažnějším následkem užívání projímadel či zvracení je ztráta elektrolytů, která je spojena se ztrátou tělních tekutin, dehydrací a tedy i ztrátou důležitých minerálů. Pokud dojde k výraznému poklesu těchto látek, mohou se objevit závažné akutní symptomy jako je např. srdeční selhání či záchvaty (Middleton a Smith, 2013). Dalším smrtelným rizikem může být selhání ledvin, které nastává jako důsledek nízké hladiny draslíku v těle (Hall a Cohn, 2003). Mimoto často dochází k zažívacím potížím, protože nadužívání projímadel narušuje přirozenou funkci střev, což může vyvolat zácpu či naopak průjem. Krch dodává, že projímadla mohou v některých případech způsobovat poruchy vykazující syndromy malosorpce, steratoreu či entopatie, což zapříčiňuje narušení schopnosti vstřebávat bílkoviny. U bulimiček a zvracejících anorektiček jsou časté vředy, záněty a bolesti jícnu, což je způsobeno častým působením žaludečních šťáv v trávicím traktu (Krch, 2005). Hall a Cohn (2003) zdůrazňují, že u déle trvajících neléčených onemocnění je riziko zdravotních následků mnohem vyšší.

S rozvojem záchvatovitého přejídání jde ruku v ruce zvýšení tělesné hmotnosti. U nadměrného zvýšení váhy se také objevují zdravotní rizika a následky. Jedná se zejména o kardiovaskulární poruchy, které jsou způsobeny nadměrnou konzumací nezdravých potravin, které způsobují zvýšení tuku uvnitř cév, což může následně vést k jejich ucpaní a srdečnímu infarktu. Dále se také může rozvinout diabetes 2. typu,

který je způsoben nadměrnou konzumací sladkého. Komplikace mohou lidé pocítit i v oblasti pohybového aparátu (Middleton a Smith, 2013).

1.7 Léčba

Základním a velice důležitým aspektem v léčbě poruch příjmu potravy je dle mého názoru individuální přístup k nemocnému jedinci. Léčba těchto poruch je velice složitá a dlouhodobá. Vyžaduje spolupráci mnoha odborníků, od psychiatrů a psychologů až po výživové poradce. Middleton a Smith říkají, že velkým nebezpečím u poruch příjmu potravy je fakt, že se pro postižené z počátku zdají být skutečným řešením problémů, a až postupem času se stávají samotným problémem. Dodávají, že stejně jako je důležité vědět, co nám porucha příjmu potravy poskytuje a dává, je důležité si uvědomovat i to, o co můžeme jejím vlivem v dlouhodobějším horizontu přijít (Middleton a Smith, 2013). Obecně léčba poruch příjmu potravy spočívá ve změně chování a postojů k jídlu. Tuto myšlenku dokládá Cooper, který uvádí, že cílem léčby je znovuzískání kontroly nad procesem stravování a přemožení strachu vyplývajícího z obav o hmotnost a tvar těla (COOPER, 2015). Největší překážkou v léčbě bývá neochota spolupráce a nepřipuštění si potíží. Jak uvádí Papežová: *„žádná léčebná metoda sama o sobě vás neuzdraví bez vašeho aktivního přístupu a změny v jídelním chování.“* (Papežová, 2012) Aby postižená dívka začala spolupracovat a měla aktivní zájem na svém vyléčení, je nutné vynaložit velké úsilí ve všech etapách léčebného procesu (Krch, 2005). Často si dívky ve své nemoci připadají „dobře“, vlastně se jim ani nic měnit nechce. Klíčový okamžik v léčbě nastává v okamžiku, kdy dívka začne spolupracovat a sama se aktivně zajímat o léčbu. V následujících podkapitolách bych se ráda zaměřila na jednotlivé možnosti léčby. Od svépomocných skupin, přes ambulantní léčbu až po hospitalizaci.

1.7.1 Svěpomoc

Alternativou pro konvenční léčbu jsou různé formy svěpomoci. Např. svěpomocné skupiny existují po celém světě a mají za cíl sdružovat jednotlivce, kteří

procházejí podobnými problémy a rozhodli se s nimi bojovat. Umožňují člověku sdílet a naslouchat ostatním, což samo o sobě může působit úzdravně. Krch (2005) říká, že u pacientů, kteří trpí pouze mírnějšími symptomy onemocnění je svépomocné léčení velice efektivní metodou, pomocí níž lze dojít k velkému zlepšení nebo dokonce úplnému uzdravení. Tyto svépomocné skupiny často vede člověk, který sám prošel poruchou příjmu potravy, což mu umožňuje své zkušenosti a dovednosti využívat v léčbě ostatních a předávat je dál (Middleton a Smith, 2013).

Existují i svépomocné příručky či průvodci, které mohou nemalou měrou pomáhat v cestě za uzdravením. U nás se těmto příručkám věnuje František D. Krch a paní doktorka Hana Papežová. Ze zahraničních autorů mohu uvést např. Petera J. Coopera či Lindseyho Halla a Leigha Cohna. Obecně tyto příručky obsahují řadu po sobě jdoucích kroků, a každý krok vyžaduje zvládnutí konkrétního problému, např. způsob vedení jídelníčku, definování problémů, zastavení diety a přesměrování myšlení. Většinou jsou jejich součástí i záznamové archy, které slouží pro zapisování denního režimu. Zapisují se do nich hlavně podrobné stravovací návyky a myšlenky, které nemocného během svépomoci provázejí. Cooper uvádí, že např. jeho program pro zvládnutí mentální bulimie přesně popisuje konkrétní kroky, které musí nemocný učinit pro to, aby se uzdravil. Zdůrazňuje, že člověk si musí být vědom svého problému a mít touhu se vyléčit, přičemž chce-li se zbavit svých úzkostí, musí se připravit na to, že po dobu nejméně šesti měsíců bude věnovat svému stravování a obavám o hmotnost a tvar těla velkou pozornost (Cooper, 2014).

1.7.2 Psychoterapie

Psychoterapie je léčba psychologickými prostředky založená na důvěrném vztahu mezi terapeutem a pacientem. Umožňuje nám o prožitcích a trápení mluvit v bezpečném prostředí za podpory terapeuta. Psychoterapie může pomáhat nejen ve snaze vyléčit symptomy PPP, ale umožňuje také člověku hlouběji porozumět původcům problému a sobě samému. V psychoterapii poruch příjmu potravy je nejvíce rozšířena kognitivně-behaviorální terapie (KBT). Krch doporučuje individuální KBT především těm postiženým ženám, u nichž je vzhledem k věku rodinná terapie nevhodná, a u kterých pozorujeme středně těžké až vážné symptomy nemoci (Krch, 2005). Jako další možnou terapii Krch (2016) uvádí dynamicky orientovanou psychoterapii, která se

zaměřuje na separační problémy, zejména důvody, proč se dívka nedokáže odtrhnout od rodiny a regreduje do nižších vývojových stádií. V léčbě PPP se mimo KBT používá i metod racionální a motivační psychoterapie, rodinné terapie a dalších specializovaných technik (Raboch, 2012).

Mimo individuální terapii mohou postižení navštěvovat také terapii skupinovou, která se v některých případech doporučuje jako doplnění terapie individuální. Výhody skupinové terapie vidím v tom, že postiženým umožňuje sdílet problémy s lidmi, kteří se potýkají s podobnými potížemi a pomocí zpětné vazby ostatních členů mají možnost získat náhled jak na problém samotný, tak i na svou vlastní osobu.

Krátce bych chtěla zdůraznit, že u mladších pacientů se doporučuje kromě individuální terapie i terapie rodinná. Zejména v případech, kdy jsou v popředí výrazné rodinné konflikty a vzájemné nepochopení. Rodinní terapeuti jsou přesvědčeni, že PPP mohou odrážet dysfunkční role a vzorce vyskytující se v rodině (Krch, 2005). V některých případech může být doporučována i terapie párová.

1.7.3 Farmakoterapie

Farmakoterapie není indikována přímo na symptomy poruch příjmu potravy, ale spíše na zmírnění vedlejších, doprovázejících příznaků. Kocourková (1997) zdůrazňuje, že neexistuje kauzální lék pro léčbu poruch příjmu potravy a možnosti medikace jsou pouze symptomatické, tedy že ovlivňují a mírní pouze příznak, nikoliv podstatu nemoci. Léky se tedy podávají na zmírnění úzkostí, deprese či obsedantních a impulzivních projevů. Mohou také pomoci při problémech se spánkem či při výkyvech nálad.

1.7.4 Hospitalizace a částečná hospitalizace

Při vážnějším průběhu některé z nemocí poruch příjmu potravy může nastat situace, že je dotyčná v tak pokročilé fázi nemoci, a tedy je nutná hospitalizace. Ta je nutná v případě, pokud je přímo ohrožen život nemocného. Při rozhodování o hospitalizaci je důležité brát v úvahu mnoho faktorů, nejen přílišnou vyhublost, ale také např. zvýšené riziko sebepoškozování, deprese, přemíru zneužívání laxativ, diuretik, zvracení apod. (Krch, 2005). Často se jedná o dívky, které nereagují na ambulantní

léčbu. Leibold ve své knize uvádí, že na léčení jsou někteří pacienti dopravováni pozdě, ve chvíli když už jsou vyhublí až na kostru a téměř už nemají zájem o život. Deset procent z nich i přes okamžitou intenzivní léčbu umírá (Leibold, 1995).

PPP je také možno léčit pomocí částečné hospitalizace, což je léčba velice podobná hospitalizaci s tím rozdílem, že pacientky nezůstávají v nemocnici přes noc. Krch (2005) uvádí, že tyto programy poskytují strukturu jídelního režimu a současně také umožňují intenzivní terapii, aniž by se pacient musel vzdát terapeutické podpory a úkolů mimo nemocnici. Na podobném principu fungují i denní stacionáře, které dívkám usnadňují přechod z nemocnice do ambulantní péče a běžného života.

V každém případě je ale potřeba zvážit, jaká léčba je pro pacientku nejlepší, a brát ohled na motivaci a individuální rozdílnosti.

1.7.5 Nové technologie v léčbě PPP

V této podkapitole bych ráda uvedla stručný výběr nově vznikajících technologických přístupů v léčbě poruch příjmu potravy, kterými se blíže zabývají Scott G. Engel a Stephen A. Wonderlich v knize „The Treatment of Eating Disorders“. Tito autoři uvádí důvody, proč by v léčbě PPP měl být využíván internet. Prvním důvodem je snadné využití internetu, jeho dobrá přístupnost, praktičnost a časová efektivita. Navíc pacienti používající internet jako součást léčby zakoušejí vyšší míru podpory a akceptace. Naopak ale autoři zdůrazňují, že efektivita většiny těchto nových přístupů nebyla ještě dostatečně vědecky ověřena, a proto je potřeba další práce odborníků. Specifickým přístupem je např. **Interapy**. Jedná se o léčení bulimie pomocí internetu, se kterou přišli Lange a kolektiv. Léčba trvá přibližně 25 týdnů a skládá se z deseti po sobě jdoucích modulů. Tyto moduly zahrnují psychoedukaci, domácí úkoly a zpětnou vazbu odborníka, kterou pacientům poskytuje prostřednictvím internetu. Léčba má za cíl zvýšit povědomí o poruchách příjmu potravy, nastavit plán sebeovládání, uvědomit si dysfunkční myšlenky, umožnit mluvit o problémech s ostatními a poskytnout prevenci relapsu (Stephen a Wonderlich, 2011) [vlastní překlad autorky této práce]. Dle mého názoru tato internetová léčba (Interapy) značně připomíná svépomocné příručky (o kterých se píše výše v této kapitole), s tím rozdílem že se záznamy odehrávají v elektronické formě. Oproti příručkám vidím výhodu použití internetu v tom, že je umožněna a poskytnuta kontrola ze stran odborníků, což při práci

se svépomocnými příručkami zajištěno není. Nicméně za nevýhodu považuji to, že na internetu nikdy nelze zcela ověřit identitu jedince, a tak si odborníci nemohou být jisti, kdo stojí na druhé straně a komu vlastně pomáhají.

Dále Stephen a Wonderlich uvádí další nové metody léčby, mezi něž patří například **ES[S]PRIT**, což je webová stránka, která poskytuje pacientům obecné informace o PPP, umožňuje jim zapojit se do diskuzních fór, poskytuje jim podpůrnou zpětnou vazbu, která reaguje na jejich záznamy a aktivitu na webové stránce. Dále zmiňují program poskytující internetovou podporu rodičům pacientů trpících PPP (**Internet-Based Social Support for Parents of Patients with EDs**). Tato sociální podpora je poskytnuta prostřednictvím „chatovacích místností“ na internetu, které dovolují rodičům snížit úroveň izolace, sdílet zkušenosti s ostatními a dále dostávat či dávat rady a ujištění. (Stephen a Wonderlich, 2011) [vlastní překlad autorky této práce].

Dále mohou být v léčbě poruch příjmu potravy nápomocné také mobilní aplikace, které v současné době prochází rapidním rozvojem, ostatně stejně jako internet. O mobilních aplikacích (konkrétně Recovery Record) se více zmiňují v podkapitole 2.3 této práce.

2 NOVÁ MÉDIA

Na začátku této kapitoly bych ráda definovala základní pojmy jako média, nová média a sociální sítě. Hartl a Hartlová (2010, s. 299) definují médium jako hromadný sdělovací prostředek. Jedná se tedy o prostředky sloužící ke sdílení a komunikaci. Sousedství nová média je obecně těžké definovat. Pavlíček uvádí, že je obtížné definovat pravou podstatu nových médií, neboť neexistuje žádná přesná či dokonce „jediná správná“ definice, a proto shrnuje základní rysy a principy nových médií do čtyř bodů. Zprvce se pod pojmem „nová média“ rozumí především média, která jsou založena na elektronické či digitální platformě. Za druhé využívají výpočetní výkon, tj. procesor. Dále jsou interaktivní, to znamená, že reagují na podněty uživatele a v neposlední řadě podporují komunikaci, nebo alespoň přímou zpětnou vazbu (Pavlíček, 2010). Já budu na nová média nahlížet jako na média, která umožňují vzájemnou interakci jedinců na platformě internetu zejména v rámci blogů a sociálních sítí.

Sociální síť Pavlíček definuje jako propojenou skupinu lidí, kteří mezi sebou sdílí takové informace, které každý jedinec sám uzná za vhodné. Tito lidé se navzájem ovlivňují a vytvářejí své vlastnosti a charakteristiky, které se poté na sociální síti stávají v různé míře dostupné ostatním (Pavlíček, 2010). Tím se vytváří tzv. virtuální komunita, o které budu psát později. Novák říká, že se u vlivu médií předpokládá urychlení nástupu onemocnění tím, že u žen podporují nespokojenost s vlastním tělem (Novák, 2010).

2.1 Výhody a nevýhody nových médií

Jednou ze základních vlastností nových médií (internetu) je jistě **anonymita**, což je situace, kdy neznáme identitu autora. Pavlíček uvádí, že se na internetu daleko častěji setkáváme s tzv. pseudonymitou, což je jedna z variant částečně omezené

anonymity. Tvrdí, že jistý druh zprostředkující identity se v těchto případech objevuje, avšak netvoří vazbu s identitou skutečnou. Pozitivní aspekt pseudonymity vidí v tom, že lze různé stopy dotyčného spojit do jedné, a tím si vytvořit komplexnější představu o původci (Pavlíček, 2010). Obě dvě varianty anonymity mají řadu výhod a nevýhod. Výhodou může být pocit soukromí, což člověk může vnímat jako ochranu své osoby. Na druhou stranu anonymita otevírá upřímnost, což může být jak prospěšné, tak problematické. Anonymita se může negativně projevit i ve vyhrocených situacích, při kterých člověk řekne to, co by za normálních okolností neřekl a neudělal (pomluvy, výhrůžky až útoky). Pavlíček se dále k anonymitě nevyjadřuje ani v pozitivním, ani negativním smyslu. Jako hlavní problém vidí to, že nelze sankcionovat anonymní činy, čímž je anonym oproštěn od zodpovědnosti za své skutky (Pavlíček, 2010).

