

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

**SOCIÁLNÍ SÍTĚ V KONTEXTU
MENTÁLNÍ ANOREXIE
U MLADÝCH ŽEN**

THE ROLE OF SOCIAL MEDIA IN THE CONTEXT
OF ANOREXIA NERVOSA IN YOUNG WOMEN



Bakalářská diplomová práce

Autor: Karolína Lacková

Vedoucí práce: MUDr. PhDr. Miroslav Orel, Ph.D.

Olomouc

2023

Na tomto místě bych ráda poděkovala MUDr. PhDr. Miroslavu Orlovi, Ph.D. za veškeré odborné rady, perfektní komunikaci, vstřícnost, a laskavý přístup. Poděkování patří také mé kamarádce Natálii Pavičevičové za korekturu textu. Mému příteli a bratrovi děkuji za pomoc s grafickými úpravami.

V neposlední řadě chci poděkovat všem ženám, které byly ochotny sdílet se mnou svůj příběh, a daly tak vzniknout této bakalářské diplomové práci.

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou práci na téma: „Sociální síť v kontextu mentální anorexie u mladých žen“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne.....

Podpis.....

OBSAH

OBSAH	3
ÚVOD.....	5
TEORETICKÁ ČÁST.....	6
1 Základní vymezení mentální anorexie	6
1.1 Historie mentální anorexie	6
1.2 Základní charakteristiky a diagnostická kritéria mentální anorexie	8
1.3 Rizikové faktory a možné příčiny vzniku mentální anorexie.....	11
2 Léčba mentální anorexie.....	15
2.1 Formy léčby mentální anorexie	15
2.1.1 Hospitalizace	16
2.1.2 Částečná hospitalizace a denní stacionáře	16
2.1.3 Ambulantní lékařská péče	17
2.1.4 Rodinná terapie	17
2.1.5 Kognitivně-behaviorální terapie	18
2.1.6 Psychodynamická terapie.....	19
2.1.7 Farmakoterapie.....	20
2.2 Faktory ovlivňující léčbu mentální anorexie	20
3 Sociální sítě	23
3.1 Historie sociálních sítí	23
3.2 Vybrané sociální sítě	24
3.2.1 Facebook	25
3.2.2 Instagram.....	25
3.2.3 Twitter	26
3.2.4 YouTube.....	26
3.2.5 Tumblr.....	27
3.2.6 Pro-ana blogy	27
3.3 Dostupnost a používání sociálních sítí	28
3.4 Vliv sociálních sítí na průběh mentální anorexie	29
VÝZKUMNÁ ČÁST.....	30
4 Výzkumný problém, cíl výzkumu a výzkumné otázky	30
5 Typ výzkumu a použité metody	31
6 Výzkumný soubor a sběr dat	32
6.1 Výzkumný soubor	32
6.2 Sběr dat.....	35

7	Práce s daty	36
7.1	Interpretativní fenomenologická analýza (IPA)	36
7.2	Práce s daty	38
7.3	Etika výzkumu	39
8	Výsledky výzkumné části.....	40
8.1	Základní charakteristika jednotlivých participantek	40
8.2	Významná témata vyskytující se napříč rozhovory.....	46
8.2.1	Téma 1: Zvýšení aktivity na sociálních sítích s nástupem mentální anorexie.....	48
8.2.2	Téma 2: Vyhledávání nízkokalorických receptů a zdravého jídla na sociálních sítích	49
8.2.3	Téma 3: Pozitivní ohlasy na hubnutí na sociálních sítích.....	51
8.2.4	Téma 4: Falešný instagramový profil pro sledování nebo sdílení anorektického obsahu	53
8.2.5	Téma 5: Odpor k focení v průběhu léčby	54
8.2.6	Téma 6: Snížení aktivity na sociálních sítích v průběhu léčby.....	55
8.3	Výstupy výzkumné části v kontextu výzkumných otázek	57
9	Diskuse	60
10	Závěr.....	66
11	Shrnutí.....	68
	LITERATURA.....	71
	SEZNAM PŘÍLOH.....	78
	Příloha 1: Otázky pro polostrukturovaný rozhovor	79
	Příloha 2: Plakát o výzkumu	80
	Příloha 3: Informovaný souhlas	81
	Příloha 4: Abstrakt česky	82
	Příloha 5: Abstrakt anglicky	83

ÚVOD

Mentální anorexie je jednou z nejrozšířenějších **poruch příjmu potravy**. Lidstvu není neznámou, ale jedná se o velmi komplexní poruchu, kterou tak lze i po staletích zkoumat z mnoha směrů a úhlů, především pokud vezmeme v potaz události posledních let. Například celosvětovou pandemií nemoci COVID-19, která donutila většinu světa zůstat týdny i měsíce ve svých domovech. Komunikace byla samozřejmě silně omezená, a tak byla možná především skrz moderní technologie a pochopitelně také sociální sítě.

Sociální sítě v posledním desetiletí expandovaly, nabyly nových rozměrů a podob a staly se pravděpodobně největším komunikačním nástrojem všech dob. Platformy jako Instagram, které jsou postaveny primárně na sdílení fotek, jsou často kompilací toho nejlepšího z našich životů. To je zcela smysluplné, vzhledem k tomu, že lidé se rádi chlubí pozitivními aspekty svého života. V době počítačových programů a mobilních aplikací, které umožňují úpravu fotek snadno a rychle, mají však navíc lidé možnost si fotografie jednoduše „vylepšit“. Užší pas, větší rty nebo delší nohy jsou tak jen otázkou pár kliknutí. Mnoho věcí zveřejněných na Instagramu a jiných sociálních sítích se tak může jevit dosti jinak, než jaké ve skutečnosti jsou.

Fotografie na sociálních sítích, které ve skutečnosti neodráží realitu mohou působit zcela nevinně. Pacienty zasažené mentální anorexií, kteří na sociálních sítích tráví i několik hodin denně však mohou ovlivňovat dosti markantně. Sociální sítě ale také spojují osoby z celého světa a je tak možné, že různé komunity a příspěvky mohou na proces léčby a uzdravování se z mentální anorexie působit příznivě.

Cílem teoretické části této bakalářské diplomové práce je představit fakta o mentální anorexii a sociálních sítích, což bude sloužit jako podklad pro **praktickou část**. Jejím cílem je poté zjistit, zda sociální sítě hrají roli v počátku mentální anorexie a ovlivňují její průběh či léčbu. Bakalářská práce se nemá zaměřovat pouze na negativní aspekty, které mohou sociální sítě přinést, ale také na ty pozitivní, které mohou naopak zvrátit průběh nemoci nebo být přínosné v průběhu léčby.

Hlavním důvodem pro výběr daného tématu byla osobní zkušenost s mentální anorexií v mém okolí a snaha poukázat na závažnost a vysokou četnost případů mentální anorexie. Především proto, že se v běžné populaci dostatečně nemluví o závažnosti této poruchy a mnoho laiků si neuvědomuje, jak běžný je její výskyt ani jaké následky nese nejen pro samotné pacienty, ale i jejich rodiny, přátele nebo známé.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Základní vymezení mentální anorexie

V této kapitole bude představena mentální anorexie. Nejprve bude stručně rozebrána historie mentální anorexie. Představení historie je nutné především aby bylo zřejmé, že se nejedná o novou poruchu, která by byla spojena pouze s dnešní dobou. Dále budou zmíněné charakteristiky a popsána diagnostická kritéria, jejichž vymezení bylo klíčové nejen pro teoretickou, ale i praktickou část kvůli výběru probandek. V neposlední řadě se poté tato kapitola zaměří na rizikové faktory a příčiny, které silně ovlivňují vznik a průběh mentální anorexie.

Anorexia nervosa v češtině známá jako **mentální anorexie** je psychickou poruchou, která se vyznačuje zejména úmyslným a vědomým snižováním hmotnosti a jejím aktivním udržováním na nízké hodnotě (Orel et al., 2020). Tato **porucha příjmu potravy** se vyskytuje v průběhu života u zhruba 1 % žen a dívek a 0,3 % mužů a chlapců (Ayers & Visser, 2011). Nejčastější je výskyt u žen v období puberty (Kasper & Burghard, 2011). Skrývání poruchy i po několik let však není výjimkou (Orel et al., 2020).

Ze všech psychiatrických onemocnění má mentální anorexie **nejvyšší úmrtnost**, která je buď přímo způsobená následky anorexie nebo sebevraždou, ke které jedince vede tato porucha příjmu potravy. Mortalita se u anorektických pacientů pohybuje mezi 3-18 % (Ayers & Visser, 2011).

1.1 Historie mentální anorexie

Poruchy příjmu potravy rozhodně nejsou nově vzniklým jevem a zmínky o nich se objevují již v období před narozením Krista. Hippocrates přichází v 5. století před naším letopočtem s pojmem *asithia*, který označuje poruchy příjmu potravy (Papežová, 2010).

Odmítání jídla bylo historicky často spojeno s náboženstvím, například v podobě křesťanských pústů nebo i později, kdy bylo spojováno s vírou, že je člověk pod vlivem nadpřirozených sil nebo dokonce ďábla (Krch et al., 1999).

Za prvního člověka, který vytvořil výstižný lékařský popis mentální anorexie je považován britský lékař Richard Morton, učinil tak již koncem 17. století (in Pearce, 2004). V 19. století pak francouzský fyziolog Fleury Imbert vymezuje **dva druhy anorexie**, a to gastrickou a nervovou. První typ popisoval poruchy trávení. Druhý typ, se vyznačoval u pacientů odmítáním potravy, což Imbert vysvětloval tím, že mozek nevysílal signály chuti k jídlu či pocitů hladu (Strnadová, 2012).

V 19. století se začaly v literatuře vyskytovat případy, které lze pokládat za dostatečně věrohodné. Mentální anorexie byla v roce 1868 vymezena W. Gullem a E. Ch. Lasèguem (in Höschl et al., 2004). V roce 1873 pak sir William Withey Gull uskutečnil přednášku o „*anorexia hysterica*“, která byla o rok později publikována jako dílo pojednávající o „*anorexia nervosa*“. Nezávisle na něm popsal „*anorexie hysterique*“ také Ernest-Charles Lasègue (in Krch et al., 1999). Oba autoři mentální anorexii popisují jako „*psychogenní chorobu, vyskytující se převážně u mladých dívek a žen*“ (Papežová, 2010, str. 21). Gull i Lasègue se shodli na **příznacích** této poruchy příjmu potravy, jsou to: velká ztráta na hmotnosti, amenorea, zácpa, neklid a nepřítomnost jakýchkoliv známek organické patologie (in Krch et al., 1999).

Ve čtyřicátých letech 20. století byla mentální anorexie zařazena mezi **duševní poruchy**. Zároveň byly popsány dva další typické příznaky, kterými je narušené vnímání vlastního těla a neutuchající snaha o dosažení štíhlosti (Šejnohová, 2014).

V roce 1983 založil František Faltus **Jednotku specializované péče pro poruchy příjmu potravy**. Ta se stala prvním takovým zařízením ve střední a východní Evropě. Toto zařízení je dodnes funkční součástí Psychiatrické kliniky na 1. LF UK v Praze a její vznik se tak dá nepochybně považovat za významný milník v české historii poruch příjmu potravy (Papežová et al., 2016).

Incidence mentální anorexie narůstala až do 70. let 20. století, poté čísla začala stagnovat (Hoek, 2006). V roce 2020 se však do obrazu dostal nový faktor, pandemie virové choroby COVID-19. Schlegl et al. (2020) realizovali on-line studii na vzorku 159 žen a dívek, které byly v roce 2019 propuštěny po ukončení léčby mentální anorexie. Všechny dotázané byly ve věku 13 a více let. Studie probíhala formou dotazníku, z jehož

výsledků vyplývá, že 41,5 % dotázaných během pandemie zaznamenalo zhoršení příznaků mentální anorexie, 20 % pak zaznamenalo také výskyt nových symptomů a u 18,9 % došlo k poklesu tělesné hmotnosti o 2,5-10 kg, 8,2 % naopak zaznamenalo příbytek na váze o 2,5-11 kg. Velké validní výzkumy ohledně vlivu pandemie COVID-19 na mentální anorexii však stále chybí a lze tak prozatím pouze spekulovat, jaký vliv pandemie na populaci v této oblasti měla.

1.2 Základní charakteristiky a diagnostická kritéria mentální anorexie

Lidé trpící mentální anorexií mají silně narušené vnímání vlastního těla, což může být spojeno i s širší poruchou vnímání a neschopností interpretace tělesných signálů, jako je například únava nebo hlad (Papežová, 2010).

Podle 10. revize mezinárodní klasifikace nemocí (**MKN-10**) lze mentální anorexii **diagnostikovat** na základě pěti bodů (Světová zdravotnická organizace, 2006):

1. Body mass index (BMI), který se vypočítá jako $\frac{\text{hmotnost (kg)}}{\text{výška (m}^2\text{)}}$, je 17,5 nebo nižší, nebo tělesná hmotnost je 15 % pod nejnižší předpokládanou hranicí.
2. Takto nízkou váhu si způsobuje a udržuje pacient sám, a to především tím, že odmítá a vyhýbá se jídlům „po kterých se tloustne“. Dále využívá jednoho nebo více z těchto prostředků: nadměrné cvičení, používání diuretik nebo anorektik, vyprovokované zvracení, vyprovokovaná defekace.
3. Objevuje se zde také specifická psychopatologie, včetně stále přítomného strachu z tloušťky a zkreslené představy o svém těle. Myšlenky na nízkou váhu pacienta či pacientku ovládají a nutí jej ji udržovat.
4. Rozsáhlá endokrinní porucha, která zasahuje hypotalamo-pituitární-gonádovou osu. Tato porucha se projevy liší u žen, u kterých se projevuje v podobě amenorei (výjimkou mohou být nejčastěji anorektické pacientky, které užívají hormonální antikoncepci) a mužů, u kterých je projevem ztráta sexuálního zájmu a potence. Navíc se zde mohou objevovat také zvýšené hladiny kortizolu, růstového hormonu, změny v periferním metabolismu tyreoidního hormonu nebo odchylky od běžného vylučování inzulínu.

5. U předpubertálních pacientek a pacientů se opožďují pubertální projevy, v některých případech se pak zcela zastavují. U dívek se jedná o zastavení růstu, nevyvíjení prsou a primární amenoreu. U chlapců se taktéž jedná o zastavení růstu a zůstává zde dětský genitál.

MKN-10 navíc uvádí, že k mentální anorexii mohou být přidruženy i depresivní nebo obsedantní symptomy. Spolu s nimi se mohou objevovat i rysy poruchy osobnosti. Od mentální anorexie je třeba odlišit somatické příčiny které mohou vést ke snižování tělesné váhy. Mezi ty mohou patřit mimo jiné i mozkové nádory nebo střevní poruchy (Světová zdravotnická organizace, 2006).

Podle 5. vydání diagnostického a statistického manuálu poruch (**DSM-5**) se mentální anorexie dále navíc dělí na dva **specifické podtypy** a to nebulimický (restriktivní) a bulimický (purgativní) (Raboch et al., 2015). U pacientů restriktivního typu se extrémně snižuje kalorický příjem, dochází k hladovění (Meisnerová, 2013) a naopak se nevyskytují bulimické epizody (Němečková, 2007). U purgativního typu se období hladovění střídá s obdobími přejídání a následnými opatřeními, která mají zajistit snížení tělesné váhy (Meisnerová, 2013). Těmi mohou být například laxativa, diuretika nebo vyvolávání zvracení (Kasper & Burghard, 2011).

Diagnostika dle DSM-5 má oproti MKN-10 jen tři diagnostická kritéria, jsou jimi (Raboch et al., 2015):

1. Snížení energetického příjmu natolik, že dochází k úbytku na váze. Jedinec má nízkou tělesnou hmotnost, která neodpovídá jeho věku, výšce ani vývojovému stádiu. Nízká tělesná hmotnost je definována jako nižší než očekávaná.
2. Extrémní strach z přibírání na váze či tloustnutí. Zároveň se objevuje chování, které ovlivňuje přibývání na váze bez ohledu na nízkou tělesnou hmotnost.
3. Tělesná hmotnost a tělesný vzhled mají velký vliv na sebevědomí jedince trpícího mentální anorexií. Zároveň mají vliv i na jeho schopnost sebereflexe v ohledu na závažnost situace způsobenou nízkou tělesnou váhou.

Je nutné zmínit, že MKN-10 je nyní v přechodném pětiletém období, kdy se postupně přejde na MKN-11. V současné době neexistují schválené oficiální překlady do

českého jazyka. Rozdíl diagnostických vodítek MKN-10 a MKN-11 se v jednotlivých bodech příliš neliší. I přes to jsou zde uvedeny **hlavní rozdíly**, které mezi jednotlivými revizemi můžeme zaznamenat.

MKN-10 v prvním bodě uvádí, že tělesná váha je udržována alespoň 15 % pod předpokládanou. Mentální anorexie je tedy podle 10. verze diagnostikována v případě, kdy je **BMI 17,5** nebo nižší (Světová zdravotnická organizace, 2006). Oproti 11. verzi, podle které je mentální anorexie diagnostikována již na hranici **BMI 18,5** a zároveň je zde upozorňováno i na extrémně rychlý úbytek na váze, kterým se myslí ztráta hmotnosti vyšší než 20 % celkové tělesné váhy v období 6 měsíců nebo kratší (World Health Organization, 2019).

V diagnostických vodítkách 10. verze, je také kladen větší důraz na tělesné projevy, jako je například rozsáhlá endokrinní porucha (Světová zdravotnická organizace, 2006). V 11. revizi MKN je naopak v rámci diagnostických vodítek více zmiňován například vzorec chování, který se objevuje u osob trpících mentální anorexií. V posledním diagnostickém vodítku MKN-11 je pak uváděno také extrémní zaměření na vlastní tělo. U většiny bodů lze však říct, že kritéria pro diagnózu mentální anorexie se příliš nezměnila i přes to, že se změnila formulace a některé detaily (World Health Organization, 2019). Porovnání však nelze považovat za zcela spolehlivé, protože jak již bylo zmíněno v této podkapitole, oficiální překlad MKN-11 v současné době není dostupný. I přes to jsou zde uvedena i diagnostická vodítka 11. revize z anglického originálu.

Podle MKN-11 tedy lze mentální anorexií **diagnostikovat** na základě čtyř bodů (World Health Organization, 2019):

1. Tělesná hmotnost, která neodpovídá, věku, výšce ani historii tělesné váhy jedince. Ukazatelem je BMI, které musí být u dospělých nižší než 18.5 kg/m². Nízké BMI může nahradit (v případě, že jsou naplněna ostatní kritéria) extrémně rychlý úbytek na váze, kterým se myslí ztráta hmotnosti vyšší než 20% celkové tělesné váhy v období 6 měsíců, či méně.
2. Nízká tělesná hmotnost není způsobena nedostatkem potravy nebo jinými zdravotními důvody.
3. Objevuje se stálý vzorec chování, při kterém se osoba trpící mentální anorexií stravuje restriktivně a zároveň se objevují další způsoby, kterými se pacient snaží docílit udržení nízké váhy. Takové chování se často projevuje

v asociaci s velkým strachem z přibírání na tělesné váze. Může se projevovat skrze snižování energetického příjmu různými způsoby včetně zvracení či užívání laxativ a diuretik. Na druhé straně se naopak objevuje nadměrný energetický výdej, například v podobě přílišné fyzické aktivity

4. **Extrémní zaměření na vlastní tělesnou hmotnost a tělo.** Nízká tělesná váha je pro nemocného nejdůležitějším faktorem pro své sebehodnocení a vnímání vlastní hodnoty. Projevovat se může například obsesivním vážením, měřením jednotlivých tělesných partií krejčovským metrem, ale také konstantním přepočítáváním kalorií a vyhledáváním způsobů kterými zhubnout. Dalšími projevy může být odmítání nošení přilnavého oblečení či odmítání mít doma zrcadla.

1.3 Rizikové faktory a možné příčiny vzniku mentální anorexie

Příčiny vzniku mentální anorexie se případ od případu různí, existují však rizikové faktory, které zvyšují pravděpodobnost vzniku této poruchy. Rizikové faktory jsou takové okolnosti vzniku mentální anorexie, které jí předcházejí a zaměření na ně je tak podstatné při prevenci. Dají se rozdělit několika způsoby na (Papežová, 2010):

- trvalé rizikové faktory (například rasa),
- proměnlivé rizikové faktory (například věk),
- specifické rizikové faktory (souvisí pouze se vznikem mentální anorexie),
- obecné rizikové faktory (zvyšují i riziko vzniku jiných psychických nemocí),
- zesilující faktory (posilují rizikové faktory),
- udržovací faktory (nepřispívají ke vzniku mentální anorexie, ale udržují ji).

Mezi **trvalé rizikové faktory** lze zcela určitě zařadit **pohlaví**, jelikož ženy trpí mentální anorexií až dvacetkrát častěji než muži (Nolen-Hoeksema, 2012). Některé americké studie pak naznačují, že etnický původ je také rizikovým faktorem a mentální anorexie se častěji vyskytuje u bělošek než například u Afroameričanek, ačkoliv mají v průměru vyšší BMI (Papežová, 2010). S velkou pravděpodobností se však může jednat pouze o vliv **západního ideálu krásy** především proto, že mentální anorexie se nejčastěji vyskytuje právě u žen západního světa, které pochází ze **středních a vyšších socioekonomických vrstev**. Může tomu tak být proto, že se tyto ženy nejvíc potýkají se sociálním tlakem či očekáváním toho, aby byly štíhlé (Kassin, 2007).

Jako **proměnlivý rizikový faktor** je třeba uvést věk. Nejrizikovější období pro počátek mentální anorexie je období **puberty a dospívání** (Krch, 2004). Výskyt nových případů po dosažení 25 let neobvyklý (Ayers & Visser, 2011).

Jedním z nabízejících se faktorů při vzniku mentální anorexie je hmotnost jedince a **rozložení tělesného tuku**. Radke-Sharpe et. Al (1990 in Krch et al., 1999) se zaměřovala na spokojenost s vlastním tělem a patologií ohledně jídla v závislosti na míře v pase a přes boky. Byla zde zjištěna významná korelace mezi těmito dvěma jevy. Steiner, Sanders a Ryst (1995 in Krch et al., 1999) provedli podobný výzkum a došli ke stejnému závěru. Probandky, které měly největší tukovou vrstvu uloženou na bocích, stehnech nebo hýždích se ukázaly jako ty, u kterých bylo riziko vzniku mentální anorexie nebo jiných poruch příjmu potravy o dost vyšší (Krch et al., 1999).

Nejčastějším obdobím výskytu anorexie je puberta (Kasper & Burghard, 2011). Toto životní období pak může kvůli tělesným i hormonálním změnám napomoci vzniku mentální anorexie. Roli mohou hrát například **negativní emoce**, které se v pubertě objevují častěji kvůli probíhajícím **hormonálním změnám** (Krch, 2004).

Negativní pohled na vlastní tělo, který hraje v rámci mentální anorexie nedílnou roli, však může vznikat o mnoho dříve. Již v šesti letech se u některých dívek začínají objevovat starosti ohledně tělesné hmotnosti a 40-60 % dívek na nižším stupni základní školy má obavu, že by mohly být „příliš tlusté“. V pubertě se následně až u poloviny dívek objevují nezdravé praktiky pro kontrolu váhy, jako je vynechávání jídel, zvracení, používání laxativ či kouření cigaret (National Eating Disorders Asociation, 2018).

Rizikový faktor, který zřejmě může zapříčinit vznik mentální anorexie je nějaká **životní událost**. Většina pacientů si podle americké psychiatričky Hilde Bruch

(in Krch et al., 1999) dokáže vybavit moment, který odstartoval jejich snahu hubnout a stál na úplném počátku jejich diagnózy mentální anorexie. Typicky to mohou být nárážky na váhu nebo tloušťku, ale řadí se sem například i významné životní změny, nemoci, osobní nezdary, konflikty, problémy v rodinné sféře a další. Zdá se však, že se nejedná o jedinou událost, která by zapříčinila vznik mentální anorexie, ale o více událostí, které se opakují a mohou člověka traumatizovat (Papežová, 2010). Studie (Tozzi et al., 2003), zaměřená na 69 probandek uvádí, že více jak jedna třetina z účastnic sdělila jako jeden z faktorů, který u nich přispěl k rozvoji mentální anorexie, svůj původ v dysfunkční rodině.

Mentální anorexie se často vyskytuje v určitých profesních kruzích jako je modeling nebo balet (Ayers & Visser, 2011). **Pracovní prostředí** lze částečně považovat za rizikové, avšak je potřeba si uvědomit, že prozkoumaná jsou jen v omezené míře a možné je tedy také vysvětlení, že tato povolání si mohou vybírat lidé, kteří již před začátkem kariéry byli zaměřeni na své tělo (Papežová, 2010).

Významnou roli při vzniku mentální anorexie může hrát zjevně i **genetika** a výskyt mentální anorexie v rodině. Předpokládá se, že genetika hraje velkou roli v náchylnosti k mentální anorexii a **dědičnost** se pohybuje okolo 70 % (Gorwood et al., 2003). Některé zdroje však uvádí, že genetický podíl může tvořit dokonce až 88% rizika pro rozvinutí mentální anorexie (Höschl et al., 2004). Studie rodin, ve kterých se vyskytla mentální anorexie ukazují, že přímý příbuzný, jakým je například rodič nebo sourozenec s historií mentální anorexie prudce zvyšuje riziko jedince pro rozvinutí této poruchy příjmu potravy i u něj (National Eating Disorders Association, 2017). Pokud se jedná o dvojčata, vyšší výskyt u obou sourozenců byl v případě monozygotních než dvojzygotních dvojčat (Höschl et al., 2004).

U pacientů, stejně jako u jejich rodin, se často vyskytují **depresivní příznaky**. Spolu s nimi se vyskytují také příznaky úzkosti. Zatímco depresivní projevy se vážou především s počátkem a průběhem poruchy, úzkosti často přetrvávají ještě dlouho po skončení mentální anorexie. Obojí je přímo spojováno s obavami o tělesný vzhled či váhu. Hsu (1990 in Krch et al., 1999) tvrdí, že až 20 % pacientek trpících mentální anorexií naplňuje kritéria diagnózy velké depresivní poruchy. Rothenberg (1986 in Krch et al., 1999) zjistil, že spolu s depresivními příznaky se často vyskytují také **obsedantní příznaky**. Věřil, že deprese se silně projevuje ve chvíli, kdy selžou obsedantní rituály. Předčasný porod může být také jedním z faktorů zvyšujících riziko vzniku mentální anorexie, a to až třikrát (Cnattingius et al., 1999).

Nabízí se také možnost, že ve vzniku mentální anorexie hraje role **osobnost pacientů**. Častým rysem u osob postižených anorexií je oproti běžné populaci vyšší skóre **neuroticismu, introverze a úzkosti**, které bývá měřeno pomocí Eysenckova nebo Catellova dotazníku. Ještě častěji se však ve spojitosti s mentální anorexií vyskytuje obsedantně-kompulzivní porucha. Komorbidita obou poruch se pohybuje mezi 27-81 %, při čemž časté rituály spojené s jídlem mají snižovat úzkost (Krch et al., 1999).

2 Léčba mentální anorexie

Tato kapitola se bude věnovat léčbě mentální anorexie a konkrétním možnostem léčby. Budou popsány možné **formy léčby** mentální anorexie. Dále budou probrány faktory, které mohou příznivě i nepříznivě ovlivňovat léčbu mentální anorexie.

Nabídka postupů léčby mentální anorexie je v dnešní době víc než široká. V posledních desetiletích přibylo mnoho psychoterapeutických přístupů používaných při léčbě této poruchy příjmu potravy. Spolu se specializovanými léčebnými postupy se upravily také hlavní psychoterapeutické přístupy, a to na základě konkrétních specifik poruch příjmu potravy (Krch et al., 2005).

2.1 Formy léčby mentální anorexie

Druhů léčby se v dnešní době již objevuje celá řada, v ohledu na závažnost případu lze zvažovat **hospitalizaci** nebo **částečnou hospitalizaci**. Dále je možné využít **ambulantní lékařské péče**. V rámci psychoterapií se nejčastěji při léčbě mentální anorexie schyluje k **rodinné terapii**, **kognitivně-behaviorální terapii** a **psychodynamické terapii**. V některých případech je možné zahrnout do léčby navíc také **farmakoterapii** (Krch et al., 2005). Při terapii u mentální anorexie se považuje za účinné přístupy kombinovat (Kocourková & Koutek, 2018).

Hlavním cílem je v každém případě návrat k **normálnímu jídelnímu režimu**, ten by měl dosáhnout šesti jídel denně. Klíčové je zároveň odstranění, v nejlepším případě všech následků podvýživy, a to jak psychických, tak fyzických (Höschl et al., 2004).

2.1.1 Hospitalizace

Hospitalizace je druh léčby, který spočívá v **přijetí pacienta na lůžko**, zůstává tedy na psychiatrii přes noc. I přes to, že se jedná o formu péče, která je jinými druhy léčby v mnohých případech nenahraditelná, z ekonomického hlediska je velmi nákladná (Höschl et al., 2004).

Příjem pacienta se řídí určitým postupem, tedy přijímající lékař provádí psychiatrické vyšetření a vytváří dokumentaci pacienta z tohoto vyšetření. Při hospitalizaci osoby postižené mentální anorexií se při začátku hospitalizace stanoví váha, na kterou by se měl pacient či pacientka dostat. Stanovuje se také týdenní cíl, kterého by měl pacient dosáhnout. Při hospitalizaci se cíl pohybuje zhruba mezi 1-1,5 kg příbytkem na tělesné hmotnosti za týden (Höschl et al., 2004). Hospitalizace je stejně jako jiné postupy léčby jen jedním z kroků k úplnému uzdravení pacienta s mentální anorexií. Důvodem, který může vést k hospitalizaci však může být nutnost pacienta stabilizovat, alespoň pak v ohledu fyzickém, i když se snaží soustředit se i na psychiku jedince (Krch et al., 2005).

Hospitalizace, jak se zdá, se některým odborníkům jeví více účinná než jiným. Stejně tak je to i napříč zeměmi, kdy v některých je hospitalizace pacientů s mentální anorexií běžnou praktikou a v jiných se nepoužívá skoro vůbec. Může tomu tak být i z důvodu, že porovnání hospitalizace a flexibilnějších léčebných programů buď nevykazuje žádné významné rozdíly v úspěšnosti nebo naopak podporuje tvrzení, že flexibilnější programy jsou prospěšnější v léčbě mentální anorexie (Fairburn, 2005).

2.1.2 Částečná hospitalizace a denní stacionáře

Denní stacionáře a částečné hospitalizace se od klasické hospitalizace liší zejména v tom, že pacienti se na noc vrací domů. Stejně jako při hospitalizaci je zde však snaha o vytvoření jídelního režimu a pacientovi se také dostává určité formy terapie. Navíc je však stále součástí svého běžného života, což může usnadnit přechod od hospitalizace k ambulantní péči (Krch et al., 2005).

Částečná hospitalizace a denní stacionář nabízí levnější formu léčby. Kaplan a Olmsted (1997 in Fittig et al., 2008) spočítali, že cena částečné hospitalizace je méně než čtvrtina ceny úplné hospitalizace. Zároveň zde existuje možnost, že nedojde k recidivě při návratu do domů z nemocničního prostředí, protože domov pacient nikdy úplně neopustí a léčba tak bude od začátku probíhat i v domácím prostředí (Herpertz-Dahlmann et al., 2014).

2.1.3 Ambulantní lékařská péče

Ambulantní péče, ať už individuální nebo skupinová, se od ostatních forem léčby liší především v tom, že se nejedná o způsob, kterým má být *anorexia nervosa* překonána, ale pacient se má pouze psychicky a somaticky stabilizovat. Využívá se proto pouze u takových osob, které již prošly mnohými formami léčby, z nichž žádná nebyla úspěšná a mají pocit, že další psychoterapie pravděpodobně nepřinese žádný úspěch (Krch et al., 2005).

Většinou v rámci ambulantní léčby dochází pacient na jedno sezení týdně, intenzita však může být jak vyšší, tak nižší. Obsahem sezení je zaměření se na zvládnání jídelních návyků a snaha o změnu postojů vůči sobě a svému tělu (Černá, 2012).

V rámci skupinové léčby pacient přichází do kontaktu s dalšími lidmi se stejným problémem. To může být přínosem pro obě strany, jelikož zde může vzniknout impulz k nové snaze zabývat se symptomy své nemoci (Krch, 2005).

2.1.4 Rodinná terapie

V tomto případě se jedná o psychotherapeutický směr, při kterém terapeut podporuje především **aktivní zapojení** všech zúčastněných. Rodinná terapie probíhá za pomoci dialogu, při čemž typické je, že členové hledají možné alternativy (Höschl et al., 2004).