Další významnou výhodou nových médií je **dostupnost**. Mluvím samozřejmě o jejich dostupnosti v našem sociokulturním prostředí. Existují i země, kde je přístup k internetu omezen, a tím je zamezeno využívání nových médií v celé šíři. V dnešní době může člověk nová média používat téměř z každého kouta světa. Stačí mít zařízení, které mu to umožní. Kotrba (2004) udává, že vzhledem k tomu, že nová (internetová) média nejsou zakotvena v čase a prostoru, proměňují svět v tzv. McLuhanovu „globální vesnici“. S dostupností nových médií je tedy spojena **globalizace** a **otevřenost**. Kotrba uvádí, že komunikační vstřícnost a otevřenost často převyšuje otevřenost reálné společnosti. Zmiňuje se o donedávna nepředstavitelných možnostech moderních technologií, které v současné době naráží na limity lidské psychiky. Virtuální prostředí se tak stalo neprozkoumaným nebezpečným prostředím, ve kterém tradiční lidská komunikační pravidla a psychologie přestávají mít váhu nebo se úplně vytrácí (Kotrba, 2004).

Nová média nám poskytují spoustu výhod, ale je nutné si uvědomit, že každá mince má nejen líc, ale i rub. Zdánlivě bezbřehé možnosti nových médií mohou být velice lehce zneužity, je tedy nutné s nimi nakládat s ostražitostí a osobní morální zodpovědností.

2.2 Virtuální komunita

S nástupem nových médií, internetu a sociálních sítí, se začaly vytvářet tzv. virtuální komunity. Vzhledem k měnící se povaze médií šířících se prostřednictvím internetu je obtížné jednotlivé subfenomény přesně definovat. Důvodem může být stále se měnící podoba platforem, zdokonalování technologických nosičů nebo např. nejasné vymezení vlád vůči aktivitám zaplňujícím internet. Proto Pavlíček uvádí dva body, které mají všechny definice virtuální komunity společné. Za prvé existence virtuální komunity je podmíněna společným motivem, cílem nebo tématem, a za druhé je nutné, aby každý člen měl (zpravidla sám od sebe) opravdový zájem na funkčnosti komunity (Pavlíček, 2010). Jedná se tedy o skupiny lidí, kteří spolu navzájem komunikují a sdílí podobné cíle, hodnoty a názory. Podle Pavlíčka anonymita lidem umožňuje snáze se otevřít, svěřit se a sdílet své vlastní problémy a zkušenosti s ostatními členy komunity. Dodává, že anonymita odstraňuje nesmělost při žádostech o pomoc (Pavlíček, 2010).

Dívky trpící poruchami příjmu potravy také vytvářejí své virtuální komunity. Na internetu můžeme najít dva hlavní typy stránek týkajících se problematiky PPP. Jednu skupinu zastupují tzv. „pro-eating disorder“ komunity (komunity podporující se v hubnutí) a druhou skupinu tvoří tzv. varovné a uzdravné stránky (zotavovací). Oba typy stránek mohou mít mnoho podob. Může se jednat o blogy, vlogy či profily a skupiny na sociálních sítích.

Zajímavý pohled na virtuální komunity podává Eda R. Uca, která ve své knize uvádí, že existuje mylná představa o těchto komunitách a to, že tyto stránky pokaždé zobrazují stejnou hlavní myšlenku, především pro-ana ideál. Dále říká, že ve skutečnosti lze tyto komunity rozlišit na dvě hlavní kategorie: tzv. pro-eating disorder komunity a pro-ana/mia komunity.

Pro-eating disorder jsou komunity, ve kterých se sdružují lidé, kteří jsou si vědomi toho, že mají poruchu příjmu potravy. Vyhledávají tuto komunitu ne primárně za účelem se uzdravit, ale spíše jako nalezení spřízněných duší, se kterými by mohli sdílet svá trápení. Důležitá je emocionální podpora, kterou získají od ostatních členů. Pro tuto komunitu je charakteristický specifický životní styl, který se ale vytváří až ve chvíli, kdy nemocný člověk sdílí svůj život s ostatními.

Druhou skupinu Uce pojmenovala jako **Pro-ana**. Jedná se o lidi, kteří nevnímají anorexii a bulimii jako životní styl, ale naopak jsou si dobře vědomi toho, že jde o

nemoc. Nevyhledávají skupinu spřízněných duší, nýbrž spíše inspiraci a návody, pomocí kterých budou moci dosáhnout svých cílů. Toto chování je motivováno snahou o fyzické zdokonalování vlastní postavy (Uca, 2004) [vlastní překlad autorky této práce].

Ve zkratce lze říci, že první skupině virtuální prostředí nepomáhá k tomu, aby se její členové vyléčili, ale slouží jen k tomu, aby svůj život s poruchou příjmu potravy sdíleli. Druhé skupině virtuální prostředí pomáhá nalézt informace o těchto poruchách, a dále je efektivně využít tak, aby dosáhly tělesného ideálu hubenosti. Tyto skupiny nemají jasně vymezené hranice a mohou přecházet jedna v druhou.

2.2.1 Pro-Eating Disorder Blogy

Blog je veřejně přístupná internetová stránka, na které zpravidla jeden autor v pravidelných intervalech zveřejňuje své příspěvky. Tyto příspěvky mohou mít formu reportáže, deníku, glosy atd. Silnou motivací autora je zaujmout co nejširší publikum a mít širokou základnu fanoušků a odběratelů. Tímto způsobem se blogger může propracovat až do pozice internetové celebrity. S nástupem internetové generace začalv v hojně míře vznikat tzv. pro ana/mia blogy: „pro-ana“ znamená „pro anorexii“ a „pro-mia“ „pro bulimii“. Jsou to informační platformy, které kolem sebe sdružují komunitu lidí, která se nemoci nechce zbavit, ale naopak se jí snaží plně přizpůsobit. Tyto stránky nenavštěvují jen nemocné, ale i ty dívky, které anorexii vnímají jako dokonalost a ideál, kterému se chtějí co nejvíce přiblížit. Autorka sama svým vlivem a pravidelným nahráváním fotografií, na kterých dokumentuje své „pokroky“, výrazným způsobem stimuluje aktivitu svých čtenářek, pro které se stala jakýmsi ideálem či modlou. Právě takováto činnost, kterou lze na svobodném internetu publikovat, je odvrácenou stranou nových médií.

Většina těchto stránek má podobnou strukturu a obsah. Nyní bych se ráda zaměřila na jednotlivé obsahy konkrétněji. Téměř všechny pro-ana blogy, na které jsem narazila, měly kategorie jako: můj progres, tipy a triky, posvátné texty a thinspiration.

Kategorie „tipy a triky“ zahrnují návody, jak se vyhnout jídlu, jak zvládat společenské události, jako jsou např. rodinné večere a návštěvy přátel. Dále zahrnují návody, jak se vypořádat s hladem, únavou, závratěmi a dalšími příznaky hladovění.

Lze zde také najít manuály na efektivní snížení hmotnosti jako např. cvičení, zvracení, a návody, jak utajit svou nemoc před okolím.

Uca (2004) zastává názor, že anorexie je často vnímána jako náboženství, kterým je třeba se řídit, a proto se na těchto stránkách objevují následující texty, které v sobě zahrnují nápadnou náboženskou terminologii. Uca do kategorie posvátných textů zařazuje 3 texty: Dopis od Any, Krédo Any a Žalm od Any [vlastní překlad autorky této práce].

Pro přiblížení těchto posvátných textů bych zde ráda uvedla úryvek z dopisu od Any, který na svém blogu zveřejňuje autorka, která si říká Jessica: *„Dovol mi představit se. Jmenuji se Ana, nebo jak mě nazývají lékaři a jiní, Anorexia. Moje celé jméno zní Anorexia Nervosa, ale můžeš mi říkat Ana. Myslím, že se můžeme stát dobrými partnery. V blízké budoucnosti do tebe budu investovat hodně svého času a totéž očekávám od tebe... Očekávám od tebe hodně. Není ti povoleno jíst moc. Začne to pomalu: snižování příjmu tuku, čtení tabulek s nutričními hodnotami, zbavování se nezdravých, smažených jídel atd. Na chvíli bude cvičení snadné: nějaké to běhání, možná nějaké dřepy či cviky na břicho, nic vážného. Možná takhle shodíš pár kil z toho svého tlustého těla. Ale nebude dlouho trvat a nebude mi to stačit... Mám i svou slabou stránku, ale tu nesmíme nikomu říct. Pokud se rozhodneš proti mně bojovat, dostat se k někomu a říct mu, jak tě nutím žít, všechno se zničí. Nikdo to nesmí zjistit, nikdo nemůže rozbít ten krunýř, kterým jsem tě pokryla. Já jsem tě stvořila, tuhle hubenou, dokonalou dívku. Jsi moje, jenom moje. Beze mě nejsi nic...“* [Jessica, 2013]. Tento text a další jemu podobné tvoří mytologickou základnu pro-ana blogů. Já bych do této kategorie zařadila ještě tzv. motta Any, což jsou výroky typu: „Raději budu mrtvá, nežli tlustá. Hlad bolí, ale štíhlost za to stojí“.

Nedílnou součástí každého takového blogu je tzv. thinspiration, což je anglická složenina dvou slov: thin (hubený) a inspiration (inspirace), doslovný překlad tedy je inspirace hubeností. Jedná se o fotografie, které zobrazují extrémně hubené dívky sloužící jako vzory pro návštěvníky těchto stránek. Uca (2004) uvádí, že thinspiration není omezeno jen na obrázky a fotky, ale zahrnuje také seznam literatury, filmů a osobních příběhů s tematikou PPP. Dále dělí thinspiration na pozitivní a negativní. Pozitivní thinspiration zobrazuje vyhublé dívky, a tím povzbuzuje návštěvníky těchto stránek k hubnutí, tedy k přiblížení se ideálu zobrazeného na obrázcích. Negativním thinspiration rozumíme naopak zobrazování obézních lidí nebo zprávy o jejich smrti proto, aby vyvolaly v návštěvnících strach z jídla. Obě dvě

varianty tedy mají za cíl inspirovat návštěvníky v hubnutí. Uca dodává, že součástí těchto stránek bývá také tzv. disclaimer, tedy odmítnutí odpovědnosti jejich autorů za osudy čtenářů.

Na závěr je nutné zmínit, že tyto stránky představují ohromné riziko pro dívky, které nejsou se svým životem spokojeny a cítí se osaměle. Tyto dívky hledají ve svém životě jistotu a pro-ana blogy jim tuto možnost přímo nabízejí. Na druhou stranu nám pro-ana blogy poskytují unikátní příležitost nahlédnout do veřejně přístupných diskuzí reálných aktérů. Proniknutí do uzavřených skupin není vůbec těžké, protože není žádný problém vytvořit si falešnou identitu, a stát se tak součástí jejich virtuální komunity.

2.3 Internetové a mobilní aplikace a poruchy příjmu potravy

Internet jako nové médium je mezi lidmi velice populární a jeho dostupnost a každodenní používání může přispívat k rozvoji rozličných problémů. Karges říká, že poruchy příjmu potravy sice existovaly před rozvojem chytrých telefonů a sociálních médií, ale právě rapidní nárůst mobilních technologií a přístupnosti internetu změnilo způsoby, které postižené dívky užívají k zvládnání nebo naopak podněcování škodlivého chování souvisejícího s poruchami příjmu potravy. Dodává, že tyto technologie mohou snadno sloužit jako platforma pro posílení nemoci z důvodu velkého množství obrázků, videí a diskuzí podporujících poruchy příjmu potravy. Na druhou stranu říká, že vzniklo mnoho nových aplikací, které byly vytvořeny s cílem podporovat jednotlivce v uzdravení. Jako příklad uvádí „Recovery Record“, což je mobilní aplikace, která povzbuzuje jedince v nastavování konstruktivních denních cílů. (Karges, 2013) [vlastní překlad autorky této práce].

Na tuto aplikaci bych se nyní více zaměřila. Jedná se o mobilní aplikaci, která umožňuje zapisování myšlenek, pocitů a chování týkajících se jakékoliv části života s poruchou příjmu potravy a podporuje nemocné ve snaze svoji nemoc překonat. Také pomáhá evidovat zkonsumovaná jídla a hodnotit všechny okolnosti, které konzumaci jídla provázely. Např. nemocné hodnotí, jak se po jídle cítily, kde a s kým jedly, co jedly a jak dlouho jim stravování trvalo. Nabízí také možnost zaznamenat pocity při vynechání jídla a ptá se na nutkové potřeby přejedení či zvracení. Co je důležité, tato aplikace umožňuje sdílet své záznamy s doktory a jinými odborníky, kteří mají možnost

nahlédnout do vytvořených záznamů a pomoci tak nemocným s uzdravením. Toto je příklad efektivního využívání internetu na poli poruch příjmu potravy.

V dnešní době můžeme pozorovat velký rozmach mobilních aplikací, které nám umožňují počítat kalorie, a tak zjišťovat náš denní příjem a výdej. Jelikož postižené věnují kontrole příjmu a výdeje přehnaně velkou pozornost, mohou jim tyto aplikace umožňovat ještě dokonalejší kontrolu nad jejich, už tak dost přemrštěným, sebedozorem. To dokládá Chapman, který poznamenává, že zatímco tyto nástroje mohou lidem pomáhat zdravě shodit váhu, doktoři se obávají, že ve špatných rukou mohou nadělat více škody nežli užitku. V mentalitě lidí trpících poruchami příjmu potravy jsou přítomné obsesivní myšlenky týkající se počítání kalorií, sledování hmotnosti a sledování příjmu a výdaje spojeného se cvičením; tyto aplikace tak mohou nemocným poskytnout ještě větší ujištění o všem, co dávají a vydávají ze svého těla (Chapman, 2010) [vlastní překlad autorky této práce]. Dále jsou nyní populární také aplikace, které umožňují měřit fyzickou aktivitu, nebo aplikace sloužící k dokumentování jídla a osobních pokroků.

Ráda bych zde také zmínila studii z roku 2016 provedenou v Singapuru, která zkoumala, jak lidé trpící poruchami příjmu potravy využívají internet a mobilní aplikace, a zda-li návštěvnost stránek odpovídá vážnosti jejich poruchy. Bylo zkoumáno 55 pacientů, kteří trpěli nějakou formou poruchy příjmu potravy. Výsledky ukázaly, že 41,8 % respondentům aplikace napomáhaly udržovat jejich onemocnění, zatímco 32,7 % respondentům aplikace napomáhaly v cestě k uzdravení. 30,9 % respondentů se na Facebooku setkali s obsahem vztahujícím se k poruchám příjmu potravy, ale jen 12,7 % z nich již dříve navštívilo stránky související s PPP. Nejčastějším důvodem návštěv těchto stránek bylo: udržet si motivaci v hubnutí či zjistit, jak zhubnout; zjistit, jak skrýt poruchu příjmu potravy před okolím a hledání podpory. Dále studie zjistila, že většina respondentů umísťovala na Facebook fotky sebe, svých kamarádů a rodiny a jen menšina respondentů uváděla, že na Facebooku publikovala fotky jídla. 70,9 % uvádělo, že porovnávali fotky sebe s fotkami kamarádů či celebrit. Obecně výsledky ukázaly, že internet je mezi těmito lidmi velice populární, neboť umožňuje jak diskuze nad problémy, tak utvrzení jejich problémů. Dále uvádí, že celkové používání mobilních internetových aplikací je spojeno s nižším věkem a větší psychopatologií poruch příjmu potravy a psychosociálních poruch (Tan et al., 2016).

2.4 Facebook a poruchy příjmu potravy

Mezi aktivními uživateli internetu je Facebook nejrozšířenější sociální sítí, která byla založena roku 2004. Dvě třetiny dospělých uživatelů internetu uvedlo, že jsou také uživateli Facebooku. Nejvyšší zastoupení v této sociální síti tvoří ženy v rozmezí 18-29 let (Duggan a Brenner, 2013) [vlastní překlad autorky této práce]. Právě rozmach sociálních sítí a jim podobných webových stránek podnítil větší zájem o tyto internetové platformy a zkoumání jejich dopadů na uživatele. Ráda bych zde tedy uvedla pár výzkumů, které se zabývaly právě nejvíce navštěvovanou sociální sítí, tedy Facebookem a jeho vlivy na uživatele.