V některých případech se rodinná situace podílí na vzniku, vývoji a udržování symptomů mentální anorexie. *Anorexia nervosa* však i zpětně může ztěžovat rodinné vztahy (Kocourková & Koutek, 2018). Z tohoto důvodu může být terapie přínosná nejen pro klienta samotného, ale i pro všechny členy rodiny, kteří se do terapie zapojí, přičemž aktivní spolupráce je klíčovým prvkem pro docílení kladného výsledku, jak již bylo naznačeno v předešlém odstavci. Tento typ terapie je obzvláště prospěšný pro pacienty, kteří nemocí netrpěli příliš dlouhou dobu (Grange, 1999). Důležitý je především u mladších adolescentů a dětských pacientů (Höschl et al., 2004).

Rodinná terapie je však stále spíše doplňkem k individuální terapii, a to především u žen nebo dívek, které žijí se svou rodinou a kde jsou některé rodinné konflikty v popředí (Krch et al., 2005).

2.1.5 Kognitivně-behaviorální terapie

KBT (kognitivně-behaviorální terapie) se ukazuje být dobrým způsobem terapie, který u pacientů zlepšuje dodržování pravidel léčby a minimalizuje počet pacientů, kteří se rozhodnou léčbu předčasně ukončit. I přes úspěšnost ve všech hlavních kritériích, kterými může být **zlepšení symptomů** mentální anorexie nemocného jedince nebo **zvyšování BMI**, se kognitivně-behaviorální terapie v rámci mentální anorexie nejeví více úspěšná než jiné formy terapie (Galsworthy-Francis & Allan, 2014).

Kleinfield et al. (1996) se domnívají, že je zásadní si před začátkem terapie uvědomit dva zásadní předpoklady o této poruše. Nejprve to, že *anorexia nervosa* v první řadě vzniká jako **obranný mechanismus**, který jedinci pomáhá vyrovnat se s nepříznivými zkušenostmi, které mohou souviset například se stresujícími událostmi nebo změnami, které se přirozeně objevují v rámci vývojových přechodů mezi životními obdobími. Druhým předpokladem je, že rituály, které si jedinec najde ve svých jídelních návycích a vyhýbání se jídlu, se v něm ukotví natolik, že nadále není absolutně závislé na událostech, které anorektické chování vyvolaly v první řadě. Na základě těchto předpokladů se poté využívají behaviorální metody, kterými může být například **stupňovaná expozice**, která má pomoci pacientovi postupně navýšit kalorický příjem, zatímco kognitivně-behaviorální metody jsou využity především ke snižování úzkosti z této změny v zaběhnutém režimu.

2.1.6 Psychodynamická terapie

Psychodynamická terapie vychází původně z psychoanalytické teorie, podobají se například v teorii mysli a osobnosti. Blagys a Hilsenroth (2000 in Vybíral & Roubal, 2010) přišli s tvrzením, že dynamické terapie se vyznačují **sedmi rysy**, které se oproti KBT vyskytují častěji. Jsou to:

- afekty,
- odpor,
- zachycení vztahových a pocitových vzorců,
- minulé prožitky,
- mezilidské zkušenosti,
- terapeutický vztah,
- přání, sny a fantazie.

Psychodynamická léčba se doporučuje v případech, kdy nebyl účinný jiný druh krátkodobé léčby. Můžeme ji rozdělit na dvě větve z nichž první „*předpokládá, že poruchy příjmu potravy nevyžadují podstatné modifikace ortodoxních psychodynamických intervencí, protože ani symptomy, ani poruchy nepředstavují žádný specifický základní proces.*“ (Krch et al., 2005, str. 130). Druhá větev se přiklání názoru, že „*poruchy příjmu potravy jsou zvláštní tím, že je u nich třeba podstatných modifikací tradiční dynamické terapie pro to, aby se vyšlo vstříc specifickým potřebám pacientky.*“ (Krch et al., 2005, str. 130).

Psychodynamická terapie může být finančně náročnější alternativou léčby a proto by se měla využívat především jako alternativní forma léčby u takových pacientů, kteří jsou dlouhodobě začleněni v léčbě kognitivně-behaviorální terapií a u kterých selhaly jiné, levnější typy léčby (Krch et al., 2005). Ukazuje se však, že psychodynamická terapie je jedním z druhů léčby, který se vyplatí i přes svou nákladnost (Egger et al., 2016).

2.1.7 Farmakoterapie

Farmakoterapie představuje takovou formu léčby, která se zabývá využitím farmak při léčbě. (Martínková et al., 2018). Psychofarmaka jsou pak takové látky, jejichž primární účinek je působení na CNS (centrální nervový systém) (Höschl et al., 2004).

Farmakoterapie narozdíl od jiných zmíněných forem není považována za samostatný druh léčby mentální anorexie, ale pouze doplněk k ní. Důležité je udržovat individuální přístup k pacientovi a zvážit, zda je pro konkrétního jedince medikace vůbec vhodná. Nejčastější formou medikamentů využívaných v léčbě mentální anorexie jsou antidepresiva (Češková & Palčíková, 2007). **Antidepresiva** jsou používána u pacientů, kteří stále projevují známky deprese i po nárůstu tělesné hmotnosti. Dále se používají **anxiolytika**. Ta lze využít u některých pacientů, kteří před jídlem trpí silnou anticipační úzkostí. V neposlední řadě je pak možné využít **neuroleptika**, při pomoci s přílišnou agitovaností a anxiétou nebo psychotickou symptomatologií (Höschl et al., 2004).

Hosák et al. (2007) zkoumali na psychiatrické klinice v Hradci Králové mezi lety 1999 až 2005 negativní aspekty farmakoterapie a došli k následujícím závěrům. Benzodiazepinová anxiolytika, by se měla omezit, i přes jejich schopnost snížit úzkost a psychické napětí pacienta, a to především proto, že při užívání v delším časovém horizontu přestávají být přínosné, a navíc na nich vzniká závislost. Stejně tak by se měly omezit kombinace více medikamentů, protože mohou vznikat různé nežádoucí účinky.

2.2 Faktory ovlivňující léčbu mentální anorexie

Aby byla léčba mentální anorexie úspěšná, je dobré si uvědomit co může léčbu ovlivnit a jaké faktory zde mohou působit. Obecně je můžeme rozdělit na **klinické proměnné, psychosociální proměnné a proměnné související s léčbou** (Yackobovitch-Gavan et al., 2009).

Za jeden z hlavních faktorů, který má vliv na trvání léčby lze pokládat nižší BMI, což ukazuje výzkum, který se zabýval faktory ovlivňujícími délku hospitalizace. V rámci stejného výzkumu se jako podstatný faktor projevil také podtyp mentální anorexie.

Konkrétně se ukázalo, že pokud pacient trpí purgativním podtypem mentální anorexie, průměrná délka hospitalizace se prodlužuje (Kästner et al., 2018). BMI i podtyp mentální anorexie můžeme zařadit mezi klinické proměnné (Yackobovitch-Gavan et al., 2009).

Nozoe et al. (1995) provedli výzkum, který taktéž zkoumal faktory ovlivňující délku hospitalizace pacientů trpících mentální anorexií a přispěl stejnými výsledky. Navíc zjistili, že délku hospitalizace ovlivňuje i špatná sociální adaptace či úzkostlivost. Tyto faktory spadají mezi psychosociální proměnné (Yackobovitch-Gavan et al., 2009). Dále bylo zjištěno, že délku hospitalizace ovlivňuje také větší délka trvání nemoci nebo vyšší počet předchozích hospitalizací (Nozoe et al., 1995). Oba tyto faktory lze zařadit do poslední skupiny proměnných, které přímo souvisí s léčbou mentální anorexie (Yackobovitch-Gavan et al., 2009).

Dawson et al. (2014) vybrali výzkumný vzorek osmi probandek, které v minulosti trpěly chronickou mentální anorexií, která v průměru trvala 15,5 let. Probandky byly průměrně 13 let zcela vyléčené. Tento vzorek popsal léčbu mentální anorexie jako multidimenzionální proces. Ten má podle výzkumníků několik fází, na kterých je proces léčby mentální anorexie závislý. Jsou jimi:

- 1) neschopnost nebo nepřipravenost změnit svůj přístup a chování,
- 2) bod zlomu mezi mentální anorexií a její léčbou,
- 3) aktivní přístup a zapojení k léčbě,
- 4) reflexe a rehabilitace.

Dawson et al. (2014) dále popisuje tyto **typické fáze**:

- První fáze byla dle participantek charakteristická vnějším *locus of control*, internalizací mentální anorexie či vnímáním léčby jako neúčinné. Ženy ve výzkumu navíc uváděly, že v této fázi cítily, že jim ostatní nerozumí a ony samy jen velmi málo, pokud vůbec, rozuměly příčině nebo fungování své mentální anorexie. Tato fáze trvala u většiny probandek 4-5 let.
- Ve druhé fázi již probandky několik let s nemocí žily. Při spojení několika faktorů však došlo ke zvratu a vyhledání nějakého způsobu léčby. U některých žen to byla série momentů, pro některé to byl jeden zlomový moment, který narušil zaběhlou dráhu mentální anorexie. *Locus of control* se v této fázi internalizuje. Dále navíc docházelo k externalizaci mentální anorexie a

probandky začaly mít pocit, že se jim od ostatních dostává porozumění. Stejně tak si dotázané začaly uvědomovat možné příčiny mentální anorexie.

- V předchozí fázi sice nastal zlomový bod, symptomy však nebyly vyléčeny. Důležitá tedy byla především změna či zlepšení motivace. V tomto období si ženy zahrnuté ve výzkumu začaly stanovovat cíle a kognitivní či behaviorální výzvy. Objevovalo se zde jak vyhledání léčby, tak léčba svépomocí. Tento proces, dle pocitů probandek, však určitě nebyl snadný a vliv měly i „dobré“ a „špatné“ dny. Objevená motivace mentální anorexii překonat však byla klíčovou. Podstatné bylo pro probandky také uvědomění, že život mimo nemoc je důležitější než nemoc sama. Tato fáze, stejně jako ostatní, trvala individuálně dlouho, rozpětí se pohybovalo mezi 2 až 10 lety.
- Poslední fáze je dle výzkumníků charakteristická udržováním toho, čeho probandky dosáhly ve třetí fázi. Navíc se zde však rozvíjelo sebeobjevování a sebepřijetí. Jako důležité uváděly ženy z výzkumu, že si v této fázi uvědomily, že jsou bytosti, které si zaslouží být respektovány.

Tozzi et al. (2003) provedli výzkum na vzorku 69 probandek. Tři z nejčastěji uváděných faktorů, které měly pozitivní vliv na proces léčby byly podporující partner nebo vztah, fakt, že žena dospěla a v neposlední řadě poradenství a terapie.

3 Sociální sítě

Tato kapitola se bude věnovat sociálním sítím. V první řadě se zaměří na historii sociálních sítí a jejich historický vývoj. Dále pak na druhy sociálních sítí a v neposlední řadě také na dostupnost sociálních sítí.

Cambridgeský slovník definuje sociální sítě jako takové webové stránky a počítačové programy, které lidem umožňují komunikovat a sdílet informace na internetu za použití počítače nebo mobilního telefonu (Cambridge Dictionary, n.d.). Definice se však dále různí, především proto, že ani všechny sociální sítě nelze sloučit (Hjorth & Hinton, 2019).

3.1 Historie sociálních sítí

Přesný moment vzniku sociálních sítí v historii lze považovat za diskutabilní. Za první sociální síť, která se objevila na počítačích však lze považovat **email**, který vznikl již v 60. letech 20. století. Původně sloužil k výměně zpráv mezi dvěma počítači, přičemž oba počítače musely být připojené k internetu. Široké veřejnosti se však stal internet dostupným až v roce 1991. Další v chronologickém pořadí vzniklou sociální sítí poté bylo v 70. letech 20. století **MUD** (Multi-User Dimension). Jednalo se o interaktivní on-line hru, která se odehrávala ve virtuálním světě, v reálném čase. Navíc zde existoval i on-line chat. Hra byla primárně textová, což znamená, že účastníci psali na klávesnici jednoduché pokyny pro postavu ve hře (Edosomwan, 2011).

V roce 1979 dále vznikl na Dukeově univerzitě takzvaný **Usenet**, který byl světovým internetovým diskusním systémem. Lze říct, že byl dalším krokem po vzniku emailu, jelikož smyslem bylo sdílet emaily rozdělené do kategorií. Uživatelé Usenetu mohli přidávat zprávy a ukládat je do jedné či více kategorií. Vznikla zde možnost číst zprávy zveřejněné na lokálním serveru zajištěném poskytovatelem internetu, zaměstnavatelem, či univerzitou. Problém byl, že tyto seznamy musely být manuálně upravovány a pokud chtěl být někdo přidán či odstraněn, musel tak učinit administrátor,

což bylo zdlouhavé a namáhavé především s rozrůstající se sítí seznamů a kategorií (Sajithra & Patil, 2013).

V roce 1984 tak přišel **LISTSER**. Program, který se pokusil tuto práci automatizovat, což se také povedlo. Jednalo se tak o první počítačovou aplikaci, která umožňovala poslat jeden email, který se však dostal k celé skupině lidí (Sajithra & Patil, 2013).

Přelom od emailů, kategorií emailů a emailových seznamů přišel až ve chvíli, kdy vzniklo v roce 1988 **IRC**. Průlomové zde bylo, že IRC umožňovalo on-line chatování a lidé se tak mohli využívat komunikace jeden na jednoho. Zároveň zde existovala diskusní fóra, kde mohlo chatovat několik uživatelů naráz. Největší zlom přinesla polovina 90. let 20. století, kdy se začali objevovat poskytovatelé internetu, kteří ho dodávali do domácností (Sajithra & Patil, 2013).

Připojení většího množství lidí k internetu přineslo nové koncepty a nové sociální sítě. Nově se začaly objevovat blogy a stránky, které například umožňovaly hodnocení produktů on-line. Dále se objevovaly webové aplikace, které umožňovaly lidem sdílet soubory například v podobě hudby, což překračovalo klasické metody distribuce a takové stránky byly později zakázány z důvodu porušování autorských práv. Kolem roku 2000 se však začaly objevovat sociální sítě tak, jak je známe dnes. Tedy takové jako jsou Facebook, Twitter nebo YouTube (Edosomwan, 2011).

3.2 Vybrané sociální sítě

V této podkapitole budou pro zjednodušení zmíněny pouze sociální sítě, které jsou v dnešní době aktivně používané širokou veřejností a jsou relevantní pro tuto bakalářskou diplomovou práci vzhledem k tématu. Konkrétně budou stručně přiblíženy sociální sítě Facebook, Instagram, Twitter, YouTube, Tumblr a jako speciální případ týkající se mentální anorexie budou přiblíženy také Pro-ana blogy.

Sociální sítě lze jednoduše rozdělit na **několik druhů** podle způsobu použití. Můžeme mít sociální sítě ke sdílení informací, k vedení konverzací, ke spolupráci, pro spravování znalostí nebo k socializaci (Schlagwein & Hu, 2017).

3.2.1 Facebook

Facebook je sociální síť vzniklá v roce 2003 (Pokorná, 2017). Uživatelé si zde vytváří profil, který poté tvoří dvě hlavní části, kterými je domovní stránka a stránka profilu. Každý profil má svou vlastní „zeď“. Na zeď mohou uživatelé přidávat statusy, které mohou být tvořeny čímkoliv, například textem či fotografií. Jiní uživatelé mohou takové statusy okomentovat nebo přidat označení „To se mi líbí“. Na Facebooku je možné vyhledat jiné osoby a poslat jim žádost o přátelství. V případě přijetí žádost se na této platformě stanou přáteli a Facebook pak těmto uživatelům vzájemně povolí, aby vzájemně viděli, co přidávají na své profily (Caers et al., 2013).

Facebook je jednou z nejznámějších a nejvíce používaných sociálních sítí. Nejrozšířenější je ve velké části světa, včetně České republiky. V ČR má účet na Facebooku zhruba 4,4 milionu osob, což je přes polovinu populace, která používá internet. Pokud se však zaměříme na věkovou kategorii mladých lidí do 24 let, uživatelů Facebooku v této kategorii bylo v roce 2014 dokonce 96 %, což je valná většina (Pokorná, 2017).

3.2.2 Instagram

Instagram je sociální síť založená v roce 2010, jejíž hlavní podstatou je sdílení fotografií a videí. Původně Instagram vznikl pouze jako mobilní aplikace. Součástí Instagramu jsou filtry fotografií. Příspěvky je zde možné hledat pod *hashtagy* a pod označením místa (Instagram, n.d.). Hashtag je slovo nebo slovní spojení, před kterým stojí znak # a vytváří označení, které tvoří kategorii doprovodného textu za hashtagem (Merriam-Webster, n.d.).

Příspěvky mohou být sdílené veřejně, nebo si uživatelé mohou nastavit účet jako soukromý a příspěvky sdílet jen s uživateli, kterým povolí sledování svého účtu. V případě že je účet veřejný je možné jej sledovat bez potvrzení vlastníka profilu (Instagram, n.d.).

3.2.3 Twitter

Twitter je mikrobloginová sociální síť vzniklá v roce 2006, která uživatelům umožňuje přidávat a interagovat pomocí příspěvků, které jsou zde nazývané *tweety* (Twitter, n.d.). Mikrobloginování pak souhrnně označuje aktivitu, při které jsou na internetu pravidelně sdíleny krátké zprávy, fotografie či videa, buď s určitou skupinou lidí nebo s kýmkoliv. Podstatou mikrobloginování je informovat ostatní uživatele mikrobloginovacích platform o svých pocitech, myšlenkách či aktivitách (Oxford Learner's Dictionaries, n.d.).

V základním nastavení, jsou tweety viditelné všem uživatelům, je však možné nastavení změnit a tweety sdílet pouze se svými sledujícími. V současnosti jsou tweety limitované rozsahem 280 znaků. Registrovaní uživatelé mají možnost přidávat, *retweetovat*, tedy předsdílet tweety jiných uživatelů a označovat tweety, které se jim líbí. Stejně jako na Instagramu zde existují hashtagy a funkci má také znak @, kterým uživatelé mohou označit jiné uživatele Twitteru nebo jim odpovědět (Twitter, n.d.).

3.2.4 YouTube

YouTube je sociální síť vytvořená v roce 2005 (Arthurs et al., 2018). Koncept je založen na sdílení videí přímo tvůrci, přičemž uživatelé jsou vzájemně propojeni na základě **odebírání kanálů**, na které jednotliví tvůrci nahrávají svůj obsah (Wattenhofer et al., 2012). YouTube bylo zároveň jednou z prvních platform, která představila možnost živého vysílání, a to v roce 2011 (Arthurs et al., 2018).

3.2.5 Tumblr

Tumblr je druhá největší mikrobloggingová sociální síť hned po Twitteru. Uživatelům umožňuje přidávat příspěvky, které jsou rozděleny do osmi kategorií dle obsahu, jsou jimi:

- fotografie,
- text,
- citát,
- zvuk,
- video,
- konverzace,
- odkaz,
- odpověď.

Nejčastější typ příspěvků na Tumblr jsou fotografie. Od ostatních sociálních sítí se ale liší například v příspěvcích citátů a konverzací. V případě odpovědi se jedná o možnost, která se objeví pouze pokud se člověk, který přidal příspěvek snaží interagovat, například pokud položí otázku. Možnost odpovědi se automaticky zruší po sedmi dnech od přidání příspěvku. Člověk zde může sledovat uživatele, aniž by jej nutně museli recipročně sledovat zpět, stejně jako je tomu například u Twitteru či Instagramu (Chang et al., 2014).

3.2.6 Pro-ana blogy

Za speciální případ sociálních sítí lze považovat takzvané pro-ana blogy, což jsou blogy kam jedinci trpící mentální anorexií přidávají obsah, který je mířen pro publikum dalších osob, které trpí stejnou poruchou příjmu potravy, ale stejně jako autor či autorka blogu se neléčí ani léčbu nehledají a vznikají tak jakési **pro-ana komunity**. Obsahem je nejčastěji textový obsah, který se sestává z takzvané *thinspiration* tedy v doslovném překladu „hubené inspirace“. Mimo textový obsah vytvořený autorem blogu se však mohou objevovat fotografie, videa, umění nebo poezie. V neposlední řadě jsou často s publikem sdíleny tipy a triky ohledně hubnutí, cvičení či diet (Tong et al., 2013).

Yeshua-Katz & Martins (2013) provedli studii, ve které kontaktovali přímo autory pro-ana blogů a v rámci výsledků zjistili, že největší motivací pro většinu blogerů byla především **sociální opora**. Participanti uváděli, že blog začali psát v první řadě, protože se nechtěli cítit sami a chtěli najít lidi sobě podobné s podobným zájmem. Dalším častým důvodem pro vytváření pro-ana blogů bylo **sebe vyjádření**. Účastníci výzkumu uváděli, že hledali místo, kde by mohli vyjádřit sami sebe a své pocity, aniž by se cítili odsuzováni

druhými. V neposlední řadě byl uváděným důvodem také **boj se stigmatem** ve společnosti. Jedinci, kteří uváděli tento důvod tvrdili, že blog pro ně vznikl jako způsob, kterým chtěli bojovat proti odmítání mentální anorexie společností.

3.3 Dostupnost a používání sociálních sítí

Dostupnost sociálních sítí může být silně zkresleným tématem, a to především z důvodu, že existuje velký rozdíl mezi světovými oblastmi a množstvím uživatelů v těchto oblastech. Internet aktivně používá 35 % světové populace a základnu uživatelů sociálních sítí tvoří pouhých 26 % ze světové populace. Důležité je zmínit že většina uživatelů sociálních sítí je situovaná v zemích s největším rozšířením internetu tedy v severní Americe a západní Evropě (Pospíšilová, 2017).

Podrobný výzkum sociálních sítí v USA mezi lety 2005-2015 (in Perrin, 2015) ukazuje, že internet nepoužívá 15 % Američanů. Ze zbývajících 85 % uživatelů internetu v USA celých 65 % používá sociální sítě. Přičemž uživatelé byli rozděleni do skupin dle věku, pohlaví, rasy a etnicity, socio-ekonomického statusu a místa bydliště. Na základě tohoto rozdělení se na populaci USA ukázalo, že mladí dospělí ve věkovém rozpětí 18-29 let používají sociální sítě nejvíce ze všech věkových kategorií. Podle výsledků 90 % lidí v této kategorii používá sociální sítě. Mezi dospělými v rozmezí 30-49 let používalo sociální sítě 77 % a v nejvyšší kategorii 65 a více let používalo v roce 2015 35 % osob sociální sítě. Narozdíl od věkových kategorií nebyl nalezen příliš významný rozdíl v používání sociálních sítí mezi muži a ženami. Přesněji 68 % žen a 62 % mužů používalo dle stejného výzkumu v daném roce sociální sítě. Jinak tomu nebylo ani v rámci rasy a etnicity, kde opět nebyl zaznamenán výraznější rozdíl a sociální sítě používalo: 65 % bělochů, 65 % Hispánců a 56 % Afroameričanů. A zatímco u pohlaví a rasy či etnicity nebyl zaznamenán signifikantní rozdíl, v rámci socio-ekonomického postavení je z výsledků stále vidno, že lidé z vyšších sociálních vrstev s vyššími příjmy a vyšším vzděláním používají sociální sítě v USA více než ostatní. V neposlední řadě bylo zkoumáno i užívání sociálních sítí ve více i méně obydlených oblastech, přičemž ani zde se neobjevil větší rozdíl v používání sociálních sítí: 58 % obyvatel na venkově a 64 % v hustě obydlených oblastech bylo uživateli sociálních sítí.

3.4 Vliv sociálních sítí na průběh mentální anorexie

Tato bakalářská diplomová práce se v praktické části bude zaměřovat na vliv sociálních sítí v kontextu mentální anorexie, proto jsou zde zmíněny výzkumy, které se tímto aktuálním tématem zabývaly. Bohužel se v rámci rešerše nepodařilo dohledat mimo současné studie odbornou literaturu, která by obsahovala informace k tomuto konkrétnímu tématu.

Branley & Covey (2017) provedli analýzu obsahu na sociálních sítích Twitter a Tumblr. Předmětem výzkumu byly příspěvky rozdělené do kategorií: pro-ana (podporující mentální anorexii), anti-ana (odsuzující mentální anorexii) a pro-léčbu (podporující léčbu např. skrze sdílení vlastního příběhu). Obsah spadající do kategorie zaměřující se na léčbu mentální anorexie byl často sdílen uživateli, kteří se sami zotavovali z této poruchy příjmu potravy. Důvodem bylo i to, že sami potřebovali potvrzení od uživatelů sociálních sítí, že směr léčby je správný. Další část obsahu tvořila podpora a ujištění, že léčba je možná. Jiní uživatelé v této kategorii sdíleli tipy, jak překonat nezdravé jídelní zvyky a nastavit a udržet si zdravý životní styl. Někteří uživatelé v této kategorii podpořili léčbu mentální anorexie jednoduchým způsobem formou empatie, porozumění a podpory. Příspěvky podporující léčbu se podle analýzy častěji objevovaly na sociální síti Tumblr.

Au & Cosh (2022) ve svém výzkumu instagramových komunit zaměřujících se na léčbu a zotavování se z mentální anorexie poukazují na fakt, že mnoho uživatelů v těchto komunitách vyhledává především **uznání, podporu a alternativu oproti odborné léčbě**. Dalším z jejich důležitých objevů byl fakt, že vyhledávání podpory v instagramových komunitách může být způsobeno nedostupností odborné péče.

VÝZKUMNÁ ČÁST

4 Výzkumný problém, cíl výzkumu a výzkumné otázky

Sociální sítě jsou jedním z fenoménů dnešní doby. Často se mluví o jejich vlivu na život, jakým způsobem ovlivňují jednotlivce i celé sociální skupiny. Sociální sítě jsou v mnohých případech popisovány jako negativum dnešní doby, které má záporné dopady v životě uživatelů. Jindy jsou sociální sítě popisovány jako vynález, který usnadnil komunikaci. Jak již bylo rozvedeno v teoretické části.

Výzkumný problém se týká mentální anorexie a sociálních sítí u mladých žen. Konkrétněji vlivu, který sociální sítě mohou nebo nemusí mít na průběh mentální anorexie. **Cílem výzkumné části** této bakalářské práce bylo zjistit, zda sociální sítě ovlivňují průběh mentální anorexie a zda se jedná o vliv negativní, pozitivní nebo v různých částech nemoci rozdílný. V rámci rozhovorů byl důraz kladen především na počáteční fázi mentální anorexie a dále dobu ve které se daná participantka rozhodla pro nějaký způsob léčby této poruchy příjmu potravy.

Vzhledem k cíli výzkumu byly zvoleny následující **výzkumné otázky**, z nichž první je hlavní a následné dvě dílčí ji dále rozvíjejí.

Hlavní výzkumná otázka:

- HVO: Ovlivňují sociální sítě obecně průběh mentální anorexie u participantek?

Dílčí výzkumné otázky:

- VO1: Jak ovlivňují sociální sítě počáteční fázi mentální anorexie u participantek?
- VO2: Jak ovlivňují sociální sítě fázi léčby mentální anorexie u participantek?

5 Typ výzkumu a použité metody

Mentální anorexie je komplexní poruchou, která postihuje mnohé, ne-li všechny aspekty v životě člověka. Navíc, jak se ukázalo i rámci rozhovorů v této práci, jedná se o poruchu příjmu potravy, která má vysoce individuální průběh. Z důvodu této komplexnosti a rozdílnosti v jednotlivých případech byl zvolen **kvalitativní přístup**.

Výzkum byl konkrétně realizován za použití **polostrukturovaného rozhovoru**. Tato metoda byla zvolena především pro schopnost zachytit, jak participantky reflektují svou vlastní zkušenost s mentální anorexií. Tento typ výzkumu je navíc velmi flexibilní vůči novým informacím, které v průběhu získáváme. Ku příkladu můžeme upravovat témata polostrukturovaného rozhovoru (Novotná et. al., 2019). Participant je v rámci polostrukturovaného rozhovoru považován za experta, jelikož se jedná o jeho zkušenost s fenoménem. Ten my jako výzkumníci v rozhovoru zkoumáme. Polostrukturovaný rozhovor umožňuje dotazovanému odbočovat tam, kam to považuje za významné. My tímto způsobem můžeme získat o fenoménu informace, které jsme neobsáhly v našich otázkách (Řiháček et al., 2013).

V této bakalářské práci bylo postupováno v souladu s výše uvedeným, tedy nejdříve byly sestaveny otázky. Ty byly konkrétně rozděleny do čtyř částí a jejich celé znění je obsažené v příloze 1. Nejprve byly zjišťovány základní údaje participantek. Druhá část se zaměřovala na počátek a průběh mentální anorexie, včetně času tráveného na sociálních sítích a vyhledávaného i sdíleného obsahu. Třetí část otázek se zaměřila na proces léčby a uzdravování se z mentální anorexie. I zde byl kladen důraz na sociální sítě. V poslední části bylo zjišťováno, jaký je nynější stav participantek a jaký mají nyní vztah k sociálním sítím. Zároveň byla položena otázka na jejich rady pro ostatní osoby, které trpí mentální anorexií. Konečná otázka dala dotázaným otevřený prostor pro poslední myšlenky k tématu.

6 Výzkumný soubor a sběr dat

Ve výzkumném souboru bylo žádoucí obsáhnout takové osoby, pro které je typický jak výskyt mentální anorexie, tak užívání sociálních sítí.

6.1 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor byl stanoven na „mladé ženy“, jak již vyplývá z názvu práce. Jejich věkové vymezení bylo omezeno na rozpětí 18-25 let. Dolní hranice byla stanovena proto, aby byly všechny participantky plnoleté. Především aby šlo čistě o jejich rozhodnutí, zda se výzkumu chtějí zúčastnit a toto rozhodnutí nemuselo být schváleno zákonným zástupcem. Horní hranice byla stanovena na 25 let především z toho důvodu, aby se jednalo o osoby, jejichž věková skupina již byla výrazněji vystavena vlivu sociálních sítí. Nejstarším participantkám v souboru bylo nakonec 23 let.

Další kritérium pro možnost účasti na praktické části této bakalářské práce byla diagnostikovaná mentální anorexie. Alternativou k oficiální diagnóze bylo BMI v době nemoci nižší než 17,5. Umožnit účast na výzkumu i ženám, které nikdy nebyly odborně diagnostikovány byla považována za přínosné z důvodu větší rozmanitosti výzkumného souboru. Bylo předpokládáno, že nediodagnostikované participantky, které však na základě nízkého BMI a četných příznaků trpěly mentální anorexií, mohou obohatit výsledky o zajímavé informace a osobní zkušenosti.

Potenciální participantky byly zároveň dotázány, zda jsou a v době nemoci byly uživatelkami sociálních sítí. Pokud všechny tyto předpoklady daná žena splnila, byla s ní navázána spolupráce.

Co se týče národnosti, nebylo nijak vymezeno ani specifikováno, jakou národnost musí participantky splňovat. Nebylo však žádoucí, aby účastnice pocházely z příliš rozmanitého kulturního prostředí a nedošlo tak tímto způsobem k ovlivnění výsledků. V konečném vzorku se zúčastnilo osm Češek a jedna Slovenka.

Pro větší přehlednost je zde výčet všech kritérií pro přijetí do výzkumu. Danými kritérii jsou:

- ženské pohlaví,
- věk 18-25 let,
- diagnostikovaná mentální anorexie/BMI v době nemoci nižší než 17,5,
- užívání sociálních sítí v průběhu mentální anorexie, v průběhu léčby i nyní.

Výzkumný soubor mělo dle plánu tvořit deset participantek. V konečném počtu jich soubor ale obsahuje jen devět, a to z důvodu úmrtí otce jedné z nich. Tato participantka původně rozhovor jen odkládala, nakonec se ale rozhodla, že se výzkumu z relevantních důvodů vůbec nezúčastní.

Pro vytvoření výzkumného vzorku bylo použito **nepravděpodobnostního výběru**, konkrétně se jednalo o **záměrný (účelový) výběr**. Ten doporučuje i Novotná et al. (2019), u výzkumů, kdy je pro výzkum potřeba participantů, kteří splňují konkrétní kritéria. Účastnice výzkumu byly oslovovány na základě osobní známosti nebo na základě doporučení skrz sociální sítě. Tímto způsobem však nebyl naplněn celý vzorek, což byl důvod pro sdílení plakátu (viz. Příloha 2) v několika Facebookových skupinách. Plakát byl doplněn o doprovodný popis, který upřesnil a rozvedl informace o výzkumu. Lze tak říct, že dvě z participantek byly získané jiným nepravděpodobnostním výběrem a to **samovýběrem**. Participantkám nebyla za účast ve výzkumu slíbena žádná odměna, a tak se všechny ženy zúčastnily zcela dobrovolně.