Bylo zjištěno, že použití sociálních sítí, jako např. Facebooku, může zvyšovat riziko rozvoje poruch příjmu potravy. Studie zveřejněná roku 2014 v časopise *International Journal of Eating Disorder* zjistila významnou souvislost mezi používáním Facebooku a jídelními poruchami u žen. Výzkumu se zúčastnilo 960 studentek vysokých škol, z nichž 95 % uvedlo, že aktivně používá Facebook, a že každá průměrná návštěva této stránky jim zabere přibližně 20 minut času, což je přes hodinu každý den. Ženy, pro které bylo obdržení zpětné vazby skrz komentáře a „líky“ více důležité, a které se více zapojovaly do chování zaměřeného na vzhled, např. odstraňovaly „tagy“ z fotek, které považovaly za nelichotivé, aby se tím vyhnuly případnému srovnávání, byly více ohroženy rozvojem některé z forem poruch příjmu potravy. Dále bylo zjištěno, že čím delší dobu dívka tráví na Facebooku, tím více je ohrožena rozvojem PPP. Výzkumníci uvádějí, že dnešní student stráví na Facebooku průměrně 100 minut denně a již 20 minut strávených na této sociální síti přispívá k zachování větší tělesné hmotnosti a ke vzrůstu obav a úzkostí spojených s vnímáním vlastního těla. Za největší rizikové faktory vyskytující se na sociálních sítích výzkumníci považují: **samotné médium**, které umožňuje prezentaci nerealistického ideálu ženské krásy a dále **vliv vrstevníků**, kteří tento ideál hubenosti schvalují. Většina uživatelů je v kontaktu s vrstevníky především prostřednictvím zveřejňování a prohlížení fotografií. Problém nastává ve chvíli, kdy se uživatelé snaží fotky upravovat s cílem vylepšit svou postavu a od ostatních uživatelů dostávají zpětnou vazbu pomocí „líků“ a pochvalných komentářů (Mabe, Forney a Keel, 2014) [vlastní překlad autorky této práce]. Domnívám se, že tato studie ukázala, jak Facebook propojuje vliv vrstevníků a společensky uznávaný ideál

krásy, jež přikládá velkou důležitost vzhledu žen. Pokládám si jen otázku: Neměla by se tedy věnovat větší pozornost tomu, jakou roli hrají sociální sítě v životě mladých lidí?

Další studie na toto téma publikovaná roku 2015 v časopise *Journal of Adolescent Health* zkoumala 128 vysokoškolských studentek a jejich neuspořádané jídelní návyky v souvislosti s užíváním Facebooku. Výzkumníci předpokládali, že vyšší intenzita používání této sítě a on-line srovnávání fyzického vzhledu bude pozitivně spojována právě s jejich neuspořádaným jídelním chováním. Jejich předpoklad se z části potvrdil, neboť zjistili, že rozvojem dietního chování byly více ohroženy uživatelky této sociální sítě, které porovnávaly svá těla s těly přátel a provozovaly tzv. „fat talk“, tj. negativně se vyjadřovaly o tvaru svého těla a hmotnosti, a také zdůrazňovaly společenský ideál krásy směřující ke štíhlosti. Naopak ženy, které nepoužívaly Facebook k porovnávání svého těla s těly ostatními, měly k Facebooku slabší emocionální pouto a byly méně zaujaté tvarem a velikostí svého těla. Pak právě tyto ženy byly méně ohroženy rozvojem dietního chování, a časté používání Facebooku u nich bylo spojováno s poklesem obav o tvar těla a jeho hmotnost. (Walker, et al., 2015) [vlastní překlad autorky této práce]. Dle mého názoru z tohoto výzkumu vyplývá, že nezáleží na času a intenzitě, kterou ženy na této sociální síti tráví, ale naopak právě na pohnutkách, s jakými tyto stránky navštěvují. Dalo by se polemizovat nad otázkou, zda je Facebook a jemu podobné stránky spíše prospěšný nebo naopak přináší více škody, nežli užitku.

3 VLASTNÍ VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

3.1 Úvod výzkumné části

Jelikož se v teoretické části mé bakalářské práce zabývám poruchami příjmu potravy a novými médii na teoretické rovině, v této části se tomuto tématu budu věnovat na rovině praktické. Pro výzkumné šetření jsem se rozhodla zvolit kvantitativní metodu a s její pomocí jsem zmapovala, jak se dívky s předpokladem některé poruchy příjmu potravy chovají na internetu. Šetření bylo prováděno pomocí mnou vytvořeného dotazníku umístěného na internetu, jakožto na formě nových médií.

V praktické části bych ráda nastínila řešený problém, cíle, průběh a metodiku dotazníkového šetření. Dále bych se také ráda zaměřila na interpretaci výsledků a analýzu zvolených hypotéz.

Ve světě, především ve Spojených státech amerických, bylo prováděno mnoho výzkumů zabývajících se vztahem mezi poruchami příjmu potravy a užíváním různých druhů médií. Některé z nich uvádím v teoretické části této bakalářské práce. Nejčastěji byl analyzován vliv sociální sítě Facebook, dále se studie zabývaly i jinými dostupnými internetovými stránkami a také mobilními aplikacemi. Mě zajímalo, jaké zvyky v užívání internetu mají dívky s předpokladem poruchy příjmu potravy v našem sociokulturním prostředí, tedy v České republice.

Při rešerši v oblasti dané problematiky jsem nenašla žádné relevantní výzkumy týkající se přímo této tematiky, které by byly prováděny u nás v republice, a tak jsem se rozhodla zmapovat tuto situaci sama a udělat exploratorní šetření, které by mohlo přinést zajímavé poznatky a otevřít možnost věnovat se této tématice hlouběji, např. v diplomové práci.

Zajímalo mě, jakým způsobem české dívky ve věku od 12 do 30 let používají internet a sociální sítě či jiné webové stránky (zejména tzv. pro-ana/pro-mia blogy) k prohloubení nebo naopak zlepšení jejich nemoci. Jsem si vědoma toho, že dnešní doba se mění a stává se čím dál rychlejší. S touto změnou jde ruku v ruce i vývoj nových technologií, ať už zobrazovacích technik či mobilních přístrojů. Z vlastní zkušenosti mohu konstatovat, že ještě před pouhými dvanácti lety nebylo v Česku běžné užívat mobilní telefon a s ním spojené vymoženosti dnešní doby. Tehdy lidé trávili hodně času s kamarády skutečným kontaktem, neschovaní za virtuální realitou. Dovolím si tvrdit,

že právě tento rozvoj nových technologií a médií by mohl mít vliv na výskyt rozmanitých neobvyklostí a změnu celkového chování dětí, dospívajících i dospělých v naší společnosti. Jelikož mě problematika poruch příjmu potravy zajímá už od mého studia na gymnáziu, kde jsem na toto téma psala ročníkovou práci a jejíž téma mě nepřestalo přitahovat dodnes, rozhodla jsem se v tomto průzkumu pokračovat. Chtěla bych se poruchám příjmu potravy věnovat i v budoucnu, a proto byl výběr tématu pro mou bakalářskou práci, a tím pádem i výběr výzkumného šetření, snadný.

V tomto výzkumném šetření jsem svou pozornost neomezovala jen na jednu konkrétní sociální síť, ale snažila jsem se do něj zakomponovat i jiné části virtuální reality.

3.2 Řešený problém

Ve svém výzkumném šetření vycházím z předpokladu, že internet a sociální sítě, jakožto jeden z faktorů, by mohly mít vliv na rozvoj nebo by naopak mohly pomoci při poruchách příjmu potravy. Proto mě zajímalo, jakým způsobem se dívky v prostředí virtuální reality pohybují, jaké konkrétní stránky navštěvují, jak vypadá návštěva konkrétních stránek, a jak se při této návštěvě cítí. Snažila jsem se tedy zmapovat jejich pohyb na platformě internetu. Domnívám se, že výrazným elementem v poruchách příjmu potravy by mohla být právě virtuální realita, která by mohla na postižené působit jak v pozitivním, tak i v negativním smyslu, tzn. pomáhat jim s vyléčením této choroby, nebo naopak nemoc ještě více prohlubovat. Zajímá mě zejména návštěvnost virtuálních komunit (tzv. pro-ana/pro-mia stránek). Dále pomocí hypotéz testuji, zda mezi danými jevy existují určité spojitosti.

3.3 Cíle výzkumného šetření

Hlavním cílem mého výzkumného šetření bylo exploratorní zmapování toho, jak se dívky, které se potýkají s nějakou formou poruchy příjmu potravy, pohybují na platformě internetu, zejména pak na sociálních sítích a pro-ana/pro-mia blozích, jakožto základních platformách nových médií, které jsou dnešní mládeží a lidmi obecně v hojné

míře používány. Zajímalo mě zejména to, zda mezi konkrétními jevy existuje závislost, a jestliže ano, tak jaká je její míra.

Dílčím cílem tohoto výzkumného šetření bylo potvrzení či naopak vyvrácení hypotéz.

3.4 Průběh výzkumného šetření

Pro výzkumné šetření jsem vybírala respondentky mající problém s jídlem (tj. s předpokladem poruchy příjmu potravy) ve věkovém rozpětí od 12ti do 30ti let. Důvodem volby těchto věkových hranic bylo následující: Poruchy příjmu potravy se nejčastěji rozvíjí v pubertě. Anorexie nejčastěji při dolní hranici tohoto rozpětí, tedy nejvíce během 12. roku života, bulimie o trochu později, od 15. roku života. Horní hranice 30ti let je stanovena z důvodu, že v dnešní době ženy nejčastěji právě v tomto věku zakládají rodinu, a ukončují tak jednu významnou etapu svého života. Starší ani mladší ženy jsem do mého výzkumného šetření nezahrnula. Celkově mi dotazník vyplnilo 82 žen a dívek, použitelných dotazníků bylo však pouze 79.

Respondentky jsem oslovovala elektronickou formou – prostřednictvím facebookových skupin a pro-ana/pro-mia blogů, na kterých jsem jim poskytla odkaz na umístění dotazníku. Ten byl umístěn na internetové stránce vyplnto.cz, která je určena právě pro sběr dat pomocí dotazníkového šetření. Tento dotazník ovšem nebyl veřejný, neboť jsem do svého výzkumného šetření cíleně hledala dívky s předpokladem nějaké formy poruchy příjmu potravy, a tak jedinou možností, jak se k dotazníku dostat, bylo přes mnou poskytnutý odkaz. Jednalo se tedy o záměrný výběr respondentů. Také bylo možno tento dotazník vyplnit z jedné IP adresy pouze jednou, a to opět z důvodu, abych předešla opakovanému vyplňování, a tím snížení věrohodnosti výsledků.

Dotazník obsahoval průvodní dopis, v němž byly respondentky požádány o uvádění pravdivých údajů. Dále bylo součástí průvodního dopisu mé představení a představení účelu dotazníku. Dopis dále obsahoval zmínku o tom, že je anonymní. Respondenti měli možnost tento dotazník zodpovědět pouze v elektronické podobě, tištěné verze nebyly respondentům poskytnuty z toho důvodu, aby byla zachována jednotná administrace dotazníků. Výzkumné šetření bylo prováděno v období od prosince 2015 do února 2016.

3.5 Metodika

Pro mé výzkumné šetření jsem zvolila kvantitativní metodu – dotazníkové šetření. Dotazník jsem přehledně vyhodnotila pomocí grafického znázornění (koláčové a sloupcové grafy) a slovního popisu v kapitole 3.6. Celý dotazník lze nalézt v příloze č. 1.

Dále jsem si pro potřeby výzkumného šetření zvolila následující hypotézy:

Hypotéza 1: Mladší dívky (do 18ti let) s PPP budou navštěvovat pro-ana/pro-mia stránky s vyšší frekvencí (stále nebo denně) než starší dívky s PPP.

Hypotéza 2: Dívky trpící PPP déle (pět let a více) budou častěji (stále/denně) navštěvovat pro-ana/pro-mia stránky než dívky trpící PPP kratší dobu (méně než 5 let).

Hypotéza 3: Dívky navštěvující pro-ana/pro-mia stránky budou častěji porovnávat svou postavu s postavami prezentovanými v médiích než dívky, které tyto stránky nenavštěvují.

Jako metodu pro testování hypotéz jsem zvolila test chí-kvadrátu závislosti v kontingenční tabulce, předpokládající na nulové hypotéze nezávislost obou proměnných. V případě zamítnutí nulové hypotézy o neexistenci závislosti mezi proměnnými lze přijmout hypotézu alternativní, která tento vztah prokazuje. Hypotézy testuji na desetiprocentní hladině významnosti. Intenzitu závislosti jsem dodatečně měřila Spearmanovým korelačním koeficientem, která se určuje dle následujícího klíče prezentovaného níže.

Intenzita závislosti korelačního koeficientu

0,1 – 0,3	slabá míra korelace
0,4 – 0,6	střední míra korelace
0,7 – 0,8	silná míra korelace
nad 0,9	velmi silná míra korelace.

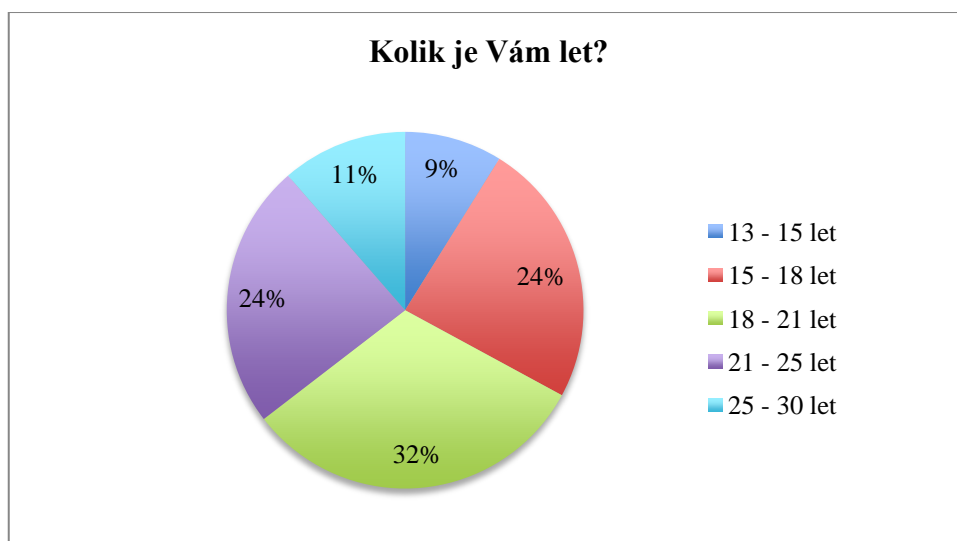
Všechny výstupy byly vytvořeny v programu IBM SPSS Statistics 20. Vzhledem k tomu, že se jedná o exploratorní šetření, tak byly testovány závislosti a vzájemné

vztahy i v případě, že pozorovaná četnost některých odpovědí byla nižší než 5. Tuto skutečnost je zapotřebí brát jako omezení tohoto výzkumného šetření.