Následující tabulka představuje konkrétní participantky a jejich základní demografické údaje, zjištěné v rámci první části rozhovoru. Participantkám byla náhodně přidělena ženská jména, což je dále více vysvětleno v podkapitole 7.3. „Etika výzkumu“.

V tabulce jsou používány následující zkratky, ke kterým jsou zde přiloženy vysvětlivky:

- PPP = poruchy příjmu potravy,
- MA = mentální anorexie,
- MB = mentální bulimie,
- hosp. = hospitalizace.

Jméno	Věk	Věk na počátku MA	Doba trvání MA	Počet hospitalizací	Trvá PPP?	Nejvyšší dosažené vzdělání	Zaměstnání	Počet sourozenců a rodinné zázemí	Partnerské vztahy (počátek, průběh, nyní)
Sára	22	16	6 měsíců MA, 6 měsíců střídavě MA a MB 5 let MB	1	MA ne MB ano	střední s maturitou	studentka, asistentka marketingu	rodiče rozvedeni (od 5 let), oba rodiče v jiném vztahu, 4 nevlastní mladší sestry, 1 nevlastní mladší bratr	počátek: schůzky s bývalým přítelem, průběh: 2 roky vztah, nyní: 6 měsíců vztah
Ema	21	19	2 roky	0	ne	střední s maturitou	studentka	rodiče jsou spolu, 1 starší sestra, 1 mladší sestra	od počátku až do nynější stejný partner, s pauzou v průběhu MA
Jana	21	17	4 roky	0	ne	střední s maturitou	studentka	rodiče jsou spolu, 1 mladší bratr	počátek: nic, průběh: nic, nyní: 6 měsíců vztah
Natálie	19	15 (MA už mezi 6- 10 lety)	1,5 roku MA, 2 roky MB	0 (1 hosp. v dětství)	MA ano (především psychicky) MB ne	střední s maturitou	studentka, pedagožka	rodiče spolu, 1 starší sestra, 1 mladší bratr	na počátku a průběhu: 2 roky vztah, nyní: nic
Veronika	22	13	4 roky MA, 2-3 roky MB	1	ne	střední s maturitou	studentka	rodiče rozvedeni (od 17 let) s otcem se nestýká, 1 starší sestra, 1 mladší sestra	počátek: nic, průběh: 1,5 roku vztah, následně 6 měsíců vztah, poté od 17 let vztah trvající do nynější
Kateřina	23	14	2 roky	0	ne	VŠ (Bc.)	studentka, instruktorka lekcí cvičení	rodiče spolu, 1 mladší sestra	počátek: nic, průběh: nic, nyní: 2,5 roku vztah
Linda	19	12	3 roky	0 (ale hosp. byla doporučena)	ne	základní	studentka	rodiče spolu, 1 mladší sestra	Počátek: nic, v průběhu: 3 roky vztah, nyní: 6 měsíců vztah
Pavlna	20	17	3 roky MA, předtím 5 let ortorexie	0 (ale hosp. byla doporučena)	MA ano	střední s maturitou	student, pokladní	rodiče spolu, 1 starší sestra, 1 mladší sestra	počátek: nic, průběh: vztah přetrvávající do nynější (délka nebyla uvedena)
Tereza	23	14	6-7 let	4	ne	VŠ (Bc.)	studentka, trenérka lyžování a plavání	rodiče rozvedeni (od 17 let), 2 mladší bratři, 1 nevlastní mladší bratr	Počátek: nic, průběh: krátkodobé neváže vztahy, nyní: zasnoubená

Tabulka 1: Základní demografické údaje o účastnicích

6.2 Sběr dat

Sběr dat, tedy konání rozhovorů, probíhalo během období tří měsíců na podzim 2022. Všem participantkám byla nabídnuta možnost vést rozhovor buď osobně nebo on-line skrz platformy Microsoft Teams nebo Google Meet, dle preference dané respondentky. Obě tyto platformy umožňují video hovor, skrz který všechny on-line rozhovory probíhaly. Žádoucí bylo, aby rozhovory probíhající *face to face* byly uskutečněny v prostředí s dostatečným soukromím, například v domácím prostředí respondentek bez přítomnosti jiných členů domácnosti. Toto bylo důležité kvůli intimnosti a citlivosti tématu anorexie.

V následující tabulce jsou uvedena data týkající se rozhovorů s jednotlivými respondentkami. Konkrétně se jedná o informace ohledně délky rozhovoru (zaokrouhleno na minuty) a formy uskutečnění. Délka rozhovoru se pohybovala od 32 minut po 1 hodinu a 5 minut.

Respondentka	Délka rozhovoru	Způsob uskutečnění
Sára	1 h 2 min	online
Ema	55 min	online
Jana	52 min	online
Natálie	46 min	online
Veronika	41 min	online
Kateřina	38 min	prezenčně
Linda	36 min	online
Pavčina	32 min	online
Tereza	1 h 5 min	online

Tabulka 2: Délka rozhovorů a způsob uskutečnění

7 Práce s daty

V této kapitole je nejdříve stručně popsána interpretativní fenomenologická analýza a její teoretický postup. Následně je rozveden konkrétní postup, kterým data prošla, jakou podobu následně získala a jak byla zaznamenána do této bakalářské práce. V poslední podkapitole jsou zmíněny neopominutelné etické aspekty.

7.1 Interpretativní fenomenologická analýza (IPA)

Interpretativní fenomenologická analýza je jedním ze způsobů kvalitativní analýzy textu. IPA se považuje za ten, který dává autorovi největší prostor ke kreativnímu uvažování nad daty. Stojí na třech základních pilířích: **fenomenologii**, **hermeneutice** a **idiografickém přístupu**. Fenomenologický význam má tento analytický přístup především v zaměření na individuální zkušenosti jednotlivých participantů se zkoumaným fenoménem. To je velmi úzce spojeno s interpretací. V procesu a způsobu interpretace hraje velkou roli samotný výzkumník a jeho osobní zkušenosti. V rámci IPA je však subjektivita výzkumníka vnímána jako přednost, musí však být vždy dobře reflektována. Ve výsledku by měly být dobře patrné obě roviny. Tedy přímé výpovědi participanta i způsob jakým je výzkumník interpretoval. Interpretace by měly být vždy zakotvené přímo ve výpovědích participanta, protože celá analýza vychází především ze zkušenosti participanta s fenoménem (Řiháček et al., 2013).

Významnou roli zde tvoří i tzv. **dvojitá hermeneutika**, která spočívá v respondentově snaze porozumět svému světu, který představuje osobní zkušenost s daným fenoménem a následnou výzkumníkovu snahu porozumět tomu, jakým způsobem participant dochází k danému porozumění (Shinebourne, 2011). Výzkumníkovou úlohou je poskytnout kritický náhled na to, jaký přisuzuje participant vlastní zkušenosti smysl. V průběhu analýzy jsou výpovědi informanta přetvářeny skrz pohled výzkumníka. V konečné části je však výsledkem propojení společných sil obou. Své interpretace by však měl výzkumník vždy „označit“ otazníkem (Řiháček et al., 2013).

Idiografický přístup je poslední neopomenutelnou součástí IPA. Spočívá v analýze každého jednotlivého případu. Ve výsledku je pak stále znatelná zkušenost každého jedince (Smith, 2017). Individuální zkušenost participantů může přinášet jedinečný pohled na fenomén jako takový (Řiháček et al., 2013).

Smith, Flowers a Larkin (2009 in Řiháček et al. 2013) doporučují pro analytický postup v rámci IPA následujících 6 kroků:

- **Reflektovat vlastní, tedy výzkumníkovu zkušenost** s tématem. Tato fáze (označována též jako nultá) je důležitá pro transparentnost v rámci výzkumu. Zároveň je vhodné reflektovat vlastní zkušenost pro uvědomění si své interpretativní role ve výzkumu.
- Následně by mělo docházet ke **čtení a opakovanému čtení** prvního z rozhovorů. Přínosný může být také opětovný poslech nahrávky rozhovoru, protože to může pomoci vtáhnout výzkumníka do konkrétního případu. Tato fáze by měla vyburcovat co možná největší zájem o respondenta. Zároveň bychom se měli zaměřit na participantovu perspektivu a jeho pohled na věc.
- V následující fázi se tvoří první **poznámky a komentáře**. Tato fáze je velmi detailní a výzkumník by v ní neměl zamítat důležitost žádných dat. I to, co se jeví jako detail, se později může projevit jako podstatné. Je třeba nebrat v potaz pouze obsah respondentových slov, ale vnímat například jazyk který používá a všimnout si všeho ohledně výkladu. I proto může být užitečné znovu slyšet nahrávku.
- Poznámky a komentáře se poté z velkého objemu redukuje a **rozvíjejí se vznikající témata**. Data z předchozího kroku využíváme k formulaci tzv. **rodících se témat**. Tato fáze je zaměřena především na práci s poznámkami a komentáři, vytvořenými výzkumníkem, tedy námi. Práce s originálním prepisem rozhovoru není v této fázi tak důležitá jako ve fázích předchozích. Témata, která vznikají v této části jsou výstižným vyjádřením toho, co nám sdělil respondent o své zkušenosti, ale zároveň je zde obsaženo i porozumění výzkumníka. Názvy témat z této fáze nemusí být definitivními.
- Následně dochází k **hledání souvislostí mezi jednotlivými tématy**. Zjišťován je vztah, jaký k sobě témata mají a jak na sebe vzájemně působí. V této fázi je vhodné podívat se znovu na počátek analýzy. To nám umožní vidět původní témata v novém světle, či objevit něco, co jsme dříve

neviděli. Je vhodné si témata systematicky seřadit pro jejich snadnější manipulaci. Též se nám v této fázi témata mohou spojovat nebo se některá stanou nadřazenými vůči jiným. Některá témata lze také vyřadit, například protože se nevztahují k výzkumné otázce. Výsledkem této fáze mohou být hlavní témata a témata jim podřazená. Musíme hlídat, aby všechna témata zůstala zakotvená přímo v textu v přímých citacích participantů výzkumu.

- Poté se všechny vyjmenované fáze mimo sebereflexi opakují u každého dalšího rozhovoru a participanta.
- Konečná fáze je zaměřena na **hledání vzorců napříč případy**. Hledáme společná témata a souvislosti mezi zkušenostmi dotázaných respondentů. Zjišťujeme, jaká témata napříč rozhovory jsou hlavní a objevují se napříč rozhovory. Výstupem poslední fáze může být například tabulka, či graf znázorňující vztahy mezi tématy.

7.2 Práce s daty

Práce s daty probíhala v **několika fázích**. Pro analýzu dat byla zvolena popsaná interpretativní fenomenologická analýza (IPA). V prvním kroku byly rozhovory přepsány do textové podoby ze zvukového záznamu pořízeného při vedení samotných rozhovorů. Opakované poslouchání rozhovorů navíc následně usnadnilo analýzu dat. Rozhovory byly následně v celém průběhu analýzy opakovaně pročítány.

V další fázi, po dokončení přepisu rozhovorů byly textové soubory vloženy pro větší přehlednost do počítačového programu ATLAS.ti. Ten umožnil poměrně přehledný způsob, kterým lze vytvořit kódy pro jednotlivé pasáže rozhovorů. Začalo se prvním rozhovorem, který byl nejdříve okódován v celém rozsahu. Současně byly vytvářeny také poznámky, které komentovaly zajímavé jevy a témata v daném rozhovoru. Po dokončení **kódování a tvoření poznámek** byl stejným postupem zpracován i další rozhovor a následně všechny ostatní.

Následně došlo k redukci prvotních poznámek na tzv. **rodící se témata**, jak doporučuje Řiháček et al. (2013). Cílem bylo najít ta témata, která byla stěžejní v rámci zkušeností participantek s mentální anorexií a jejich spojitostí se sociálními sítěmi.

Ve čtvrté fázi byly hledány **spojitosti** mezi jednotlivými tématy. Tedy co bylo, čím ovlivněno a jaký je mezi tématy vztah. Vynořila se tak témata, která byla značně významnější než jiná a zároveň se více upevnilo, která podtémata jsou na ně vázaná.

V posledním kroku vstoupily analyzované rozhovory jednotlivých participantek do **kontextu** a bylo zkoumáno, která témata byla napříč zkoumanou problematikou nejvýznamnější. V této fázi bylo potřeba upravit názvy některých témat, která se shodovala. Následně byla vytvořena tabulka, která zachycuje nejvýrazněji vystupující témata spolu s příklady citací. Poté byla daná témata více rozvedena v rámci jednotlivých podkapitol, nesoucích názvy témat vyzdvižených ve zmíněné tabulce.

7.3 Etika výzkumu

V rámci výzkumu je důležité dbát na etická pravidla a zásady. Citlivost a intimnost mnohých aspektů mentální anorexie může v respondentkách vyvolat nemilé vzpomínky. Ze strany výzkumníka bylo proto zásadní participantkám dávat najevo, že jejich výpovědi jsou velmi cenné a užitečné.

Před samotným sběrem dat byl všem ženám, které se výzkumu zúčastnily, administrován informovaný souhlas (viz. Příloha 3). V rámci tohoto souhlasu jednotlivé účastnice podepsaly, že se výzkumu účastní dobrovolně, jimi poskytnuté údaje budou anonymizovány a použity pouze pro tuto bakalářskou práci, a že mohou dle svého uvážení kdykoliv z výzkumu odstoupit.

V rámci anonymizace byla jednotlivým participantkám náhodně přidělena různá ženská jména. Přidělení jmen bylo zvoleno jako způsob anonymizace i z důvodu, aby nedošlo k odosobnění. To by se mohlo stát například za použití označení číslem, či písmenem. Zároveň byl z důvodu anonymizace rozhovor vedený se slovenskou participantkou přeložen do češtiny.

Dle současných informací si nejsme vědomi žádného etického pochybení.

8 Výsledky výzkumné části

Rozhovor s každou z respondentek přinesl velké množství informací. Vzhledem k limitovanému rozsahu, cíli výzkumu a výzkumným otázkám jsou zde však zpracována pouze ta data, která měla význam v těchto ohledech. V následující části bakalářské práce jsou vybrána ta témata z rozhovorů, která souvisí s výzkumnou otázkou a cílem výzkumu.

V první části prezentace výsledků budou představeny stručně základní charakteristiky jednotlivých respondentek. V další části kapitoly jsou představena hlavní témata objevující se napříč rozhovory. Jejich součástí jsou také ukázky konkrétních výpovědí z jednotlivých rozhovorů a jejich interpretace. Všechny tyto ukázky a přímé citace respondentek budou vždy zvýrazněny kurzívou. Poslední část zabývající se výsledky výzkumu se bude věnovat odpovědím na výzkumné otázky.

8.1 Základní charakteristika jednotlivých participantek

V rámci rozhovorů bylo zjištěno, že dle předpokladů byly zkušenosti každé respondentky unikátní a jedinečné. Proto bude nyní věnován prostor uvedení jednotlivých participantek a tématům, která byla výrazná v jejich rozhovorech. Budou uvedena především ta témata, která se vztahují k výzkumné otázce.

Participantka Sára

V úvodu nemoci byla Sára v prvním ročníku na střední škole. Kvůli nové škole žila v té době na internátu, v novém prostředí, s novými lidmi. V tuto dobu lze mluvit o počátku mentální anorexie u Sáry, pro kterou byla „*spouštěčem*“ poznámka od bývalého přítele, který Sáře řekl, „*že hodně přibrala*“.

I v průběhu nemoci byly pro Sáru důležité názory okolí a nemoc v ní podporovaly pozitivní ohlasy, kterých se jí dostávalo na sociálních sítích. Léčit se začala chtít až v bodě, kdy s ní přestalo být jednáno „*v rukavičkách*“ a psycholog jí během prvního sezení řekl, že umře, pokud bude nadále pokračovat stejným směrem. Sára ale chtěla být „*hubená, ne*

studená“. V období léčby se sociálním sítím vyhýbala, protože nechtěla vidět jiné lidi, se kterými by se porovnávala.

Sára se několikrát neúspěšně pokoušela o léčbu poruch příjmu potravy, do nynějška se jí to však zcela nepovedlo. Ačkoliv již několik let netrpí mentální anorexií, mentální bulimii se jí zatím překonat nepodařilo.

Přehled stěžejních témat objevujících se u participantky Sáry:

- zvýšení aktivity na sociálních sítích s nástupem mentální anorexie,
- vyhledávání nízkokalorických receptů a zdravého jídla na sociálních sítích,
- pozitivní ohlasy na hubnutí na sociálních sítích,
- odpor k focení v průběhu léčby,
- snížení aktivity na sociálních sítích v průběhu léčby mentální anorexie.

Participantka Ema

Ema se chtěla se lépe stravovat a nastavit si zdravější životní styl. Ten se ovšem ze zdravého změnil do anorektického. Proti tomu silně protestovala rodina Emy. To označuje sama participantka za moment, kdy u ní skutečně propukla mentální anorexie. Nelíbilo se jí, že ji někdo nutil jíst. Svou tvrdohlavostí tak nemoc víc a víc budovala.

Způsob, jakým se Ema dostala k léčbě nazývá jako „*proces*“, měla totiž pocit že se v nemoci a jejích pravidlech ztratila.

Ema se v současné době považuje za vyléčenou z mentální anorexie, zmínila však, že myšlenky jako v období anorexie se u ní občas stále vyskytnou.

Přehled stěžejních témat objevujících se u participantky Emy:

- zvýšení aktivity na sociálních sítích s nástupem mentální anorexie,
- vyhledávání nízkokalorických receptů a zdravého jídla na sociálních sítích,
- odpor k focení v průběhu léčby,
- snížení aktivity na sociálních sítích v průběhu léčby mentální anorexie.

Participantka Jana

Jana bývala před nemocí obézní, a tak se rozhodla, že zhubne. Ze začátku se řídila intuitivně. Nahrazovala potraviny za ty, které považovala za zdravější nebo snižovala množství konzumovaného jídla. Jana zhubla a dostalo se jí chvály. Taková pozornost jí motivovala. I přes to, že se dostala na váhu, která byla zdravá pro její výšku, se bála ztráty pozornosti v případě, že hubnout přestane.

V průběhu nemoci Jana došla do bodu, ve kterém měla strach, že je vnímána jako vyhublá a její postava se jí nelíbila. Dlouho si pouze nalhávala že chce přibrat. Ačkoliv jí z části trápilo, že dál hubne, její druhá část z toho měla radost. Před tím, než se skutečně začala uzdravovat si jen „*připravovala půdu*“, že jednou přibere.

V léčbě jí hodně pomohl nynější vztah, díky kterému se plně uzdravila a konečně přestala mít výčitky z jídla, i když se objevovaly ještě i po část období ve vztahu. Jana nyní netrpí žádnou poruchou příjmu potravy.

Přehled stěžejních témat objevujících se u participantky Jany:

- vyhledávání nízkokalorických receptů a zdravého jídla na sociálních sítích,
- pozitivní ohlasy na hubnutí na sociálních sítích.

Participantka Natálie

Natálie chtěla zhubnout jen pár kilo a nechtěla „*vypadat jako anorektička*“. To se však velmi brzy změnilo, když se její postava se neměnila tak jak předpokládala. Rozhodla se tedy, že bude v hubnutí pokračovat, protože není „*nějaká vyhublá a nechutná*“.

Natálie si založila Instagramový profil, na kterém sledovala lidi, kteří trpí anorexií a vzájemně se podporují kdo dokáže jíst méně. Natálii to hodně motivovalo a probouzelo to v ní soutěživost. V průběhu léčby se ale staly sociální sítě také nástrojem, jak překonávat poruchy příjmu potravy a vidět svět jako pestřejší a zábavnější.

Natálie se i nadále léčí z mentální anorexie, ale mentální bulimií již netrpí. Na to je velmi pyšná. Podporou jí je spolubydlící, která také trpěla mentální anorexií, a tak se pokouší pomáhat si v léčbě navzájem.

Přehled stěžejních témat objevujících se u participantky Natálie:

- zvýšení aktivity na sociálních sítích s nástupem mentální anorexie,
- falešný instagramový profil pro sledování a/nebo sdílení anorektického obsahu.

Participantka Veronika

Veronika měla lehkou nadváhu, kvůli které se od některých spolužáků občas vyskytla nelichotivá poznámka jako „*buřte*“. V kombinaci s hádkami rodičů a úmrtím dědečka se Veronika rozhodla, že vyřadí některá nezdravá jídla. Po měsíci se však rozhodla, že vyhledá rady „*zkušenějších holek*“ a hubnutí trochu podpoří. Na sociálních sítích začala trávit víc času a podobně jako Natálie si založila falešný profil na Instagramu. Na ten si sama pro sebe jako motivaci přidávala, co daný den jedla nebo jaký pokořila mezník v nemoci.

Veronice se mentální anorexie v průběhu změnila v mentální bulimii, ta ji dovedla také k rozhodnutí, že s poruchami příjmu potravy skoncuje úplně. Několikrát došlo ještě k relapsu, ale v současné době už Veronika netrpí žádnou poruchou příjmu potravy. Uvedla však že se „*jednou za sto let*“ nějaká myšlenka spojená s anorexií objeví. Poruchy příjmu potravy však i nadále řeší, jelikož jimi trpí její mladší sestra. Ta po několika hospitalizacích s mentální anorexií, nyní přešla do mentální bulimie.

Přehled stěžejních témat objevujících se u participantky Veroniky:

- zvýšení aktivity na sociálních sítích s nástupem mentální anorexie,
- falešný instagramový profil pro sledování a/nebo sdílení anorektického obsahu,
- snížení aktivity na sociálních sítích v průběhu léčby mentální anorexie.

Participantka Kateřina

U Kateřiny propukla mentální anorexie po operaci, která jí nedovolila pohyb, na který byla zvyklá. Byla odhodlaná změnit svůj jídelníček, aby se její příjem snížil natolik, že jej nebude třeba kompenzovat pohybem. Po zotavení z operace se navíc Kateřina mohla opět začít věnovat pohybu. Vyhledávala tak mimo dietní jídlo také videa s cvičením. Ženy, které se ve videích objevovaly, představovaly pro Kateřinu motivaci. Nebylo to o konkrétním ideálu krásy, spíš měla sama nízké sebevědomí a chtěla vypadat jako kdokoliv kdo nebyl ona.

Kateřina v období léčby i nadále sledovala profily, které se věnovaly cvičení. Jednalo se však spíše o profily, které jí pomáhali měnit její životní styl k lepšímu a dodávaly jí inspiraci jakým směrem se může posouvat. Sport pro ni měl a stále má v životě velký význam. Možná i právě proto je nyní instruktorkou lekcí cvičení.

Kateřina v současné době netrpí mentální anorexií ani jinou poruchou příjmu potravy. Uvedla, že díky současnému vztahu je navíc konečně zcela spokojená sama se sebou.

Přehled stěžejních témat objevujících se u participantky Kateřiny:

- vyhledávání nízkokalorických receptů a zdravého jídla na sociálních sítích,
- odpor k focení v průběhu léčby.

Participantka Linda

Nemoc začala tím, že se participantka spolu se svou matkou rozhodla žít zdravěji. To se postupně změnilo až v nezdravý životní styl, kterým byla mentální anorexie. Linda se sociálním sítím delší dobu vyhýbala, ale v období počátku nemoci si stáhla Instagram a začala na sociálních sítích trávit víc času. Na svém hlavním profilu nikdy aktivní nebyla, ale založila si pod přezdívkou druhý profil. Stejně jako tomu bylo v případě Natálie a Veroniky. Na tomto profilu sledovala ženy, které byly velmi hubené. Lindě to dávalo motivaci pro to, jak může vypadat.

V léčbě jí pomohl vztah, který ji však přeměroval pouze k alkoholu a kouření. Místo hubených lidí začala Linda sledovat „*problémové lidi*“. I přes to se však z mentální anorexie dokázala dostat skrze nový životní styl.

Mentální anorexie už sice u participantky nepřetrvává, stále se u ní ale občas objevují tendence hubnout. Ty pomáhá Lindě odstranit nový přítel, který ji v takových chvílích zahrne „*láskou a jídlem*“. Jejich společná záliba je dobré jídlo, na které se Linda i nadále zaměřuje a snaží se jíst „*kvalitně*“.

Přehled stěžejních témat objevujících se u participantky Lindy:

- zvýšení aktivity na sociálních sítích s nástupem mentální anorexie,
- pozitivní ohlasy na hubnutí na sociálních sítích,
- falešný instagramový profil pro sledování a/nebo sdílení anorektického obsahu.

Participantka Pavlína

Pavlína trpěla pět let před nástupem mentální anorexie ortorexíí. Do anorexie se její porucha změnila v době pandemie COVID-19, kdy byla zavřená doma. S nástupem mentální anorexie se u ní zvýšila i doba, kterou trávila na sociálních sítích. Postupem času tam byla víc a víc a vyhledávala informace o anorexii, kterými byla posedlá.

Pavlínin zdravotní stav byl však v určitém bodě velmi špatný. Psychicky ani fyzicky se necítila dobře, a jediné na co myslela bylo jídlo. Participantka se proto rozhodla pro vyhledání odborné pomoci a životní změnu. Omezila sociální sítě a nyní, v období, kdy léčba stále pokračuje, se snaží vyhýbat obsahu, který je spojen s poruchami příjmu potravy.

Přehled stěžejních témat objevujících se u participantky Pavlíny:

- zvýšení aktivity na sociálních sítích s nástupem mentální anorexie,
- vyhledávání nízkokalorických receptů a zdravého jídla na sociálních sítích,
- odpor k focení v průběhu léčby,
- snížení aktivity na sociálních sítích v průběhu léčby mentální anorexie.

Participantka Tereza

Rozhovor s Terezou se oproti jiným dost vymykal. Nebylo zde objeveno žádné téma vztahující se k cíli výzkumu, které by se objevovalo i u jiných participantek. Tereza je sice uživatelkou sociálních sítí a byla jí i době mentální anorexie, nepřisuzuje jim však skoro žádný význam. Uváděla sice, že viděla na sociálních sítích fotografie modelek, nespojuje s nimi však svou mentální anorexií. Z propuknutí nemoci ve svém případě vinila rodiče, kteří se na počátku nemoci neustále hádali a stavěli ji do pozice prostředníka. Zároveň si vybavuje poznámku na svůj tělesný vzhled v pubertě od matky, která měla pocit, že by Tereza měla zhubnout.

Rozhovor s Terezou byl velice obohacující, jelikož se jednalo o těžký případ a Tereza byla čtyřikrát hospitalizována. Data z rozhovoru se však jen velmi málo vztahují k cíli tohoto výzkumu a výzkumným otázkám, a proto nebude rozhovoru dále věnován prostor.

8.2 Významná témata vyskytující se napříč rozhovory

V této podkapitole budou podrobněji rozebrána hlavní témata, která vyplynula z analýzy rozhovorů. Zároveň bude analyzováno propojení jednotlivých témat a případné podobnosti mezi participantkami.

K hlavním tématům patří:

- zvýšení aktivity na sociálních sítích s nástupem mentální anorexie,
- vyhledání nízkokalorických receptů a zdravého jídla na sociálních sítích,
- pozitivní ohlasy na hubnutí na sociálních sítích,
- falešný instagramový profil pro sledování a/nebo sdílení anorektického obsahu,
- odpor k focení v průběhu léčby,
- snížení aktivity na sociálních sítích v průběhu léčby mentální anorexie.

Pro větší přehlednost byla na následující straně vytvořena tabulka s přehledem základních témat. Spolu s hlavními tématy jsou navíc v tabulce 3 obsaženy příklady úryvků rozhovorů, které vedly k identifikaci hlavních témat.

Příklady úryvků z rozhovoru	Název vyskytujícího se tématu
„...myslím že jsem tam byla víc. Šlo to ruku v ruce s hubnutím...“	Zvýšení aktivity na sociálních sítích s nástupem mentální anorexie
„Celý volný čas jsem věnovala jen sociálním sítím.“	
„...myslím že jsem určitě trávila u obrazovky tak 10-12 hodin denně, úplně bez problému.“	
„Na Instagramu jsem začala sledovat stránky kde byly fit recepty...“	Vyhledávání nízkokalorických receptů a zdravého jídla na sociálních sítích
„Hledala jsem recepty, ale upravovala jsem je, vůbec jsem nepoužívala cukr.“	
„...bylo to hodně pozitivní, dostávala jsem víc líků na fotky, myslím že jsem se začala okolí víc líbit...“	Pozitivní ohlasy na hubnutí na sociálních sítích
„Všechny ohlasy byly pozitivní, nikdo se mě nezeptal, jestli jsem v pořádku nebo že bych měla brzdit.“	
„...tam jsem měla jen pozitivní ohlasy, to je zvláštní teď zpětně, když vidím, že už jsem měla podváhu.“	
„Založila jsem si na Instagramu falešný, nedohledatelný profil, kde jsem sledovala jen tyhle lidi...“	Falešný instagramový profil pro sledování a/nebo sdílení anorektického obsahu
„Měla jsem soukromej profil na Instagramu a tam jsem si sdílela co jsem ten den jedla a byl to takovej můj food blog, tak tam jsem si to přidávala, vždycky jsem třeba něco pokořila.“	
„...hlavně jsem se nerada fotila, protože jsem si přišla obrovská...“	Odpor k focení v průběhu léčby
„Navíc jsem dost přibrála, věděla jsem, že je to normální, ale necítila jsem se příjemně a někteří lidi mě znali jen jako hubenou, tak jsem nechtěla přidávat svoje fotky, protože jsem se cítila větší.“	
„Když jsem se z toho ale reálně dostávala, tak jsem od sociálních sítí upustila úplně...“	Snížení aktivity na sociálních sítích v průběhu léčby mentální anorexie
„Když jsem se fakt začala chtít léčit, tak jsem to omezila...“	

Tabulka 3: Přehled významných témat vyskytujících se napříč rozhovory

Nalezená hlavní témata jsou v následující části dále přiblížena. Každému hlavnímu tématu je věnována samostatná podkapitola, aby byly výstupy co nejjasněji prezentovány.

8.2.1 Téma 1: Zvýšení aktivity na sociálních sítích s nástupem mentální anorexie

Zvýšení aktivity na sociálních sítích bylo vůbec nejčastěji se vyskytujícím tématem, které se objevilo u šesti participantek (Sáry, Emy, Natálie, Veroniky, Lindy, Pavlíny). Participantky, které uvedly, že čas, který na sociálních sítích trávily se zvýšil zároveň zmiňovaly, že byl tento čas hojně vyplněný obsahem týkajícím se zdravé stravy, hubnutí, štíhlých žen a u některých také přímo anorektického obsahu.

- Příklad konkrétních výpovědí participantky Sáry:

„...to myslím že jsem určitě trávila u obrazovky tak 10-12 hodin denně, úplně bez problému.“

„Ty cvičící videa na YouTube, ale i třeba „co jím“ videa, zdravé recepty do krabiček a tak, hodně mě zaujaly holky, co byly hubené a určitě jsem se s nimi hodně porovnávala, i třeba s mnohem vyššíma. Nehledala jsem přímo anorexii, to ne, ale hubené holky se mi líbily.“

- Příklad konkrétních výpovědí participantky Pavlíny:

„V tuhle dobu se to zvýšilo, celý volný čas jsem věnovala jen sociálním sítím. Hledala jsem hodně věcí o anorexii, musela jsem to pořád vyhledávat, musela jsem, bylo to hrozně intenzivní, nic jiného jsem nedělala.“

Ze všech výpovědí těchto participantek je patrné, že sociální sítě vyplňovaly na počátku nemoci velkou část volného času. Většina obsahu, který se zde objevoval byl v určitém ohledu participantkám „nápomocný“ při rozvoji nemoci. Vyhledávané recepty a jídlo budou detailněji popsány v rámci následujícího tématu. Profily a obecně obsah který

se týkal hubených žen nebo anorektiček mohl dotázané participantky motivovat k dalšímu snižování tělesné hmotnosti, jak některé respondentky přímo ve svých výpovědích uvedly. Zdá se tedy, že zvýšení aktivity na sociálních sítích mohlo mít vliv na další průběh mentální anorexie u zmiňovaných respondentek.

8.2.2 Téma 2: Vyhledávání nízkokalorických receptů a zdravého jídla na sociálních sítích

Nízkokalorické recepty, fit recepty nebo zdravé recepty byly obecně často se vyskytujícím tématem, které zjevným způsobem souvisí s mentální anorexií. Toto téma se výrazně objevovalo v rámci sociálních sítí u pěti respondentek (Sáry, Emy, Jany, Kateřiny a Pavlíny). Výskyt zdravých receptů byl zároveň propojen s tím, že se velká část participantek v první fázi mentální anorexie začala zaměřovat na „zdravou stravu“. Zajímavý byl však v kontrastu oproti nízkokalorické stravě také výskyt „zakázaného“ jídla, i když jen v případě dvou respondentek (Jany a Pavlíny).