3.6 Interpretace výsledků

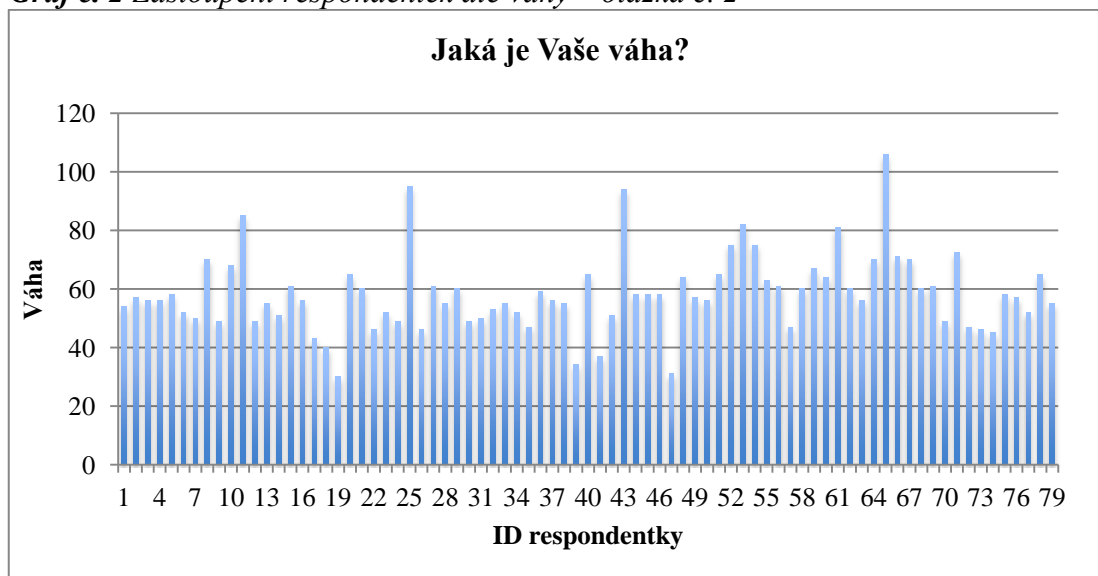
V této kapitole bych chtěla stručně shrnout výsledky jednotlivých dotazníkových otázek, které zde uvádím v přehledných grafech. Výzkumu se zúčastnilo celkem 82 dívek a žen, ovšem použitelných dotazníků bylo pouze 79. Hned na začátku bych ráda uvedla pět grafů, které nastiňují, o jaký vzorek respondentek se jednalo, a poté budu pokračovat grafickým znázorněním a popisem jednotlivých, již konkrétní problematiky týkajících se, otázek.

Graf č. 1 Zastoupení respondentek dle věku – otázka č. 1



Tento graf zobrazuje přesné rozložení respondentek podle věkových kategorií. Nejvíce respondentek (32 %) uvedlo věk 18 – 21 let. Další nejpočetnější skupinou byly ženy ve věkovém rozpětí 15 – 18 let (24 %) a stejně početná skupina byly také ženy ve věkovém rozmezí 21 – 25 let, též 24 %. Ženy ve věku 25 – 30 let tvořily 11 % z celkového počtu respondentek. Nejméně zastoupenou skupinou byly dívky od 13 do 15 let, kterých bylo jen 9 %.

Graf č. 2 Zastoupení respondentek dle váhy – otázka č. 2



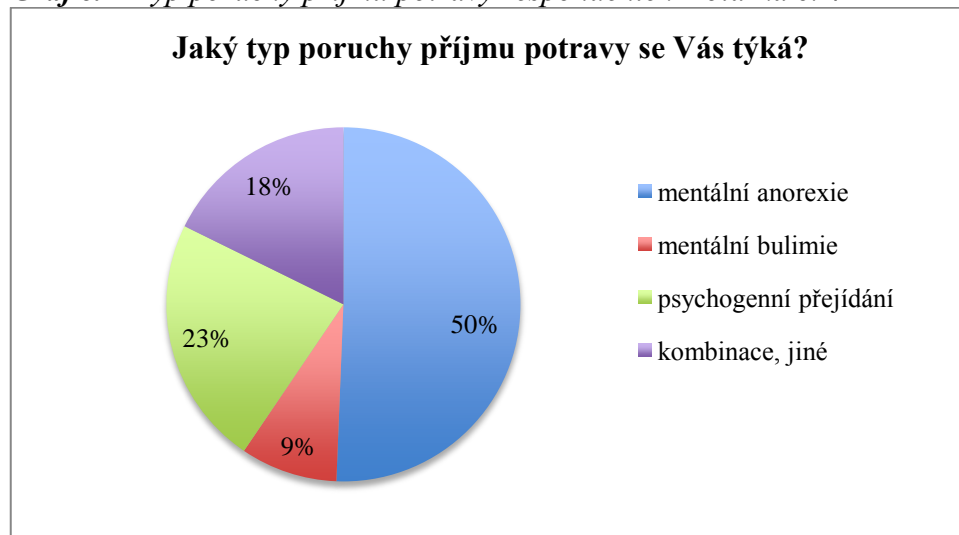
Tuto otázku bych ráda popsala s použitím popisné statistiky, neboť je v ní obsaženo velké množství rozdílných hodnot, a tak nelze výsledky přehledně prezentovat v grafické podobě. Nicméně se o interpretaci pokouším v grafu č. 2. Nejnižší váha uvedená respondentkami byla 37 kg. Nejvyšší dosahovala 85 kg. Variační rozpětí, které nám určuje míru variability statistického souboru je tedy 48 kg. Průměrná hmotnost respondentek byla 57,79 kg, nicméně této hodnotě nelze přiřkládat velký význam, neboť ve zkoumaném souboru byly čteně zastoupeny hodnoty na obou pólech rozložení, což může mít na průměrnou hodnotu zkreslující vliv.

Graf č. 3 Sociální zařazení respondentek – otázka č. 3



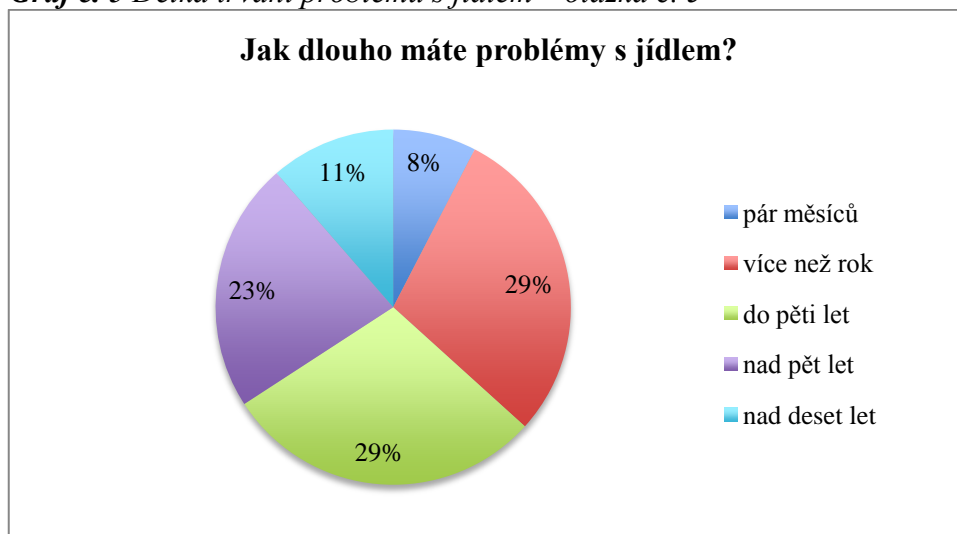
Dále jsem se respondentek ptala na jejich sociální status. Polovina z nich uvedla, že navštěvuje střední či vyšší odbornou školu. Druhou nejpočetnější kategorií tvořily dívky navštěvující vysokou školu (25%). Dále 15 % respondentek uvedlo, že pracuje a 9 % že navštěvuje základní školu. Do kategorie jiné spadá jen jediná dívka, která uvedla, že je v invalidním důchodu.

Graf č. 4 Typ poruchy příjmu potravy respondentek – otázka č. 4



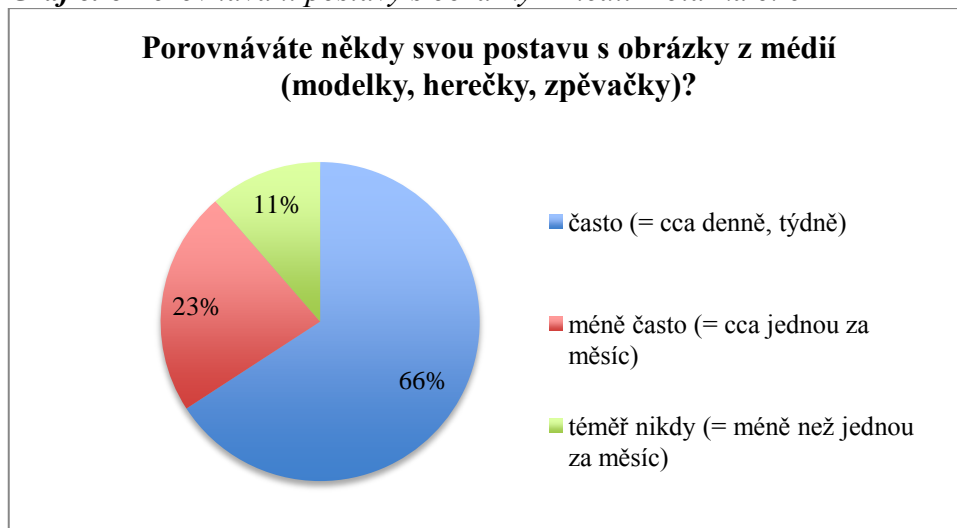
Pro můj výzkum jsem sháněla jen ty respondentky, které si myslí, že mají či měly problémy s jídlem. 40 (50 %) z nich uvedlo, že mají či měly mentální anorexii, 18 (23 %) trpělo či trpí záchvatovitým přejídáním a jen 7 (9 %) uvedlo jako problémovou oblast mentální bulimii. Do kategorie „kombinace, jiné“ byly zařazeny dívky uvádějící kombinaci jednotlivých poruch nebo jejich jiné formy jako např. nechutenství. Do této kategorie spadalo 14 (18 %) dívek z celkového počtu respondentek, což je poměrně velké procento a odpovídá zjištění, o kterém píše v teoretické části této bakalářské práce, že jednotlivé formy poruch příjmu potravy mohou snadno přecházet jedna v druhou, např. více než 50 % bulimiček uvádí anorektické období v minulosti a kolem 30 % anorektiček se postupem času začne přejídat. V tomto případě ale bohužel nelze přesně říci, jaký typ poruchy předcházel které, a tak se musíme spokojit s výsledky zobrazenými v grafu.

Graf č. 5 Délka trvání problému s jídlem – otázka č. 5



V otázce č. 5 mě zajímalo, jak dlouho problémy s jídlem u postižených dívek trvají. Nejvíce dívek uvedlo, že má problémy více než rok, ale méně než pět let a to celkem 46 (58 %) dívek z celkového počtu 79 respondentek. 18 (23 %) dívek uvedlo, že jejich problémy trvají více než pět let a 9 (11 %) dívek, že má problémy dokonce již déle než 10 let. 6 (8 %) dívek z celkového počtu uvedlo, že jejich problémy trvají jen pár měsíců.

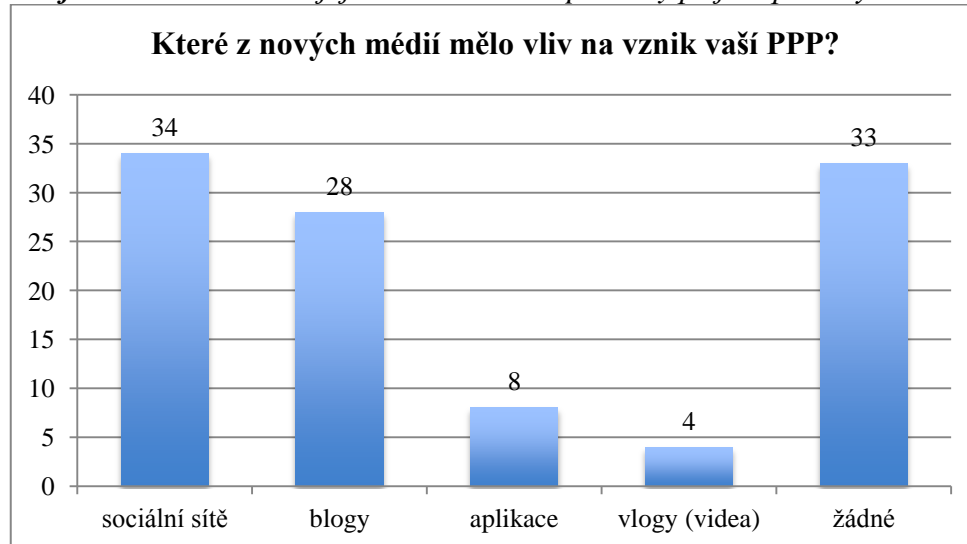
Graf č. 6 Porovnávání postavy s obrázky z médií – otázka č. 6



Z procentuálního porovnání odpovědí na otázku č. 6 je zřejmé, že většina dívek, konkrétně 52 (66 %) z celkového počtu respondentek, uvedla, že často porovnávají svou postavu s obrázky z médií. 18 (23 %) dívek uvedlo, že svou postavu porovnávají méně často, a jen 9 (11 %) dívek uvedlo, že svou postavu téměř nikdy neporovnávají.

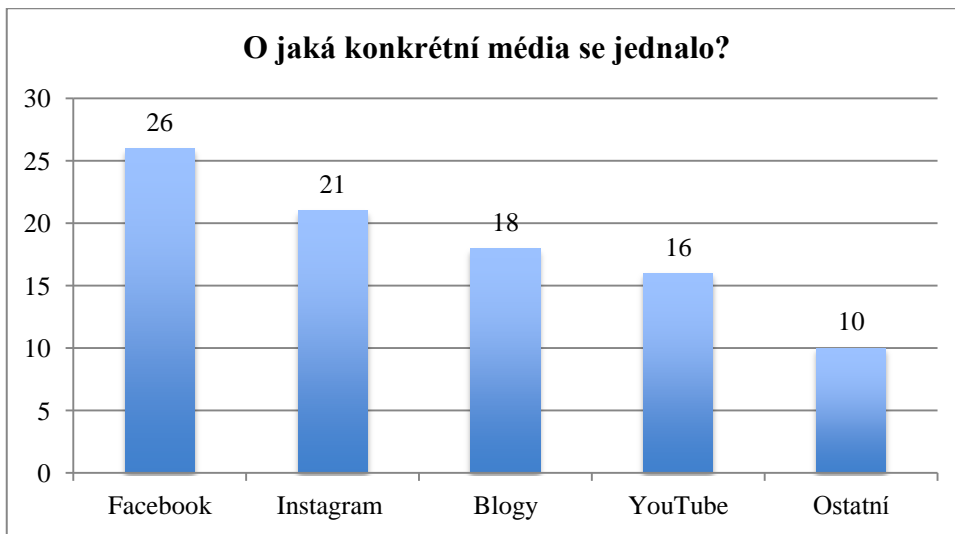
Zajímavé je, že žádná dívka nezvolila nabízenou odpověď „nikdy“, a tak se potvrdil obecně známý předpoklad, o kterém píše v teoretické části této bakalářské práce, že postižené dívky obecně nejsou spokojeny se svým vlastním tělem a mají tendenci své tělo porovnávat s ideálem krásy dnešní doby prezentovaným v nejrůznějších médiích.

Graf č. 7 Nová média a jejich vliv na vznik poruchy příjmu potravy – otázka č. 7



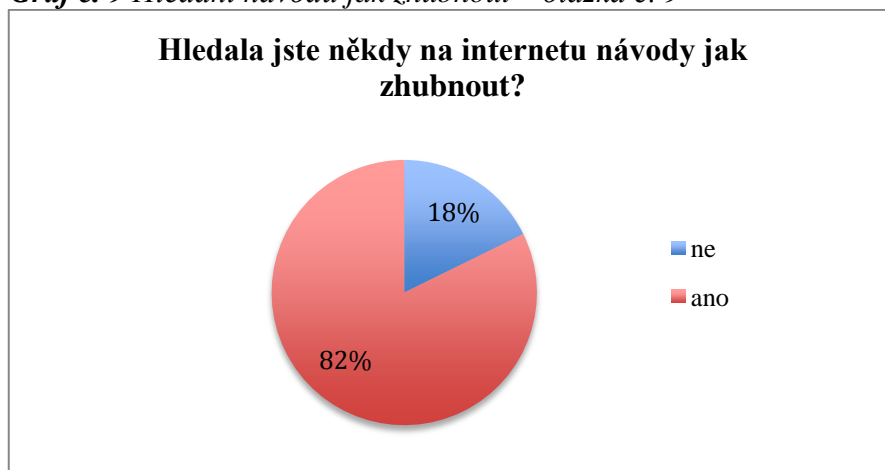
V otázce č. 7 měly respondentky zvolit alespoň jednu z nabízených odpovědí nebo mohly dopsat nějakou vlastní. Z výsledků je jasně viditelné, že nejvíce respondentek uvedlo, že na vznik jejich problémů měly vliv sociální sítě. Dále dívky ve velké míře uváděly blogy. Menší zastoupení měly aplikace a vlogy (videa). Do vlastní odpovědi dívky psaly média jako např. webové stránky, internetové vyhledávače či bulvární online deníky a periodika, ale četnost těchto odpovědí nedosahovala vyššího počtu než jedna. Je zajímavé, že 33 dívek uvedlo, že na vznik jejich poruchy neměla vliv žádná nová média. Tyto dívky naopak do vlastní odpovědi uváděly, že důvodem vzniku jejich problémů jsou psychické potíže a stres, rodiče, kamarádi či obecně lidé kolem nich. Nelze tedy jednoznačně říci, že na vznik PPP mají média největší vliv, protože zastoupení dívek, které uvedly, že žádné médium na vznik jejich poruchy vliv nemělo, je poměrně velké. To potvrzuje také fakt, o kterém píše v teoretické části této práce, že poruchy příjmu potravy jsou multifaktoriálně podmíněné a nelze tedy jednoznačně určit jejich příčinu.

Graf č. 8 Konkrétní média mající vliv na vznik poruchy příjmu potravy – otázka č. 8



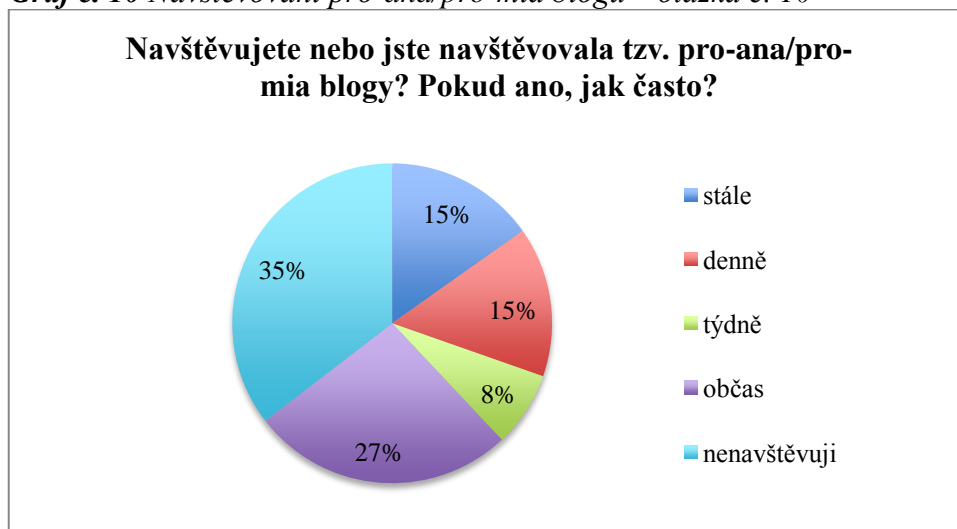
Na otázku č. 7 navazovala otevřená otázka, ve které nebyly uvedeny žádné možnosti, a respondentka musela napsat odpověď vlastními slovy. Proto bych ráda tuto otázku slovně popsala, ale zároveň výsledky zobrazila v grafu pro lepší přehlednost. V této otázce jsem se respondentek, které uvedly, že nějaké nové médium mělo vliv na vznik jejich poruchy, ptala, o jaká konkrétní média se jednalo. Dívky, které odpověděly na předchozí otázku „žádné“, již tuto otázku nevyplňovaly. Nejčetnější odpověď konkrétního média byl Facebook s celkovým počtem odpovědí 26. V závěsu za ním byla mobilní aplikace Instagram (21 odpovědí), dále následovaly blogy (celkem 18 odpovědí); z toho 13 dívek konkretizovalo, že se jedná o pro-ana blogy. Dále bylo čteně zastoupeno YouTube s celkovým počtem odpovědí 16. Do kategorie ostatní spadají následující odpovědi: ask.fm, tumblr, snapchat a aplikace na sledování kalorií, avšak četnost těchto odpovědí nedosahovala vyššího počtu než pár jednotek, proto jsou zařazeny společně do jedné kategorie.

Graf č. 9 Hledání návodů jak zhubnout – otázka č. 9



No otázku č. 9 „Hledala jste někdy na internetu návody jak zhubnout?“ 14 (18 %) respondentek odpovědělo, že návody jak zhubnout na internetu nehledají. Zbýlých 65 (82 %) odpovědělo, že naopak návody hledají. Tato otázka obsahovala podotázku pro ty respondentky, které uvedly, že hledají návody, jak zhubnout a ptala se, kde konkrétně. Nejvíce se objevovaly blogy a tzv. pro ana-blogy, které uvedlo 31 dívek z celkového počtu. Dále pak často dívky odpovídaly (21 z nich), že návody na hubnutí hledají na Googlu či jiných vyhledávačích, do kterých zadávají hesla jako např. „jak zhubnout“ či „jak cvičit“. 9 dívek uvedlo, že hledaly všude. Dalších 6 dívek uvedlo online periodika jako např. idnes či prozeny.cz. Za zmínku stojí zjištění, že často byly navštěvované také stránky s fitness tématikou (5 dívek). Další odpovědi zahrnovaly Facebook, kalorické tabulky, YouTube, Instagram či ask.fm, ale četnost těchto odpovědí nedosahovala vyššího počtu než 4.

Graf č. 10 Navštěvování pro-ana/pro-mia blogů – otázka č. 10



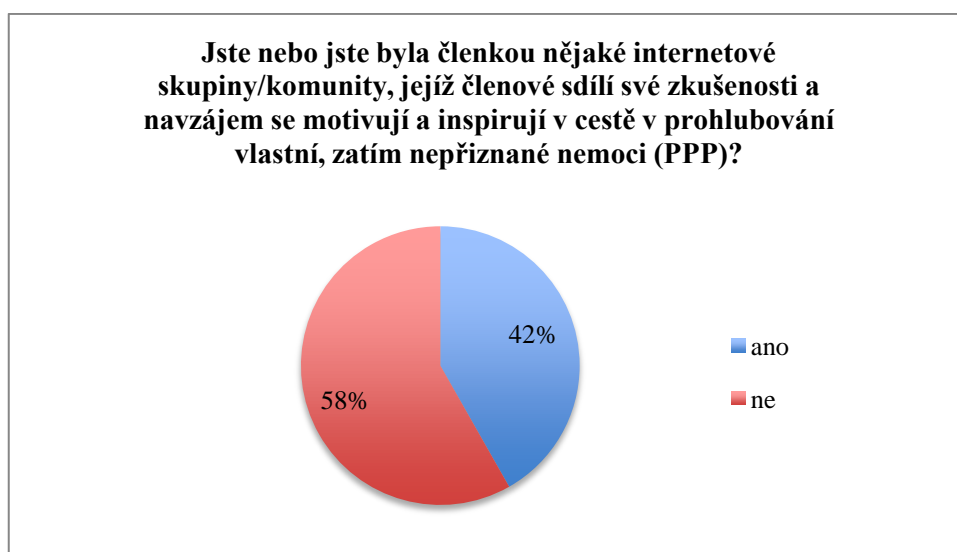
Tato otázka byla povinná; respondentky musely zvolit jednu z nabízených odpovědí a podle toho se jim zobrazily další, navazující otázky. Jednotlivé odpovědi jsou zřejmé z grafického znázornění výše. Jestliže respondentky odpověděly, že dané blogy nenavštěvují (28, 35 %), pak již nebyly dále tázány na problematiku pro-ana/pro-mia blogů a byly dále odkázány až na otázku č. 14. V ostatních případech byly respondentky (zbylých 51, 65 % z celkového počtu) odkázány na 3 další otázky, které se návštěvami těchto blogů zabývaly detailněji. První otázka se ptala na to, jak vypadá obvyklá návštěva těchto stránek. Další na to, jak se respondenti cítí před tím, než zhlédnou thinspiration a poslední na to, jak se naopak cítí potom, co se podívají na „thinspo“. Tyto otázky bych ráda slovně popsala a dále všechny konkrétní odpovědi uvádím v přílohách č. 4., 5. a 6.

Otázka č. 11 zněla: „Jak vypadá/vypadala Vaše obvyklá návštěva těchto stránek?“. Nejčastěji zmiňovaný popis návštěvy zahrnoval zhlédnutí fotek a obrázků – tzv. thinspiration, což uvedlo celkově 18 dívek. Dále uživatelky těchto stránek hledaly jídelníčky (17 z nich). Další častou odpovědí bylo hledání návodů a tipů, např. jak zhubnout, jak přestat jíst, jak se vyzvracet, jak nemít hlad (9 z nich). Dále se objevovaly odpovědi týkající se inspirace a motivace, která souvisí se snahou o udržení disciplíny (5 dotazovaných). Často respondentky také zmiňovaly, že čtou komentáře a diskuze ostatních uživatelů, občas také samy něco napíší (7 z nich). Konkrétní znění všech odpovědí včetně těch, které se nevešly do předchozích kategorií, pro přehlednost uvádím v příloze č. 4.

Na základě otázky č. 12 jsem se snažila zjistit, jak se dívky obvykle cítí předtím, než se podívají na tzv. thinspiration. V této otázce bylo krátce vysvětleno, co to tzv. thinspiration je, což ani nebylo zapotřebí, protože tento termín je mezi lidmi trpícími PPP obecně známý. Záporné pocity před zhlédnutím tzv. thinspiration uvádělo až 29 dívek. Nejčastější odpovědi byly následující: „tlustě, špatně, provinile, v napětí“. 9 dívek naopak uvádělo, že před zhlédnutím fotek se cítí dobře. Většinou uváděly, že se cítily motivované, nebo lépe než po zhlédnutí „thinspirujících“ obrázků. Dvě dívky uvedly, že se cítily normálně, v pohodě. Zbylé odpovědi nebyly jednoznačné, a tak je nelze zařadit do žádné z výše uvedených kategorií. Všechny odpovědi si lze prohlédnout v příloze č. 5.

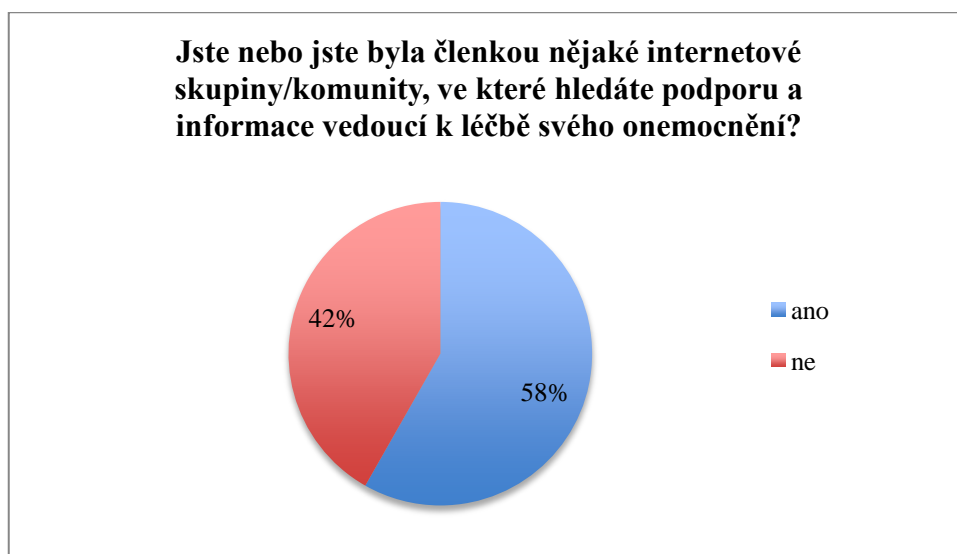
Pomocí otázky č. 13 jsem zjišťovala, jak se dívky cítí po zhlédnutí těchto vizuálních materiálů, které mají probudit inspiraci v pokračování hubnutí. Většina dívek (až 73 %) prožívala negativní pocity – závist, výčitky, zklamání, nechuť, zoufalství, cítily se tlusté (některé uváděly, že ještě více než před zhlédnutím). Jen 5 dívek uvedlo, že se cítily lépe. Často uváděly, že se cítily více motivované. V některých odpovědích dívky považovaly za důležité se přímo zmínit o intenzivní touze, co nejvíce se podobat dívkám z fotek. Seznam odpovědí lze najít v příloze č. 6.

Graf č. 11 Členství v komunitě prohlubující nemoc – otázka č. 14



V této otázce musely respondentky odpovědět ano či ne. V případě, že zvolily odpověď ano, mohly uvést, jakých konkrétních komunit byly členkami. Opět mě zajímalo nejen to, zda jsou či nejsou členkami skupin, které mají zhoršující vliv na jejich nemoc, ale také to, jaké konkrétní skupiny jsou pro dívky „přitažlivé“, a jaké stránky za tímto účelem navštěvují. 33 dívek z celkového počtu 79 respondentek jsou členkami nějaké internetové komunity. 18 z nich uvedlo, že navštěvují tzv. pro-ana blogy, 14 z nich psalo o facebookových skupinách a komunitách. Mezi další odpovědi patřil nejčastěji: Instagram, ask.fm, fitness proměny či jiné stránky, které se však už vyskytovaly pouze v individuálních případech.

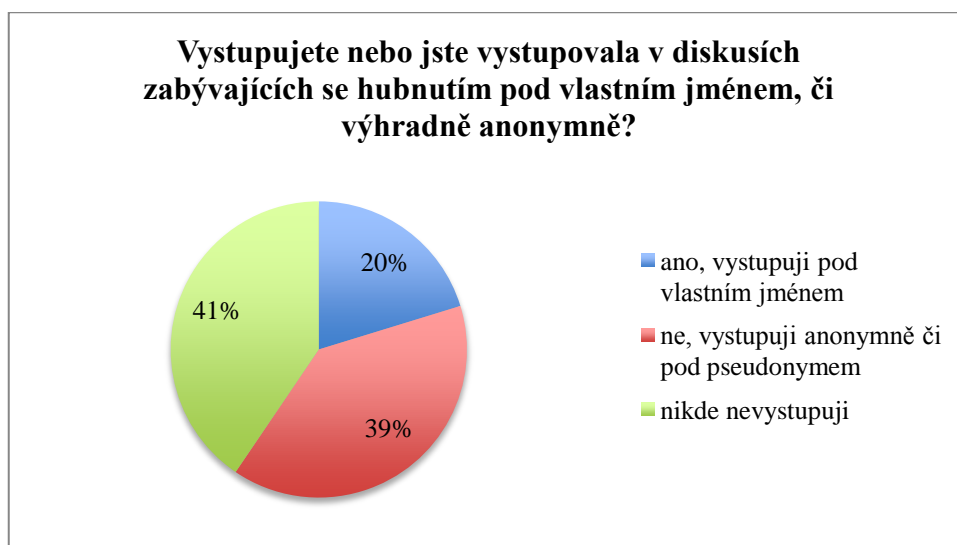
Graf č. 12 Členství v komunitě poskytující podporu k uzdravení – otázka č. 15



Zde respondentky opět volily ze dvou možností (ano/ne) a pokud jejich odpověď zněla ano, mohly napsat, jaké konkrétní stránky navštěvují. 33 (42 %) dívek zvolilo, že členkou takovéto komunity nejsou. Zbylé dívky odpověděly, že ano. 35 dívek z celkového počtu 46 (58 %), které odpověděly na tuto otázku kladně, uvedly, že využívají Facebook jako místo, kde hledají podporu a informace, které by jim mohly pomoci v léčbě PPP. Mimo facebookové stránky uváděly také Google vyhledávač, webové stránky ProYouth nebo idealni.cz. Zajímavé mi přišlo, že pár dívek nacházelo podporu i na pro-ana blozích. Jako důvod uváděly, že se tyto stránky pro ně staly naopak tím, co jim pomáhalo jako prevence před opětovným propuknutím nemoci. Záměrně tyto stránky navštěvovaly a jejich uživatelky vědomě vnímaly jako odstrašující případy.