- Příklad konkrétních výpovědí participantky Emy:

„Mám ráda sladké, takže jsem si řekla, že mám zase alespoň víc času vařit, tak jsem si řekla, že se tomu budu více věnovat. Takže jsem od nezdravých věcí upustila a pro zábavu jsem začala chodit běhat, potom jsem začala k tomu cvičit i jógu.“

„Vyhledávala jsem profily o zdravém jídle a sportu, na tom stál celý algoritmus. Hledala jsem recepty, ale upravovala jsem je, vůbec jsem nepoužívala cukr. Do teď ho nepoužívám, protože mi všechno s cukrem přišlo a stále přijde moc sladké.“

- Příklad konkrétních výpovědí participantky Jany:

„Zdravá strava byla ze začátku taková intuitivní, tak běžně, ale tím že jsem byla předtím obézní, tak jsem prostě zhubla, nejdřív i celkem zdravým způsobem. Prostě jsem chleba u snídaně nahradila jogurtem a ovocem.“

„Algoritmus mi víc doporučoval věci, které se týkaly hubnutí. Nízkokalorické recepty a hubnutí. Zároveň mi tam vyskakovalo jídlo, na které jsem měla chuť, ale bylo to pro mě v tu dobu zakázané, ale tím že jsem se na to dívala, jsem měla pocit, že to jakoby jím.“

- Příklad konkrétních výpovědí participantky Pavlíny:

„U té anorexie to bylo současně s covidem, jak jsem byla doma, byla jsem extrémně zaměřená na jídlo, plánovala jsem si co sním, v jakou hodinu a minutu. Jedla jsem zeleninu, ke každému jídlu, k tomu nějaké bílkoviny. Vyřadila jsem úplně sacharidy. Kompenzovala jsem to tím, že jsem hodně pila kafe a Colu Zero.“

„Hledala jsem nejvíc informace o té stravě. Na Instagramu jsem začala sledovat stránky kde byly fit recepty a fit influencerky co radily ohledně stravy a tak, ale hledala jsem i třeba tipy, jak rychleji zhubnout.“

„...koukala jsem na videa kde jedli lidé obrovská kvanta jídla, uklidňovalo mě to, nedokážu říct proč, ale bylo to pro mě uklidňující a na to jsem koukala asi nejvíc, videa, kde se lidé přejídají.“

Jídlo je hlavní téma mentální anorexie. Všechny participantky obsažené v této bakalářské práci, které uvedly výskyt zdravých či nízkokalorických receptů na svých sociálních sítích, se v počátku nemoci začaly v první řadě zaměřovat na zdravou či zdravější stravu. Případně na to, co za takovou stravu v první fázi nemoci považovaly. Můžeme tedy říct, že tento obsah se objevoval ruku v ruce s tím, čemu dotázané ženy věnovaly pozornost i v reálném životě. Z tohoto důvodu však není možné s jistotou určit, zda mentální anorexie, její fáze, a to, na co se některé z žen ze vzorku zaměřovaly ovlivňovalo obsah, který se na sociálních sítích těchto participantek hojně objevoval nebo

tomu bylo naopak. Můžeme však říci, že sociální sítě ovlivnily primární přístup k mentální anorexii, u participantek dotázaných v tomto výzkumu.

Za pozornost jistě také stojí zmínky Jany a Pavlíny, které vyhledávaly „zakázané“ jídlo. Jana takové jídlo, jak uvedla, konzumovala očima. Pro Pavlínu byl obsah, kde lidé konzumují ono „zakázané“ jídlo uklidňující. Jistě by bylo zajímavé, se na toto téma dále zaměřit a zjistit, zda byl obsah Janou i Pavlínou vnímán podobně. Tedy zda „zakázané“ jídlo i Pavlína konzumovala očima a jestli byl pro i pro Janu, stejně jako Pavlínu takový obsah uklidňující. Můžeme se také zmínit fakt, že ani u jedné z těchto dvou respondentek se nikdy neprojevila mentální bulimie. To by pro některé výzkumníky v opačném případě (když by respondentky trpěly i mentální bulimií) mohlo být předmětem zkoumání.

8.2.3 Téma 3: Pozitivní ohlasy na hubnutí na sociálních sítích

Pozitivní ohlasy a chvála, mohou být faktor, který ovlivní průběh mentální anorexie. Tři z dotázaných participantek (Sára, Jana, Linda) se na sociálních sítích s takovými ohlasy setkaly. Z výpovědí respondentek se ukazuje, že tento ohlas u nich mohl do určité míry ovlivnit další průběh mentální anorexie.

- Příklad konkrétních výpovědí participantky Sáry:

„...i když jsem se moc nefotila, tak si pamatuju dvě fotky, jedna je fotka mě v zrcadle, to už jsem hodně zhubla a pamatuju si, že na to reagovalo hrozně moc lidí, že jsem jako hodně zhubla a že mi to moc sluší, to bylo prvně co jsem si teda řekla, že jsem asi zhubla. Všechny ohlasy byly pozitivní, nikdo se mě nezeptal, jestli jsem v pořádku nebo že bych měla brzdit. Všichni se mě ptali, jak jsem to dokázala, že je to super.“

„Mělo to na mě vliv, určitě mělo, říkala jsem si, že lidem se to líbí, takže to dělám dobře a zvládnou to ještě víc, že můžu jíst ještě míň, že to bude ještě víc vidět a lidi mě budou ještě víc chválit.“

- Příklad konkrétních výpovědí participantky Jany:

„...bylo to hodně pozitivní, dostávala jsem víc líků na fotky, myslím že jsem se začala okolí víc líbit, ale dřív jsem fakt měla nadváhu, takže to chápu. Ohlasy vlastně nikdy negativní nebyly.“

„Rozhodně mě to motivovalo, v tu dobu jsem si to neuvědomovala, ale teď vím že to ve mně tu nemoc budovalo, přišlo mi správné hubnout a kdybych přibrala o tuhle pozornost bych přišla.“

Je třeba brát v potaz, že pozitivní či negativní reakce na měnící se tělesný vzhled na sociálních sítích se mohly objevovat jen u respondentek, které na sociálních sítích aktivně sdílely své fotografie v době nemoci. Konkrétně to bylo pět respondentek (Sára, Ema, Jana, Linda, Pavlína). Ema a Pavlína, také obdržely pozitivní komentáře v úvodní fázi své nemoci, kdy mírně zhubly. Pozornost se ale později přeměnila v negativní s tím, jak se jejich hmotnost dále snižovala.

- Příklad konkrétních výpovědí participantky Pavlíny:

„U té anorexie to nejdřív bylo pozitivní, když jsem zhubla 2-3 kila, ale potom už byly ty ohlasy určitě negativní, psali mi, že jsem moc hubená nebo unavená...“

Na základě toho, jak rychle se změnily ohlasy na sociálních sítích od pozitivních k negativním lze předpokládat, že výchozí váha obou žen (Emy a Pavlíny) byla již před počátkem nemoci poměrně nízká. V některých výpovědích můžeme vidět, že hubnutí bylo skrz sociální sítě v pěti případech, alespoň v počáteční fázi vnímáno pozitivně. A to i v případech, kdy výchozí váha nebyla nijak vysoká.

Své fotografie v období nemoci sdílelo pět participantek (Sára, Ema, Jana, Linda, Pavlína). Třem z nich se na sociálních sítích dostávalo pouze pozitivních reakcí. Zbývajícím dvěma se dostávalo pozitivních reakcí jen v úvodní části mentální anorexie. Minimálně u dvou (Sáry, Emy) z těchto participantek je zcela zřejmá motivace, kterou pozitivní ohlasy způsobily. Pochvalu lze jednoznačně považovat za vnější motivaci v podobě odměny. Pozitivní odezva na snižování váhy se mohla pochopitelně projevit i

v reálném světě mimo sociální sítě. Není zřejmé, jestli se odezva v reálném světě nějak liší od té na sociálních sítích. Tento výzkum se na takový rozdíl nijak dál nezaměřoval. Nemůžeme tedy s jistotou určit do jaké míry působily na průběh mentální anorexie u dotázaných respondentek čistě jen pozitivní ohlasy na sociálních sítích.

8.2.4 Téma 4: Falešný instagramový profil pro sledování nebo sdílení anorektického obsahu

Ukázalo se, že některé respondentky (Natálie, Veronika, Linda) si v průběhu mentální anorexie vytvořily na sociálních sítích speciální profil. Ten byl zaměřený pouze na obsah věnující se mentální anorexii. Buď tím, co na něm dotázané participantky vyhledávaly, nebo obsahem co na něm sdílely.

- Příklad konkrétních výpovědí participantky Natálie:

„Založila jsem si na Instagramu falešný, nedohledatelný profil, kde jsem sledovala jen tyhle lidi, teď mi to přijde trochu nechutný, ale lidi, co si fotili, jak jim jsou vidět kosti na nohou, žebra... Trávila jsem hodiny sledováním toho a chtěla jsem tak začít vypadat...“

„...na tom druhém profilu jsem si hodně fotila jídlo, tam mě teda ale nikdo nesledoval, bylo to pro mě, nechtěla jsem tím ale podněcovat ostatní a podporovat je v anorexii.“

- Příklad konkrétních výpovědí participantky Lindy:

„Založila jsem si profil, kam jsem přidala pár fotek, pamatuju si tu, kde jsem měla břicho a vystouplá žebra, nesledoval mě tam nikdo, kdo mě znal, sledovali mě tam neznámí lidé a jmenovala jsem se záměrně pod přezdívkou.“

Žádný, ze speciálních profilů na sociálních sítích, které si založily tyto tři respondentky, nebyl veřejný blízkému okolí. Natálie zmínila, že fakt že si založila profil, na kterém sledovala jen „*tyhle lidi*“, tedy osoby, které byly výrazně podvyživené a zřejmě trpěly mentální anorexií, jí nyní připadá „*trochu nechutný*“. Lindin profil byl veřejný, pouze však pro cizí uživatele sociálních sítí. Ani ona tedy na svém profilu nesdílela nic s lidmi, které zná i v reálném světě.

8.2.5 Téma 5: Odpor k focení v průběhu léčby

V době léčby, kdy začaly respondentky nabírat na váze, se několik z nich (Sára, Ema, Kateřina, Pavlína) zmínilo o tom, že se nechtěly fotit, protože se samy sobě nelíbily.

- Příklad konkrétních výpovědí participantky Sáry:

„...nebyla jsem na sociálních sítích ráda, hlavně jsem se nerada fotila, protože jsem si přišla obrovská...“

„Moc jsem tam chodit nechtěla, nechtěla jsem vidět, jak vypadají ostatní, vždycky mě to naštvalo, porovnávala jsem se. Snažila jsem se vyhnout i tomu, aby mě někdo fotil.“

„Pořád šíleně zkoumám, jak vypadám, než přidám fotku 6x si to rozmyslím a musím mít dobrý den.“

- Příklad konkrétních výpovědí participantky Kateřiny:

„Dlouho jsem ještě nechtěla přidávat fotky postavy, fakt jsem se sobě nelíbila. Dřív jsem se hodně malovala, ani na procházku bych nešla bez řasenky, potřebovala jsem mít pocit, že vypadám dobře. Na vzhledu mi hrozně záleželo, to se drželo dýl než problémy s jídlem.“

Všechny čtyři výše uvedené respondentky, u kterých se toto téma objevilo, se chtěly v průběhu léčby vyhnout fotografování. Hlavním důvodem bylo, že se samy sobě

nelíbily nebo se necítily dobře. Tato nelibost vůči sobě samým přetrvává nadále u dvou respondentek, které se do nynějška léčí s poruchami příjmu potravy (Sára, Pavlína). Kateřina také uvedla, že problém že se sama sobě nelíbila přetrvával déle než problémy s mentální anorexií. Můžeme uvažovat nad tím, zda je tato nelibost ve vlastním těle a jeho vzhledu přebytkem, který po sobě mentální anorexie zanechává. Nebo zda se jedná o faktor, který existoval i před začátkem mentální anorexie a mohl být kontributorem ve vzniku mentální anorexie v první řadě.

8.2.6 Téma 6: Snížení aktivity na sociálních sítích v průběhu léčby

U čtyř participantek (Sára, Ema, Veronika, Pavlína) došlo v průběhu léčby ke snížení času tráveného na sociálních sítích. Participantky zmiňovaly, že čas na sítích trávil nerady a že svůj problém s mentální anorexií raději začaly řešit mimo virtuální prostor.

- Příklad konkrétních výpovědí participantky Sáry:

„Řekla bych, že ten čas se snížil, nebyla jsem na sociálních sítích ráda...“

„Moc jsem tam chodit nechtěla, nechtěla jsem vidět, jak vypadají ostatní, vždycky mě to naštvalo, porovnávala jsem se.“

- Příklad konkrétních výpovědí participantky Emy:

„Už to nebyl obsah pro mě, věděla jsem, že už na to nemůžu koukat. Nebylo to pro mě užitečné.“

- Příklad konkrétních výpovědí participantky Pavlíny:

„Když jsem se fakt začala chtít léčit, tak jsem to omezila, bylo to léto a chtěla jsem víc být venku. Zmenšila se mi tendence anorektický obsah vyhledávat.“

Z výpovědí lze pozorovat, že se tyto participantky začaly sociálním sítím vyhýbat. Ema například mluvila o tom, že obsah, který byl na jí používaných platformách už „*nebyl obsah pro mě*“. Když se Veronika rozhodla skutečně léčit z poruch příjmu potravy, také omezila čas na sociálních sítích. Podobný přístup pak zaujala i Pavlína, která se sama rozhodla, že svůj problém bude řešit. Vyhledala odbornou pomoc a upustila od sociálních sítí. O vyhýbání se sociálním sítím pak lze hovořit i u Sary, která ale nejspíš nejednala zcela uvědoměle. Prostředí sociálních sítí jí však nebylo příjemné. Je vhodné zmínit také fakt, že u Sary i nadále přetrvává mentální bulimie. Léčba z mentální anorexie tak nebyla finálním uzdravením z poruch příjmu potravy. Mohli bychom zvažovat, jestli se zmíněné participantky sociálním sítím začaly vyhýbat, protože měly pocit, že na ně mají negativní vliv.

Ačkoliv se jednalo jen o čtyři participantky, u kterých se čas na sociálních sítích snížil, obsah se změnil skoro u všech dotázaných respondentek (Jany, Natálie, Kateřiny, Lindy). Období léčby tedy nutně neznamenalo omezení sociálních sítí, ale u osmi participantek znamenalo znatelnou změnu v obsahu.

- Příklad konkrétních výpovědí participantky Jany:

„...předtím jsem byla hrozně otupělá, pak se mi emoce vrátily a chtěla jsem to prožívat. Jídlo na Instagramu pořád mám, takže kavárny, restaurace. Jsem milovník jídla a je tam. Dřív jsem konzumovala jídlo jen z těch obrázků, ale teď si to ukládám, a to jídlo si i dám. Zároveň je tam ten emocionální kontent, třeba vtipné věci a tak, prostě mě to rozesměje a nejsem otupělá jako předtím.“

- Příklad konkrétních výpovědí participantky Natálie:

„Neřekla bych, že ten čas, co jsem tam trávila se měnil, jen ten obsah se změnil hodně.“

„Přestala jsem sledovat ty účty co mě triggerovaly, tamten účet jsem úplně smazala a se kterými jsem se porovnávala. Začala jsem sledovat naopak ty, co mi z toho pomáhaly, sledovala jsem holku, co se taky dostávala z bulimie. Přidávala obsah, který byl hodně otevřený, mluvila o

tom, co zažívá, viděla jsem, že se z toho dostala a že je šťastná. Byla o dost větší než já, měla 2x takovou váhu, co já, ale mně se líbila, byla zdravá, nepřišlo mi, že byla tlustá. Třeba přidávala, že je v restauraci, to pro mě bylo něco nepředstavitelného.“

- Příklad konkrétních výpovědí participantky Kateřiny:

„Pořád jsem hledala jídlo a cvičení...“

„A cvičení jsem hledala taky, ale nebylo to už kardio, ale i jógu a pilates.“

„S těma holkama co cvičily jsem se dřív spíš porovnávala, ale postupně mě to spíš motivovalo, pozitivně. Jako byla to motivace, byl to i jiný ideál krásy, porovnávala jsem asi pořád, ale nebylo to tohle negativní už, spíš inspirace.“

Z anonymizovaných výpovědí z rozhovorů vyplývá, že v rámci léčby nemuselo dojít k omezení času, který participantky na sociálních sítích trávily, ani k úplné změně v obsahu na sociálních platformách. Například u Jany se totiž objevovalo a stále objevuje jídlo. U Kateřiny se i nadále objevovalo cvičení. Natálie obsah sociálních sítí zcela změnila a začala se i na nich soustřeďovat na léčbu. O všech osmi zmíněných respondentkách můžeme říct, že jejich snaha o skutečnou léčbu byla na sociálních sítích doprovázena změnou přístupu. Participantky buď omezily čas trávený na sociálních sítích, obměnily obsah, který zde vyhledávaly nebo udělaly obojí zároveň.