V další otázce (č. 16) mě zajímalo, zda respondentky mají nějaké virtuální kamarády, se kterými se podporují v hubnutí. 51 (65 %) respondentek uvedlo, že žádného takového kamaráda nemají a zbylých 28 (35 %), že ano. Graf č. 13 lze nalézt v příloze č. 2. Respondentky, které odpověděly kladně, byly dále tázány na otázku (č. 17), zda se se svým virtuálním společníkem někdy osobně setkaly. Pouze 2 dívky z 28 uvedly, že ano. Jedna dívka uvedla, že se při setkání cítila příjemně. Druhá dívka uvedla: „ukázaly jsme si hubnoucí deníčky, sdílely tipy na efektivní hubnutí, nízkokalorická jídla, triky, jak skrýt jídlo...s některými z dívek se stýkáme dodnes“.

Graf č. 14 Vystupování v diskuzích zabývajících se hubnutím – otázka č. 18



Dále jsem chtěla zjistit, zda dívky vystupují v internetových diskuzích anonymně či pod pseudonymem. Z grafu č. 14 je jasně vidět, že celkem 47 (59 %) respondentek v těchto diskuzích vystupuje. Jen 16 (20 %) z nich uvedlo, že vystupují pod vlastním jménem. Zbýlých 31 (39 %) se naopak přiznalo, že vystupují anonymně či pod pseudonymem. 32 (41 %) dotázaných uvedlo, že v žádných diskuzích zabývajících se hubnutím nevystupují.

V otázce č. 19 mě zajímalo, zda dívky sdílely fotografie, které dokumentují změny proporcí jejich těla na svém vlastním facebookové či jiném virtuálním profilu. Z procentuálního grafického porovnání (uvedeného v příloze č. 2, grafu č. 15) je zřejmé, že většina respondentek nesdílela fotografie dokumentující změny proporcí svých těl (57 dívek, tj. 72 %). Jen 22 (28%) z celkového počtu respondentek uvedlo, že ano.

Další otázka (č. 20) zjišťovala, zda dívky upravovaly fotografie s cílem ještě více zdůraznit svůj pokrok ve „zdokonalení“ vizuální stránky jejich těla. Z grafu č. 16 (uvedeného v příloze č. 2) je patrné, že pouze 19 (24 %) respondentek upravovalo fotografie z důvodu, aby ještě více zdůraznily pokrok ve zdokonalení vizuální stránky svého těla. Většina dívek (60, tj. 76 %) však uvedla, že fotografie neupravovaly.

3.7 Analýza

Hypotéza 1: Mladší dívky (do 18ti let) s PPP budou navštěvovat pro-ana/pro-mia stránky s vyšší frekvencí (stále nebo denně) než starší dívky s PPP.

V této hypotéze mě zajímá vztah mezi věkem dívek a frekvencí návštěvnosti pro-ana/pro-mia stránek. Nejdříve testuji hypotézu o neexistenci vztahu mezi věkem respondentek a frekvencí návštěvnosti pro-ana/pro-mia stránek. Na 10% hladině významnosti zamítám nulovou hypotézu o neexistenci vztahu mezi věkem respondentek a frekvencí návštěvnosti pro-ana/pro-mia stránek a konstatuji, že takový vztah existuje. Přijímám tedy hypotézu alternativní (viz příloha č. 3, tabulka č. 1 a 2). Spearmanův korelační koeficient také vyšel jako statisticky významný a jeho hodnota **0,41** potvrzuje střední míru pozitivní závislosti (viz příloha č. 3, tabulka č. 3). S rostoucím věkem se tedy frekvence návštěvnosti pro-ana/pro-mia blogů respondentkami snižuje.

Hypotéza 2: Dívky trpící PPP kratší dobu (méně než 5 let) budou častěji (stále/denně) navštěvovat pro-ana/pro-mia stránky než dívky trpící PPP déle (pět let a více).

V této hypotéze mě zajímá vztah mezi délkou trvání PPP a frekvencí návštěvnosti pro-ana/pro-mia stránek. Dále tedy testuji hypotézu o neexistenci vztahu mezi délkou trvání PPP u respondentek a frekvencí návštěvnosti pro-ana/pro-mia stránek. Na 10% hladině významnosti zamítám nulovou hypotézu o neexistenci vztahu mezi délkou trvání PPP u respondentek a frekvencí návštěvnosti pro-ana/pro-mia stránek a konstatuji, že takový vztah existuje (viz příloha č. 3, tabulka č. 4 a 5). Avšak Spearmanův korelační koeficient nevyšel statisticky jako významný (viz příloha č. 3, tabulka č. 6). Přesto na základě testu závislosti v kontingenční tabulce konstatuji, že dívky, u kterých je délka trvání PPP kratší než pět let, navštěvují pro-ana/pro-mia stránky častěji v porovnání s dívkami, u kterých PPP trvá déle než pět let.

Hypotéza 3: Dívky navštěvující pro-ana/pro-mia stránky budou častěji porovnávat svou postavu s postavami prezentovanými v médiích než dívky, které tyto stránky nenavštěvují.

V této hypotéze se zaměřuji na vztah mezi návštěvností pro-ana/pro-mia stránek a intenzitou porovnávání vlastní postavy s „ideálními“ postavami prezentovanými v

médiích. Jako třetí proto testuji hypotézu o neexistenci vztahu mezi návštěvností pro-ana/pro-mia stránek a intenzitou porovnávání vlastní postavy s postavami prezentovanými v médiích. Na 10% hladině významnosti nezamítám nulovou hypotézu o neexistenci vztahu mezi návštěvností pro-ana/pro-mia stránek a frekvencí porovnávání vlastní postavy s postavami prezentovanými v médiích (viz příloha č. 3, tabulka č. 7 a 8). Naproti tomu zde však Spearmanův korelační koeficient prokázal statisticky významně slabou míru pozitivní závislosti (viz příloha č. 3, tabulka č. 9). Vypadá to tedy, že dívky, které navštěvují pro-ana/pro-mia stránky častěji porovnávají svou postavu s postavami prezentovanými v médiích.

3.8 Diskuze

Během vytváření dotazníku a vůbec celkové koncepce tohoto výzkumného šetření jsem narazila na mnoho jevů, které mě překvapily a které jsem předem nebyla schopna odhalit. Například získat respondentky nebylo tak snadné, jak jsem předpokládala. Nejprve jsem chtěla respondentky vyhledat na specializovaných odděleních, avšak pro nemožnost návštěv a neochotu ze strany pracovníků jsem se rozhodla zvolit jiné řešení – získání respondentek pomocí internetu. Přece jen se tato práce vztahuje také na nová média, tudíž tento způsob vyhledání respondentek hodnotím jako vhodný. Zde jsem si vědoma velkého rizika a omezení, neboť při výzkumech realizovaných na internetu si nikdy nemůžeme být jisti, kdo daný dotazník vyplňuje. Má cílová skupina je velice specifická, a tak jsem se snažila výše zmíněnému riziku předejít tím, že jsem respondentky hledala v uzavřených facebookových skupinách či na jiných, na tuto problematiku specializovaných, webových stránkách (např. pro-ana/pro-mia blozích). Na dotazník se dalo dostat pouze přes mnou poskytnutý odkaz a z jedné IP adresy jej bylo možné vyplnit pouze jedenkrát. Tím jsem se snažila zaručit co největší věrohodnost a spolehlivost výsledků. Pro ilustraci, dívky jsem oslovila např. ve facebookové skupině „PPP – jak jsme na tom“. Tuto skupinu založily dívky po propuštění z dětského psychiatrického oddělení FN Motol, aby mohly navzájem sdílet své pokroky nebo strasti s nemocí. Správci této stránky si důkladně kontrolují, kdo je členem této skupiny a objeví-li někoho, kdo mezi ně „nepatří“, vždy se snaží zjistit důvod, proč na této stránce je. Důležité je zmínit, že tato skupina je uzavřená pro veřejnost a pouze lidé, které správce skupiny potvrdí, získají následně do

jejich komunity přístup. Dále bych si dovolila zdůraznit, že dotazník byl anonymní, a tak oslovené respondentky neměly důvod pro vymyšlení si či lhaní o své nemoci.

Po interpretaci dat shledávám dotazník poměrně užitečným. Dozvěděla jsem se z něj velké množství informací o používání internetu (zejména sociálních sítí a tzv. pro-ana/pro-mia blogů) dívkami trpícími poruchou příjmu potravy. Dívky odpovídaly na otázky otevřeně, což velice oceňuji. Negativně však hodnotím fakt, že odpovědi na některé otázky nebyly dostatečně obsáhlé. To potvrzují některé velice stručné odpovědi na otevřené otázky. Bylo by velice zajímavé použít i jinou metodu, např. rozhovor, který by mohl odhalit detailnější skutečnosti. Vystává však možný problém, zda by respondentky byly ochotné při rozhovoru uvádět pravdivé odpovědi, neboť poruchy příjmu potravy jsou obecně velice intimní částí života. Výzkumné šetření nastínilo další možné cesty pro hlubší zkoumání. Například velice zajímavé mi přišly odpovědi na otázky č. 11 – 13, v nichž byly respondentky tázány na návštěvy pro-ana/pro-mia stránek a jejich pocity před a po zhlédnutí tzv. thinspiration. Právě u těchto otázek bych příště zvolila rozhovor, neboť jsem z odpovědí cítila, že se jedná o velice intimní oblast a domnívám se, že během rozhovoru by tak bylo možné dozvědět se mnohem více o jejich prožívání.

Další možné omezení výzkumného šetření vidím v malém počtu respondentek. Proto ve svém dalším výzkumu budu usilovat o větší výzkumný vzorek.

3.9 Závěr výzkumného šetření

Cílem výzkumného šetření této bakalářské práce bylo zmapovat, jak se dívky trpících některou z forem poruchy příjmu potravy pohybují na platformě internetu, zejména na sociálních sítích a tzv. pro-ana/pro-mia blozích. Dále bylo cílem potvrdit či vyvrátit zvolené hypotézy, které jsou shrnuty níže.

Výsledky výzkumného šetření potvrdily hypotézu, která předpokládá vztah mezi věkem dívek a frekvencí návštěvnosti tzv. pro-ana/pro-mia blogů. I korelační koeficient vyšel statisticky jako významný a potvrdil střední míru pozitivní závislosti. S rostoucím věkem se tedy snižuje frekvence návštěvnosti těchto stránek.

Na základě výzkumného šetření je dále také možné považovat za platnou hypotézu předpokládající vztah mezi délkou trvání poruchy příjmu potravy a frekvencí

návštěvnosti tzv. pro-ana/pro-mia stránek. Přestože korelační koeficient nevyšel jako statisticky významný, na základě testu závislosti v kontingenční tabulce lze konstatovat, že dívky, u kterých je délka trvání poruchy příjmu potravy kratší než pět let navštěvují pro-ana/pro-mia stránky častěji v porovnání s dívkami, u kterých porucha příjmu potravy trvá déle než pět let.

Hypotéza o existenci vztahu mezi návštěvností tzv. pro-ana/pro-mia stránek a intenzitou porovnávání vlastní postavy s „ideálními“ postavami prezentovanými v médiích nebyla na základě testu v kontingenční tabulce potvrzena, avšak korelační koeficient prokázal míru pozitivní závislosti jako za statisticky významně slabou, a vypadá to tedy, že dívky, které navštěvují tzv. pro-ana/pro-mia stránky, častěji porovnávají svou postavu s postavami prezentovanými v médiích.

Výzkumné šetření dále odhalilo spoustu zajímavých zjištění týkajících se zkoumané problematiky. Velice mě zaujala například skutečnost, že tzv. pro-ana/pro-mia blogy, vyskytující se na internetu, jsou mezi postiženými dívkami velice hojně navštěvované. Nejen, že na nich hledají podporu a motivaci k tomu, jak ještě více zhubnout, a tím pádem ještě více prohloubit svou nemoc, ale některé z nich je navštěvují i s opačným cílem, kterým je dodání motivace do nemoci zpět nespadnout. Toto zjištění bylo překvapující, neboť jsem v teoretických publikacích nenašla žádnou zmínku o návštěvnosti takovýchto blogů s výše uvedeným cílem. Toto zjištění by bylo dobré více prozkoumat např. v mé diplomové práci a získané poznatky podložit kvalitativním výzkumem.

Závěr

Skrze tuto bakalářskou práci se autorka pokouší nahlédnout do světa dívek potýkajících se s některou z forem poruch příjmu potravy, a propojit tuto problematiku s novými médii. Nová média autorka pojímá zejména jako na internetu se vyskytující sociální sítě, aplikace, blogy a jiné webové stránky.

Teoretická část této práce pojednává o jednotlivých typech poruch příjmu potravy, jejich příčinách, následcích a léčbě. Autorka zde také uvádí vybrané nové technologie používající se v léčbě poruch příjmu potravy. Dále se v teoretické části věnuje novým médiím jako stále se rozšiřujícímu fenoménu dnešní doby. Nejprve v obecné rovině, dále pak právě v souvislosti s poruchami příjmu potravy. V této části také autorka představuje nejnovější výzkumy, které byly na toto téma provedeny.

V praktické části této práce autorka navazuje na část teoretickou. Pro své výzkumné šetření zvolila kvantitativní metodu a data získávala pomocí vlastnoručně vytvořeného dotazníku. Cílem praktické části bylo zmapovat problematiku poruch příjmu potravy v souvislosti s používáním nových médií (internetu, sociálních sítí apod.), a to právě z pohledu dívek majících zkušenost s některou z těchto poruch. Dílčím cílem bylo potvrdit či vyvrátit zvolené hypotézy, které se týkaly návštěvnosti tzv. pro-ana/pro-mia stránek. V praktické části pak autorka nastiňuje řešený problém, cíle, průběh a metodiku dotazníkového šetření. Dále se zaměřuje na interpretaci výsledků a analýzu zvolených hypotéz.

Jak je patrné z analýzy hypotéz tak s rostoucím věkem se snižuje frekvence návštěvnosti pro-ana/pro-mia blogů respondentkami. Dále výzkumné šetření odhalilo, že dívky, u kterých je délka trvání poruchy příjmu potravy kratší než pět let navštěvují tyto stránky častěji v porovnání s dívkami, u kterých porucha příjmu potravy trvá déle. Na základě analýzy lze také konstatovat, že dívky, které navštěvují pro-ana/pro-mia stránky, častěji porovnávají svou vlastní postavu s postavami prezentovanými v médiích než dívky, které tyto stránky nenavštěvují.

Výsledky výzkumného šetření tedy přinesly mnoho zajímavých poznatků, kterými by se autorka chtěla ráda zabývat ve své diplomové práci.

Seznam literatury

Literatura:

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition (DSM-5). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013. ISBN 978-0-89042-554-1.

CARO Isabelle. *Holčička, která nechtěla vyrůst: můj boj proti anorexii*. Přel. Jirí ŽÁK. Praha: XYZ, 2011. ISBN 978-80-7388-573-1.

CLAUDE-PIERRE, Peggy. *Tajná řeč a problémy poruch příjmu potravy*. Přel. Zdik DUŠEK. Praha: Pragma, 1998. ISBN 80-7205-818-5.

COOPER, Peter. *Bulimie a záchvatovité přejídání: jak je překonat*. Přel. Alice ZAVADILOVÁ a Hana ANTONÍNOVÁ. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0706-1.

GRILO, Carlos a James MITCHELL, eds. *The Treatment of Eating Disorders: A Clinical Handbook*. New York: Guilford Press, 2011. ISBN 978-1-60918-495-7.

HALL, Lindsey a Leigh COHN. *Rozlučte se s bulimií*. Přel. Jakub ZEMAN. Brno: ERA, 2003. ISBN 80-86517-60-8.

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Velký psychologický slovník*. 4. vyd. Praha: Portál, 2010, s. 299. ISBN 978-80-7367-686-5.

KOCOURKOVÁ, Jana aj. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Praha: Galén, 1997. ISBN 80-85824-51-5.

KRCH, František D. a kol. *Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie*. 2. vyd. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-2470-840-x.

KRCH, František D. *Bulimie: jak bojovat s přejídáním*, 3. dopl. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2130-9.

KRCH, František D. *Mentální anorexie*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-807-4.

LEIBOLD, Gerhard. *Mentální anorexie: příčiny, průběh a nové léčebné metody*. Přel. Lidia BĚHOUNKOVÁ, Praha: Svoboda, 1995. ISBN 80-205-0599-0.

MALONEY, Michael a KRANZOVÁ Rachel. *O poruchách příjmu potravy*. Přel. Jana KRCHOVÁ. Praha: Lidové noviny, 1997. ISBN 80-7106-248-0.

MARÁDOVÁ, Eva. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007. ISBN 978-80-86991-09-2.

Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování: popisy klinických příznaků a diagnostické vodítka. 3. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2000. ISBN 80-85121-44-1.

MIDDLETON, Kate a Jane SMITH. *První kroky z poruchy příjmu potravy*. Přel. Pavel SZOTKOWSKI. Uhřetice: Doron, 2013. ISBN 978-80-7297-115-2.

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

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

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

PAPEŽOVÁ, Hana. *Začarovaný kruh anorexie, bulimie a psychogenního přejídání a cesty ven?!* Praha: Psychiatrické centrum, 2012. ISBN 978-80-87142-18-9.

PAVLÍČEK, Antonín. *Nová média a sociální síť*. Praha: Oeconomica, 2010. ISBN 978-80-245-1742-1.

PONĚŠICKÝ, Jan. *Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie*. 3.vyd. Praha: Triton, 2012. ISBN 978-80-7387-547-3.

UHLÍKOVÁ, Petra. Poruchy příjmu potravy u dětí a dospívajících. In: Hana PAPEŽOVÁ, ed. *Spektrum poruch příjmu potravy*. Praha: Grada, 2010, s. 134 – 141. ISBN 978-80-247-2425-6.

RABOCH, Jiří a Pavel PAVLOVSKÝ a Dana Janotová. *Psychiatrie: minimum pro praxi*. Praha: Triton, 2012. ISBN 978-80-7387-582-4.

UCA, Eda R. *Ana's Girls: The Essential Guide to the Underground Eating Disorder Community Online*. Bloomington: AuthorHouse, 2004. ISBN 1-4184-3795-6.

Odborné články:

CHVÁLA, Vladislav a Ludmila TRAPKOVÁ. Jak vznikla metafora rodiny jako sociální dělohy a co s tím? *Klinika adiktologie* [online]. ©2007, 15. 1. 2007 [cit. 2016-04-06]. Dostupné z: <http://www.adiktologie.cz/en/articles/detail/232/874/Jak-vznikla-metafora-rodiny-jako-socialni-delohy-a-co-s-tim->

KRCH, František David. Poruchy příjmu potravy [online]. *Medicina pro praxi*. 2007, 4 (10), 420 – 422. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2007/10/08.pdf>

MABE, A. G., FORNEY, K. J. and KEEL, P. K. Do you “like” my photo? Facebook use maintains eating disorder risk. *International Journal of Eating Disorders*. July 2014, Vol. 47, Issue 5, p. 516–523. DOI: 10.1002/eat.22254. Dostupné z: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=6adb301e-703f-4526-af87-97894593cac1%40sessionmgr113&vid=2&hid=110>

TAN, T. et al. Internet and smartphone application usage in eating disorders: A descriptive study in Singapore. *Asian Journal of Psychiatry*. February 2016, Vol. 19, p. 50-55. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajp.2015.11.007>. Dostupné z: [http://www.asianjournalofpsychiatry.com/article/S1876-2018\(15\)00279-8/abstract](http://www.asianjournalofpsychiatry.com/article/S1876-2018(15)00279-8/abstract)

WALKER, Morgan et al. Facebook Use and Disordered Eating in College-Aged Women. *Journal of Adolescent Health*. 2015, roč. 57, s. 157-163. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2015.04.026. Dostupné z: http://ac.els-cdn.com/S1054139X15002141/1-s2.0-S1054139X15002141-main.pdf?tid=545e4ff8-dd9f-11e5-8b38-00000aab0f27&acdnat=1456611389_2515646060da956129c250668cb8ab2a

Internetové zdroje:

Bigorexie, orthorexie a drunkorexie. *Ideální.cz* [online]. ©2014, 21. 4. 2014 [cit. 2016-01-25]. Dostupné z: <http://www.idealni.cz/clanek/ortorexie-bigorexie-drunkorexie/>

DUGGAN, Maeve a Joanna BRENNER. The Demographics of Social Media Users — 2012. *Pew Research Center* [online]. ©2013, 14. 2. 2013 [cit. 2016-02-28]. Dostupné z: <http://www.pewinternet.org/2013/02/14/the-demographics-of-social-media-users-2012/>

CHAPMAN, Courtney. 'App-orexia': Can Smartphone Applications Be Bad for Your Health? *Abc News* [online]. ©2010, 27. 3. 2010 [cit. 2016-02-29]. Dostupné z: <http://abcnews.go.com/GMA/Weekend/calorie-counting-smartphone-applications-stoke-eating-disorders/story?id=9691227>

Jessica. *Dopis od Any. PRO ANA Jessica* [online]. [cit. 2016-01-20]. Dostupné z: <http://klarissa.webgarden.cz/rubriky/co-zpusobuje-anorexie/dopis-od-any>

KARGES, Crystal. Pros and Cons of Smartphones in Eating Disorder Recovery. *Eating Disorder Hope* [online]. ©2013, 20. 9. 2013 [cit. 2016-02-29]. Dostupné z: <http://www.eatingdisorderhope.com/blog/smartphone-internet-eating-disorder-recovery>

KOTRBA, Štěpán. Jaká budou "nová" média a jací budou "noví" lidé. *Britské listy* [online]. ©2004, 29. 1. 2004 [cit. 2016-01-28]. Dostupné z: <http://blisty.cz/art/16745.html>

Přednášky:

KRCH, František D. *Psychoterapie poruch příjmu potravy*. Přednáška v rámci víkendových seminářů. Praha: PVŠPS, 4. a 5. 2. 2016.

Přílohy

Příloha č. 1 Dotazník

DOTAZNÍK „NOVÁ MÉDIA A PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY“

PRO ÚČELY BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Vážené dívky a dámy,

jsem studentkou na Pražské vysoké škole psychosociálních studií, kde studuji obor psychologie, a ráda bych Vás požádala o vyplnění dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce.

Dotazník je určen pro ženy/dívky mající problémy s jídlem a je sestaven tak, aby zjistil, jak nová media (internet, sociální sítě, videa apod.) ovlivňují prohloubení či naopak zlepšení vašich potíží. Dotazník je zcela anonymní.

Své odpovědi, prosím, uvádějte pravdivě.

Děkuji Vám za trpělivost při vyplňování dotazníku!

1. Kolik je Vám let?

- a) 13 – 15 let
- b) 15 – 18 let
- c) 18 – 21 let
- d) 21 – 25 let
- e) 25 – 30 let

2. Jaká je Vaše váha?

..... (doplňte číslo)

3. Jaké je Vaše zařazení ve společnosti?

- a) navštěvuji základní školu
- b) navštěvuji střední/vyšší odbornou školu
- c) chodím na vysokou školu
- d) pracuji
- e) jiná odpověď (doplňte)

4. Jaká typ poruchy příjmu potravy se Vás týká?

- a) mentální anorexie
- b) mentální bulimie
- c) psychogenní přejídání
- d) jiná (doplňte)

5. Jak dlouho máte problémy s jídlem?

- a) pár měsíců
- b) více než rok
- c) do pěti let
- d) nad pět let
- e) nad deset let

6. Porovnáváte někdy svou postavu s obrázky z médií (modelky, herečky, zpěvačky)?

- a) často (= cca denně, týdně)
- b) méně často (= cca jednou za měsíc)
- c) téměř nikdy (= méně, než jednou za měsíc)
- d) nikdy

7. Které z nových médií mělo vliv na vznik vaší PPP? Popřípadě toto médium

blíže charakterizujte. Nová média = široké množství mediálních technologií, zejména mobilní telefon, tablet a počítačové sítě (především internet)

- a) sociální sítě
- a) aplikace
- b) blogy
- c) vlogy (videa)
- d) jiné
- e) žádné

8. Blíže specifikujte, o jaká konkrétní média se jednalo/jedná.

(Uvádějte, prosím specifické typy médií, jako např. fb, instagram, youtube apod.)

9. Hledáte na internetu návody, jak zhubnout? Pokud ano, napište kde.

- a) ano (napište kde)
- b) ne

10. Navštěvujete tzv. pro-ana/pro-mia blogy? Pokud ano, jak často?

- a) stále (mám je v mobilu, doma na počítači, mám stále nějaké fotky u sebe)
- b) denně
- c) týdně
- d) méně
- e) nenavštěvuji

11. Jak vypadá Vaše obvyklá návštěva těchto stránek?

.....
.....
.....

12. Jak se obvykle cítíte před tím, než se podíváte na thinspo?

(Thinspo či thinspiration = fotografie velmi štíhlých holek, které jsou vnímány jako inspirace pro hubnutí.)

.....
.....
.....

13. Jak se cítíte potom?

.....
.....
.....

14. Jste nebo jste byla členkou nějaké internetové skupiny/komunity, jejíž členové sdílí své zkušenosti a navzájem se motivují a inspirují v cestě v prohlubování vlastní, zatím nepřiznané nemoci (PPP)?

- a) ano, jaká (doplňte)
- b) ne

15. Jste nebo jste byla členkou nějaké internetové skupiny/komunity, ve které hledáte podporu a informace vedoucí k léčbě tvého onemocnění?

- a) ano, jaká (doplňte)
- b) ne

16. Máte nebo jste měla nějakého „virtuálního“ kamaráda, se kterým se podporujete v hubnutí?

- a) ano
- b) ne

17. Setkala jste se někdy se svým virtuálním společníkem osobně, pokud ano, jak na Vás působil/a?

- a) ano (rozveďte)
- a) ne

18. Vystupujete v diskusích zabývajících se hubnutím pod vlastním jménem, či výhradně anonymně?

- a) ano, vystupuji pod vlastním jménem
- b) ne, vystupuji anonymně či pod pseudonymem
- c) nikde nevystupuji

19. Sdílela jste fotografie dokumentující změny proporcí Vašeho těla také na svém vlastním facebookovém profilu?

- a) ano, sdílela
- b) ne, nesdílela

20. Pokud ano, upravovala jste fotografie s cílem ještě více zdůraznit Váš pokrok ve „zdokonalení“ vizuální stránky těla?

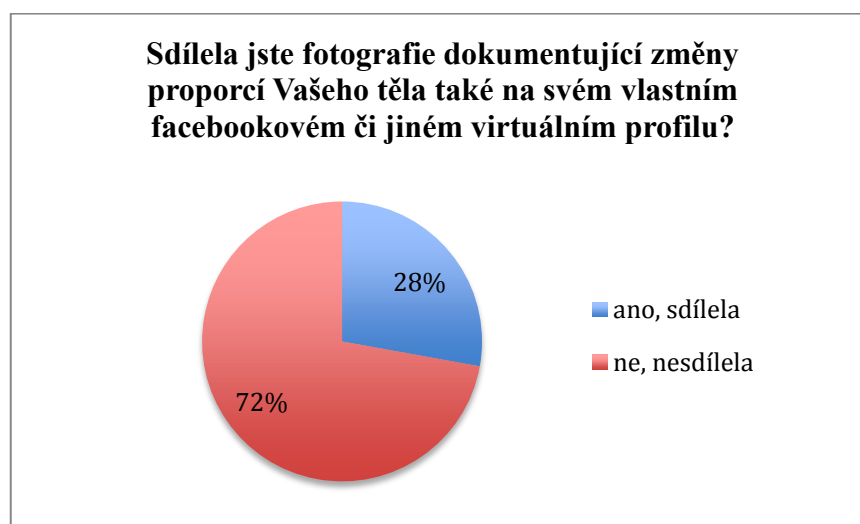
- a) ano
- b) ne

Příloha č. 2 Doplnující grafy k otázkám z dotazníku

Graf č. 13 Společník v hubnutí – otázka č. 16



Graf č. 15 Sdílení fotografií dokumentující změny proporcí těla – otázka č. 19



Graf č. 16 Upravování fotografií – otázka č. 20



Příloha č. 3 Testování hypotéz. Výsledky z programu SPSS Statistics 20.

Hypotéza č. 1

Tabulka č. 1 Kontingenční tabulka k hypotéze č. 1

Kolik je Vám let? * Navštěvujete nebo jste navštěvovala tzv. pro-ana/pro-mia blogy? Pokud ano, jak často?

Crosstabulation

Count

	Navštěvujete nebo jste navštěvovala tzv. pro-ana/pro-mia blogy? Pokud ano, jak často?					Total
	stále	denně	týdně	občas	nenavštěvuji	
13 – 15 let	3	1	0	0	3	7
15 – 18 let	6	4	4	1	4	19
Kolik je Vám let? 18 – 21 let?	3	4	2	10	6	25
21 – 25 let	0	2	0	8	9	19
25 – 30 let	0	1	0	2	6	9
Total	12	12	6	21	28	79

Tabulka č. 2 Test Chí-kvadrátu hypotézy č. 1

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	33,287 ^a	16	,007
Likelihood Ratio	39,439	16	,001
Linear-by-Linear Association	14,459	1	,000
N of Valid Cases	79		

a. 19 cells (76,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,53.

Tabulka č. 3 Intenzita závislosti hypotézy č. 1 – Spearmanův koeficient.

Symmetric Measures

	Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Interval by Interval Pearson's R	,431	,100	4,186	,000 ^c
Ordinal by Ordinal Spearman Correlation	,412	,107	3,973	,000 ^c
N of Valid Cases	79			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

Hypotéza č. 2

Tabulka č. 4 Kontingenční tabulka k hypotéze č. 2

Jak dlouho trvá problém? * Navštěvujete nebo jste navštěvovala tzv. pro-ana/pro-mia blogy? Pokud ano, jak často? Crosstabulation

Count

		Navštěvujete nebo jste navštěvovala tzv. pro-ana/pro-mia blogy?					Total
		Pokud ano, jak často?					
		stále	denně	týdně	občas	nenavštěvuji	
Jak dlouho trvá problém?	Do pěti let	10	10	4	9	19	52
	Nad pět let	2	2	2	12	9	27
Total		12	12	6	21	28	79

Tabulka č. 5 Test Chí-kvadrátu hypotézy č. 2

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,248 ^a	4	,083
Likelihood Ratio	8,356	4	,079
Linear-by-Linear Association	2,549	1	,110
N of Valid Cases	79		

a. 4 cells (40,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,05.

Tabulka č. 6 Intenzita závislosti hypotézy č. 2 – Spearmanův koeficient.

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	,181	,100	1,613	,111 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	,129	,105	1,144	,256 ^c
N of Valid Cases		79			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

Hypotéza č. 3

Tabulka č. 7 Kontingenční tabulka k hypotéze č. 3

Porovnáváte někdy svou postavu s obrázky z médií (modelky, herečky, zpěvačky)? *

Navstevujete_blogy_ano_ne Crosstabulation

Count		Navstevujete_blogy_ano_ne		Total
		Ano, navštívuji	Ne, nenavštívuji	
Porovnáváte někdy svou postavu s obrázky z médií (modelky, herečky, zpěvačky)?	často	37	15	52
	méně často	10	8	18
	téměř nikdy	4	5	9
Total		51	28	79

Tabulka č. 8 Test Chí-kvadrátu hypotézy č. 3

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3,218 ^a	2	,200
Likelihood Ratio	3,147	2	,207
Linear-by-Linear Association	3,152	1	,076
N of Valid Cases	79		

a. 1 cells (16,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,19.

Tabulka č. 9 Intenzita závislosti hypotézy č. 3 – Spearmanův koeficient.

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	,201	,114	1,801	,076 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	,200	,114	1,793	,077 ^c
N of Valid Cases		79			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

Příloha č. 4 Odpovědi na otázku č. 11 „Jak vypadá/vypadala Vaše obvyklá návštěva těchto stránek?“

Tabulka č. 10 Odpovědi respondentek (bez korektury)

koukala jsem se na fotky
Koukáte na obrázky holek, který nějak vypadají a víte, co snědli. Nikdy jsem asi nechtěla vypadat jako ony, ale chtěla jsem se tomu obrazu přiblížit.
přála jsem si být jako oni, snažila se tak zhubnout, ale když se to povede, zas taková výhra to není
Prohlídla jsem si fotky, jídelnicky a navody jak hubnout
Podívala jsem se na fotky, jídelnicky a typy jak zhubnout
Prohlížím si thinspiration a čtu si příběhy.
Hledani inspirace
snažím se srovnat se s fotkami holek
začnu hledat jak přestat jíst, jak rychle zhubnout..
podívám se ná váhu, před, teď projedu jídelníčky, fotky
vše jsem si přečetla
Teprve po uvědomění si nemoci jsem se o nich dozvěděla a chtěla si je prohlédnout.
hledala jsem inspiraci v hubnutí a hlavně motivaci vydržet
prezerám si fotky a jedálničky
komentovala jsem ostatní blogy a dokonce si vedla svůj vlastní
Prijíždím jídelníčky a dívím se, jak tak malo mohou sníst, nebo se dívím na tim, ze velká část toho mála tvoří napr kakao/cola
přemýšlím, kolik lidí, se ničí kvůli tělu
Napisu vlastní clanek. Vyhlevam inspiraci-hubene holky na napr. tumburu, instagramu... Jdu se kouknout na clanky ostatnich - spratelenych blogu, napisu komentar.
porovnavala jsem si v hlavě jídeláky zda jsem na tom lepší než oni..
porovnavala jsem s nima svojí váhu atd
Čtení příspěvku s zkušenosti
většinou jen shlédnutí jídelníčků
podívám se na thinspiration a na jídelníčky, na váhu uživatelky
přečtu poslední článek, napíšu komentář, a když je blog nový tak ho třeba trochu víc prozkoumám
Hledala jsem jídelnicky po kterých se nejrychleji hubne, jsk se vyzvracet atd.
Projíždím stránky, hledám inspiraci v jídelníčkách, obdivuju jejich postavy.
Chodím tam, kde si můžeme s někým psát....Napíšu jak jsem si vedla, buť v hodně dobrým (hladovka) a nebo naopak když mám špatné vědomí, že jsem jedla hodně nezdravě... Napíšu jídelníček přečtu si co mají za problém ostatní, nebo jak se (ne)stravují, což mě nakopne a jdu tam až další den, nebo jak kdy.
Když mě blog zaujal, přečetla jsem si víc.
pozeranie thinspiration, písanie si s dievčatami s ppp
Zhlédnu jídelníčky, thinspo...
čtu, ale hlavně sleduji a stahuji obrázky, motivuji se
Prohlížení motivujících obrázků, rady jak nemít hlad..
přečtení diskuze, úspěchy/neúspěchy ostatních, hledání motivace
Koukám se na jídelníčky ostatních holek.
Chtěla bych se sznámit s dívkami, které chtějí taky zhubnout, aby jsme se navzájem podporovali.
dívala jsem se na jídelníčky dívek, hledala fotky jejich postav a četla jejich životní příběhy...
dříve jsem si tam četla, kolik toho autorky blogu snědly
krátce se podívám, spíše na recepty na hubnutí
Procházení a komentování nových příspěvků.
Pročítání jídelníčků, prohlížení fotek,...
hledala jsem typy jak jíst jeste mene
Nikdy jsem je nenavštivovala cíleně - ale je hrozně snadné se na ně dostat. A jo, přiznávám... že občas mám myšlenky typu "anorektičky to jsou aspoň hubený, aspoň maj vůli"...
Prohlídla jsem si thinspo a přečetla deníček blogerek.
Čtu všechno a říkám si, jak to budu vše dělat.
pročtu si jídelníčky ostatních uživatelek, občas připojím příspěvek do diskuze
Kouknu se, co tam autorka má nového. Pak se kouknu na nové, nebo klidně i staré thinspiration. Jsem

schopná na těchto stránkách strávit i přes hodinu. Hrozně rychle to uteče. Přeju si být, jako ty holky
Kouknu se na thinspo, hledam inspiraci
kouknu se, co je tam nového
Pozrela som si ich
jen jsem se podívala, co dělat pro to, abych nemusela jíst
Hledala jsem navody na zvracení či nejezdí
Hledani jidelnicku a fotek vychrtlych holek

Příloha č.5 Odpovědi na otázku č. 12 „Jak se obvykle cítíte/cítíte jste se před tím, než se podíváte na thinspo?“

Tabulka č. 11 Odpovědi respondentek (bez korektury)

V napětí
Strach a stud.
tlustě
Celkem hubena
Celkem hubena
Před tím? Bez motivace a na nic.
Hledam neci, co se mi libi
provinile
obtloustle
špatně, jsem nespokojená a vždy jsem byla sama ze sebou
lépe než potom.
v době nemoci jsem nevěděla co to je
cítala jsem znechucení, jak je anorexie odporná a ničí člověka, a i přes to bez ní nedokážu žít
Tučná
cítala jsem se velmi tlustě a cítila jsem silné přání vypadat jako ony
Závidím, hledám "ideál" postavy
nevím
Vyhledama thinspo jen na blog. Pro vzhled. Pro me jsem inspirace sama pro sebe ja a moje tuky.
cítala jsem se předtím že mě to namotivuje
Dobře
před tím dobře, jen mám potřebu se nějak motivovat, obvykle to má však opačný efekt. (viz. níže)
Strašně, odporně, tlustě
nehubená
Jako nic,..říkala jsem si.."sakra, hubnutí je tak jednoduchý, a ja to nezvladnu" připadala jsem si jako tunová chodící koule ..ipřesto ze jsem měla 34 kg viděla jsem v zrcadle někoho jiného..
Opravdu zle.
Někdy si říkám, že to nemůže být se mnou až tak hrozné, ale pak se kouknu na ty hezky hubené holky.... zjistím, že tlustá jsem a musím s tím něco udělat.
Jako totální prase.
chcela som mať postavu ako ony
Před tím se cítím tlustá.
Nijak nemotivovaná
Jsem tlustá
hladově
Většinou mám špatné svědomí z toho, že jsem hodně jedla.
tlustá, ošklivá, blbá
Nejistá... Napnutá - budu o dost víc tlustá?
normálně
žádné výrazné nálady jsem nezaznamenala
Pokles motivace.
Tlustá
spatne

Tohle neřeším.
Na nic, jako velryba.
V pohodě. Přijdu si docela hubená, až na mé silnější nohy.
občas mám chuť začít jíst normálně
Špatně
celkem dobře
nic moc
Ako kedy
docela dobře..
Tlustě
Cítím se dobře

Příloha č. 6 Odpovědi na otázku č. 13 „Jak se cítíte/jste se cítila potom?“

Tabulka č. 12 Odpovědi respondentek (bez korektury)

zklamaná, že nevypadám jako ony
Stud a nenávisť vůči sobě.
ještě víc tlustě
Jako tlusta koule. Cítila jsem se menecene
Jako velka menecenna koule
Po shlédnutí se cítím mnohem líp. Mám pocit, že zvládnou cokoli, protože mám pevnou vůli.
Zavisz
ještě hůře, než předtím, sráží mě to k zemi
tlustě
ještě hůř...proč ony ano a já ne? ale zároveň je tam i lítost, lituji je
Znechuceně, přemýšlím že jsem tlustá.
Chápu, že někdo začne blbnout s jídlem po dívání se na tyto věci.
plná zoufalství
Tučná
cítila jsem se velmi tlustě a cítila jsem silné přání vypadat jako ony
Zoufale, že chci taky vypadat tak jako on, tak křehce, ale nikdy toho nedosáhnou a budu jen špekaty p*ase NEBO: už se těším, až odejdu na koleje, budu bydlet sama, nikdo ne nebude hlídat a já si zhubnu na postavu dle svých představ
nešťastně, otyle
Ze jsem tlustší než ony a že brzo budu stihlejší.
že sem tlustá, neschopná, hnusná...
Motivovaně
po shlédnutí mám vždy výčitky, že nevypadám jako dívky na obrázku. cítím se méněcenná, neschopná.
strašně, tlustě
stejně, ale nabytá motivací (nejdu a nepudu žrát knedlíky)
Tluste, nicotne
Ještě více zle.
Že jsem tlustá a měla bych s tím něco udělat.. Většinou se jdu koukat na videa a číst články na netu jak zhubnout a při tom poslouchám smutný písničky.
Už ne tak hrozně.
zle
Ještě více tlustá, ale motivovaná
Závidím a přeji si, abych taky byla taková, cítím odhodlání
Jsem tlustá - musím něco dělat
znechuceně ze sebe
Tlustě.
tlustá, ošklivá, blbá
Líná a tlustá - dříve... Dnes jsem schopná to brát s odstupem, protože mým cílem není hubenost, ale vyrovnanost...

teď cítím, že jsem prostě taková, jaká jsem a ne jiná
žádné výrazné změny nálady, možná více motivace.
Zvýšení motivace.
Ještě tlustší, ale aspoň trochu motivována
motivována
Neřeším. (Ale ty extrémně vyzáblé se mi hnusí.)
Pořád stejně, akorát s tím rozdílem, že se sebou musím něco dělat.
Hrozně! Přijdu si tak tlustá. Moje nohy takhle nikdy vypadat nebudou, protože když se snažím cvičit , tak jen svalnatí.
že chci být také taková
Ještě hůř
hrozně, musím hubnout (si říkám)
nic moc...ještě víc tlustá, ale zase víc motivovaná k hubnutí
Zle
jako tlusté prase:-)
Chci vypadat stejně
Zavist a nastvání ze takto nevypadám

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno a příjmení autora/ky: Kristýna Langová

Studijní program: Psychologie

Studijní obor: Psychologie

Název práce: Nová média a poruchy příjmu potravy

Počet stran (bez příloh): 61

Celkový počet stran příloh: 11

Počet titulů české literatury a pramenů: 24

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 6

Počet internetových odkazů: 6

Vedoucí práce: Mgr. Jan Kulhánek

Rok dokončení práce: 2016

**Posudek vedoucího/ponenta bakalářské/diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studenta/-tky: Kristýna Langová
Obor studia: Psychologie (Bc)
Název práce: Nová média a poruchy příjmu potravy
Vedoucí/ponent* práce: Mgr. Jan Kulhánek

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 61
Počet stránek příloh: 11
Počet titulů v seznamu literatury: 36

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost

	x			
--	---	--	--	--

tématu
Závažnost tématu

Oborová příslušnost

	x			
--	---	--	--	--

tématu
Oborová příslušnost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

Formální zpracování

	x			
--	---	--	--	--

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	x			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	x			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)
průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

Metody práce

	x			
--	---	--	--	--

Vhodnost a úroveň použitých metod

	x			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

	x			
--	---	--	--	--

Využití praktických zkušeností

Obsahová kritéria a přínos práce

*

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

	x			
--	---	--	--	--

Naplnění cílů práce

	x			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	x			
--	---	--	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	x			
--	---	--	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

	x			
--	---	--	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)
(publikace, referáty, apod.)

	x			
--	---	--	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Můžete uvést příklady, v čem konkrétně mohou nová média lidem s poruchou příjmu potravy škodit a v čem pomáhat?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Poruchy příjmu potravy jsou stále velkým tématem pro psychology a psychoterapeuty a přestože z klinické praxe vidíme stále nárůst výskytu tohoto duševního onemocnění v mladé populaci, aktuálních dat z výzkumů v naší zemi chybí. Kolegyně si zvolila obtížné téma i způsob zpracování výzkumné části. Teoretickou část bylo třeba napsat tak, aby nekopírovala řadu prací s tematikou ppp. To se skutečně podařilo a to zejména díky kapitolám o svépomoci a novým technikám v léčbě. Výborně navazuje kapitola o nových médiích, kde autorka propojila literaturu s vlastními zkušenostmi. Výzkum je přehledný, limity a rizika sbírání dat přes internet autorka dobře popsala v kapitole Diskuse.

Doporučení k obhajobě: doporučuji*

Navrhovaná klasifikace: výborná

Datum, podpis: 16.5.2016

*

nehodící se, škrtněte

**Posudek oponentky bakalářské práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: Kristýna Langová
Obor studia: Psychologie
Název práce: Nová média a poruchy příjmu potravy

Vedoucí práce: Mgr. Jan Kulhánek

Oponentka práce: Mgr. Magdalena Koťová

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 61

Počet stránek příloh: 11

Počet titulů v seznamu literatury: 30

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	X	X		
--	---	---	--	--

Oborová příléhavost tématu

	X			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

	X	X		
--	---	---	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

		X		
--	--	---	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	X			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	X			
--	---	--	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

	X	X		
--	---	---	--	--

Využití výzkumných empirických metod

	X	X		
--	---	---	--	--

Využití praktických zkušeností

	X			
--	---	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

X				
---	--	--	--	--

Naplnění cílů práce

	X			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části

	X	X		
--	---	---	--	--

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

v daném tématu

Návaznost kapitol a subkapitol

	X			
--	---	--	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

	X			
--	---	--	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

X				
---	--	--	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Jak by autorka využila poznatky týkající se využívání tzv. nových médií mladými ženami s PPP v rámci svého studijního oboru?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Autorka se v textu bakalářské práce zabývá tématem poruch příjmu potravy ve vztahu k tzv. novým médiím. V teoretické části textu se zabývá taxonomií, etiologií, následky či možnostmi terapie. Pojednává též o nových médiích. V empirické části práce předkládá výzkumnou sondu, zabývající se mapováním toho, jak populace dívek a mladých žen využívá nová média (ve vztahu k PPP).

Oceňuji volbu tématu, jde podle mého názoru o poměrně zajímavou oblast, na kterou bude jistě v budoucnu upřena značná pozornost psychologů či psychoterapeutů. Název práce je velmi obecný, podobně i anotace práce – není z nich zcela jasné, o co přesně autorce v textu půjde – dle názvu práce jsem se domnívala, že text bude například jistou metaanalýzou virtuálního prostředí či působení médií a během čtení mne trochu mrzelo, že autorka předkládá poměrně malé množství nových informací (či zajímavě kontextualizovaných či interpretovaných informací). Zde se však jedná zřejmě o příliš vysoké nároky – jde o práci bakalářskou a její formát se autorce podařilo naplnit. Osobně bych však uvítala spíše text týkající se přímo nových médií a PPP, poměrně obsírné teoretické pojednání o PPP považuji v podstatě za zbytečné (i když je nutné podotknout, že je poměrně pečlivě zpracované).

Autorka prokázala, že je schopna pracovat se zdroji, práce je psána vcelku kultivovaným jazykem, i když by textu prospěla důkladná stylistická úprava a větší sofistikovanost. Za deficit textu považuji tendenci autorky vyjadřovat se poměrně vágně a ponechávat tak prostor pro polemiku (např. název kapitoly „sociální a kulturní faktory“, „biologické faktory“, „následky“ atp.... či část věty „mohutný vliv západních hodnot a negativní vliv médií a reklamy, která vytvářejí ideál krásy dnešní doby“...). Autorce do budoucna doporučuji přesně formulovat nadpisy vzhledem k obsahu kapitol, aby čtenáři bylo jasné, o čem bude text pojednávat.

V rámci zpracování tematiky nových médií bych uvítala větší počet klíčových zdrojů či jejich citace z originálu (např. M. McLuhan atp.). Zajímavé je pojednání o blozích, které tímto velmi oceňuji a autorce za něj děkuji, podobně objevný pro mne byl i text o mobilních aplikacích (zde mne napadá, že by např. metaanalýza podobných blogů byla velmi zajímavým tématem např. diplomové práce).

V rámci empirické části práce bych ocenila popis způsobu konstrukce dotazníku a přesný popis toho, jak autorka dívky a ženy oslovovala. Doporučila bych též spíše formulaci tzv. nulových hypotéz.

I přes některé zmíněné nedostatky hodnotím práci kladně, z textu je patrná autorčina snaha o pečlivé zpracování. Zároveň se tímto autorce omlouvám z neúčasti na obhajobě z důvodu pobytu v zahraničí a přeji jí mnoho úspěchů.

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace: v závislosti na obhajobě 1-2

Datum, podpis: 10.5. 2016

Mgr. Magdalena Koťová, Ph.D.

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized 'M' with a horizontal line above it, followed by a cursive 'k'.