8.3 Výstupy výzkumné části v kontextu výzkumných otázek

Výzkumná část zachytila originální a jedinečné zkušenosti mladých žen, které trpěly či stále trpí mentální anorexií. Spolu se zkoumáním zkušeností s mentální anorexií byl kladen důraz na potenciální vliv sociálních sítí na tuto poruchu příjmu potravy. Rozhovory vedené se vzorkem devíti mladých žen umožnily náhled do této problematiky a podařilo se tak do určité míry zmapovat vztah mezi sociálními sítěmi a mentální anorexií.

Získané výsledky není možné z důvodu malého výzkumného souboru nijak dál generalizovat na širší populaci mladých žen trpících mentální anorexií. Mnohé výpovědi však přinesly řadu dalších zajímavých otázek, které jsou reflektovány v diskusi.

Hlavní výzkumná otázka (HVO) zněla:

- **Ovlivňují sociální sítě průběh mentální anorexie u participantek?**

Většina zkoumaných participantek (Sára, Ema, Jana, Natálie, Veronika, Kateřina, Linda, Pavlína) mluvila v rozhovorech buď o navýšení času, který na sociálních sítích trávily a o změně v obsahu. Tento obsah byl nějak spojen s tématem hubnutí, přímo mentální anorexií, nebo o obojím zároveň. U třech participantek (Sára, Jana, Linda) se na sociálních sítích navíc objevily čistě pozitivní reakce na jejich snižující se váhu. Jana například uvedla, že si nyní uvědomuje že tyto kladné ohlasy v ní mentální anorexii nadále rozvíjely.

V období léčby mluvily respondentky Jana, Natálie, Kateřina a Linda o změně v obsahu. Tento obsah byl v léčbě těmito participantkám nápomocný a měly v něm určitou oporu. Například Kateřina našla v obsahu inspiraci, i když se obsah stále týkal sportu. Kateřina byla díky takovému obsahu motivovaná pracovat na svém psychickém i fyzickém zdraví.

Není zcela zřejmé, zda měl obsah na sociálních sítích vliv na průběh mentální anorexie, nebo fáze mentální anorexie vliv na obsah vyskytující se na sociálních sítích.

První dílčí výzkumná otázka (VO1) zněla:

- **Jak ovlivnily sociální sítě počáteční fázi mentální anorexie u participantek?**

Počáteční fáze mentální anorexie byla u většiny respondentek (Sáry, Emy, Natálie, Veroniky, Lindy, Pavlína) tou, ve které začal být volný čas hojně vyplňován užíváním sociálních sítí. Obsah, který tyto ženy vyhledávaly byl ve velké míře spojen s mentální anorexií. Někdy naprosto konkrétně vyhledáváním anorektického obsahu například prostřednictvím pro-ana blogů, jindy prostřednictvím tipů na hubnutí či zdravou stravu a nízkokalorickými recepty.

Sára, Jana a Linda mluvily také o kladné pozornosti, které se jim na sociálních sítích dostávalo. Tyto pozitivní ohlasy na jejich měnící se vzhled je dle jejich výpovědi podporovaly v dalším hubnutí a nedovolily jim od mentální anorexie udělat krok zpět.

Natálie, Veronika a Linda si pro pobyt na sociálních sítích navíc vytvořily falešné profily. Ty byly určeny k vyhledávání, či sdílení anorektického obsahu bez vědomí jejich okolí.

Druhá dílčí otázka (VO2) zněla:

○ **Jak ovlivnily sociální sítě fázi léčby mentální anorexie u participantek?**

Čtyři participantky (Sára, Ema, Veronika, Pavlína) snížily výrazně svou aktivitu a čas na sociálních sítích v době, kdy se začaly z mentální anorexie dostávat. U dalších čtyř participantek (Jany, Natálie, Kateřiny, Lindy) nebyla dle získaných výpovědí zaznamenána výrazná změna v času tráveném na sociálních sítích. Byla však zaznamenána změna v obsahu, který se zde participantkám objevoval.

U participantek, které na sociálních sítích aktivními zůstaly můžeme znovu brát v potaz i faktor nemoci. Konkrétně že dotázané ženy mohly pod vlivem nemoci působit na obsah vyskytující se na sociálních sítích a nemuselo tomu být jen naopak.

Natálie našla oporu v jiných, kteří také procházejí léčbou. Ema naopak uváděla, že už se nejednalo o obsah pro ni.

Participantky se rozdělily na dvě poloviny, kdy jedna nezůstala na sociálních sítích příliš aktivní, zatímco druhá ano. Pokud sociální sítě měly vliv na léčbu mentální anorexie, neprojevalo by se to u všech participantek.

9 Diskuse

V této kapitole budou nejdříve data a výsledky zjištěné ve výzkumu srovnány s jinými výzkumy a literárními zdroji, které se objevily v teoretické části. Následně jsou probrané limity, ale také klady a přínosy tohoto výzkumu. Poté je v této kapitole obsažena sebereflexe. V neposlední řadě jsou zde zmíněna také doporučení pro případně navazující výzkumy.

Srovnání s jinými výzkumy

Výsledky bádání přinesly některé informace, které jsou podobné či shodné s informacemi, které byly již dříve objeveny v rámci jiných výzkumů.

Jak uvádí Kasper & Burghard (2011), nejčastějším obdobím výskytu mentální anorexie je puberta. To se ukázalo být také nejčastějším obdobím počátku mentální anorexie u účastnic tohoto výzkumného souboru.

Bakalářská práce, včetně výzkumu, je postavena pouze na účastnicích ženského pohlaví. Tak byl výzkumný soubor zvolen i z důvodu vyšší četnosti případů mentální anorexie u žen (Nolen-Hoeksema, 2012). V rámci příprav výzkumu nebyl objeven žádný muž, kterého by se téma mentální anorexie týkalo. Do výzkumu byly také zapojeny pouze vysokoškolačky a jedna studentka čtvrtého ročníku gymnázia, která se ale momentálně chystá ke studiu na vysoké škole. Mohlo se jednat pouze o chybu ve výběru. Kassin (2007) však uvádí, že se jedná především o střední a vyšší socioekonomické vrstvy, ve kterých se mentální anorexie hojněji vyskytuje. To se u našeho vzorku potvrdilo.

Krch (1999) uvádí, že rizikovým faktorem, který může odstartovat mentální anorexii, může být nějaká životní událost. Tak tomu bylo také v případě Veroniky, pro kterou byl počátek mentální anorexie spojen se smrtí dědečka. U Terezy se zase na mentální anorexii projevovalo rodinné prostředí. To bylo v období počátku nemoci plné hádek rodičů, což se dle Tozzi et al. (2003) ukazuje jako faktor, který ovlivnil vznik mentální anorexie. U Emy, Jany, Veroniky, Pavlínky nebo Terezy však můžeme vidět, že vznik mentální anorexie pravděpodobně nebyl podmíněn jedinou událostí nebo incidentem. Stejně jako uvádí Papežová (2010), šlo spíše o více událostí a jejich opakování, které mohlo respondentky traumatizovat a přispět tak k vzniku mentální anorexie.

Kästner et al. (2018) přišli s tvrzením, že pokud pacient trpí purgativním podtypem mentální anorexie, hospitalizace se prodlužuje. V rámci této bakalářské práce byly participantky dotazovány pouze na počet hospitalizací. Doplňující otázky týkající se hospitalizací byly kladeny pouze v případě Sary, Terezy a Veroniky. Ony samy totiž mluvily o vlivu a přínosu, který pro ně hospitalizace měla. Podtypy mentální anorexie nebyly konkrétně zkoumány. Většinou však přirozeně vyplynuly z rozhovorů s respondentkami. Pokud bychom mluvili o celkové délce onemocnění u respondentek, nikoliv s purgativním podtypem mentální anorexie, ale s mentální bulimií, zjistili bychom, že průměrná doba trvání poruch příjmu potravy u takových participantek byla průměrně zhruba o 1,2 roku delší. Tento údaj můžeme spočítat na základě údajů v tabulce 1, pokud sečteme dobu trvání všech poruch příjmu potravy u respondentek. Následně porovnáme průměrnou dobu trvání u participantek, které trpěly mentální bulimií a těch které jí netrpěly.

Gorwood et al. (2003) a Höschl et al. (2004) mluví o velkém významu genetiky a dědičnosti mentální anorexie. Nikdo kromě Veroniky však v rámci rozhovoru nezmínil, že by se mentální anorexie již dříve nebo později vyskytla u někoho jiného z rodiny. Výjimkou v rámci souboru, ohledně tématu dědičnosti, je Veronikina sestra. Ta v současné době trpí mentální bulimií a v předchozích letech trpěla mentální anorexií. Výskyt jiných případů v rámci rodin je samozřejmě možný, v rozhovoru na něj však nebyla kladena žádná otázka. Participantky by tak samy musely takovou skutečnost zmínit. Pochopitelně nebyla v rámci výzkumu realizována ani genetická analýza.

V rámci léčby se ve výzkumu od Tozzi et al. (2003) ukázalo, že pozitivní vliv na léčbu měl podporující partner, či vztah, což je faktor, který jako přínosný zmiňovala také Kateřina, Linda, či Jana.

Dle Pokorné (2017) je Facebook nejrozšířenější sociální síť ve velké části světa, včetně České republiky. V rámci výzkumné části Facebook zdaleka nebyl zmiňovaný nejčastěji. Participantky nejvíce mluvily o Instagramu a na něm sdílených fotkách, či na něm vyhledávaném obsahu. To samozřejmě může souviset také s tím, že se sociální sítě a jejich popularita neustále vyvíjí a mění. V současné době tedy může být nejrozšířenější sociální sítí Instagram.

Výzkum od Yeshua-Katz & Martins (2013) se shodoval s výpovědí Natálie. Ta mluvila o vyhledávání pro-ana stránek z důvodu motivace. Podporovalo ji, že chování,

kteře praktikuje dělají i jiní, ale ona ho může dělat lépe. Ve zmíněném výzkumu byli kontaktováni provozovatelé pro-ana blogů a byla zjišťována jejich motivace. Lze říci, že i Natálie, která takové stránky vyhledávala, měla podobnou motivaci jako autoři blogů. Tedy sociální oporu v jiných lidech prožívajících totéž.

Výzkum od Branley & Covey (2017) se zaměřoval na analýzu obsahu sociálních sítí. Příspěvky týkající se léčby a jejich přínos v průběhu léčby zmiňovala i Natálie. Nejednalo se však o příspěvky spojené s anorexií, ale bulimií, kterou Natálie také trpěla. Jejich přínos byl však stejný a participantku ujišťoval, že je možné nemoc překonat. Nyní jí navíc pomáhají v procesu léčby také příspěvky, spojené se zdravým životním stylem a jeho udržitelností. Podobně jako Kateřině, pro kterou se v době léčby staly významnou inspirací ženy, které natáčely videa o cvičení. Tomu se Kateřina věnuje i dnes o několik let později. Je tedy možné říci, že v některých případech se ukazují identické či velmi podobné výsledky jako ve zmíněném výzkumu. Samozřejmě se nabízí otázka, zda by měly sociální sítě stejný vliv i u dalších respondentek, pokud by zůstaly v období léčby na sociálních sítích více aktivní. S pozitivním vlivem může jistě souviset také algoritmus, upravující se aktivitou a obsahem, který uživatel aktivně vyhledává. Lze tedy předpokládat, že obsahem, který byl pro léčbu přínosný se obklopovaly participantky prvně samy, stejně jako tomu bylo na počátku mentální anorexie, kdy se algoritmus upravil k tématu „hubnutí“.

Schlegl et al. (2020) se ve svém výzkumu zabývali vlivem pandemie COVID-19 na ženy a dívky, které v minulosti ukončily léčbu mentální anorexie. Stejně jako ve zmíněném výzkumu, i Pavlína zaznamenala v průběhu pandemie zhoršení svých příznaků.

Limity výzkumu

Je potřeba vzít v potaz i limity této práce. V první řadě je potřeba zmínit, že samotná data mohla být zkreslená průběhem rozhovorů. V rámci výzkumu bohužel nebylo možné zajistit stejné podmínky pro všechny rozhovory. Původně bylo zamýšleno, že budou veškeré rozhovory probíhat *face to face*, jak ve finále probíhal pouze jeden rozhovor. Možnosti rozhovoru na živo by mohly zajistit atmosféru, která by mohla být pro participantky přívětivější. Je možné, že by v takovém prostředí bylo vytvořeno větší napojení na participantky, vznikla by vyšší důvěra a participantky by tak byly ochotné otevřít další, potenciálně citlivější témata. On-line prostředí na druhou stranu, dalo všem

participantkám možnost komunikovat své zkušenosti s tímto citlivým tématem z pohodlí domova, což mohlo vytvářet v jiném ohledu také pocit bezpečí.

Osm participantek ve finálním součtu využilo možnosti on-line setkání, především kvůli velkým dojezdovým vzdálenostem a možnosti většího soukromí. Jedna z těchto participantek se chtěla setkat osobně, neumožnil jí to však zdravotní stav. Rozhovor byl proto odložen o několik týdnů a proveden on-line formou. S jedinou participantkou byl tedy veden rozhovor osobně na živo.

Zmínit je potřeba i fakt, že kontakt s některými participantkami byl navázán dlouho před vznikem této bakalářské práce z důvodu osobní známosti. Náhled na jejich nemoc tak mohl být zkreslený předchozími diskusemi o mentální anorexii a mými zkušenostmi z období, kdy participantky nemocí procházely. Taková zkušenost mohla být však zároveň v určitých chvílích i výhodou, protože bylo možné doptat se na témata, která by participantky samy neotevřely.

Otázky rozhovoru se mohly lépe zaměřit na období před začátkem mentální anorexie, konkrétně kolik času tam participantky trávily a jaký obsah vyhledávaly, ačkoliv z některých rozhovorů bylo zřejmé, že se obsah na sociálních sítích participantek změnil, jedná se o část, která mohla být zmapována lépe, aby byl rozdíl zcela patrný.

Výzkumný soubor je ve finálním součtu velmi malý a žádná data tak nelze generalizovat. Výzkum navíc neobsáhl data od žádného muže a data se tak týkají pouze žen.

Přínosy a klady výzkumu

Výsledky praktické části by mohly mladým ženám, které se momentálně s mentální anorexií léčí přiblížit, jak sociální sítě působí na proces léčby mentální anorexie. Tedy jestli jsou v období léčby sociální sítě přínosné nebo je lepší se jejich užívání raději zdržet.

Nutné je zmínit osobní přínos, který tato práce měla od počátku výzkumu až do samého konce. Tedy od tvorby designu výzkumu, přes možnost vést rozhovor otázky a vyslechnout si příběhy participantek. Některé z nich byly skutečně velmi otevřené a umožnily tak ohromný náhled na celou problematiku mentální anorexie a sociálních sítí.

Participantky navíc umožnily zmapovat téma skrz své jedinečné zkušenosti a bylo tak možné dívat se na problematiku jejich očima. Mnoho žen bylo navíc ve svých výpovědích velmi detailní, což bylo velmi přínosné.

Za přínos lze považovat také poukázání na fenomén sociálních sítí a jeho propojenost s mentální anorexií.

Sebereflexe

V rámci IPA je důležité uvědomit si svou roli v pozici výzkumníka, pro kterého je předchozí zkušenost neoddělitelná. V tomto případě existuje předchozí zkušenost s tématem mentální anorexie, konkrétně se týká poměrně velkého výskytu případů mentální anorexie na mnou navštěvované střední škole, přičemž některé případy jsou obsaženy i v této bakalářské práci. Každodenní kontakt s touto nemocí a vzorci chování v blízkém okolí dal vzniknout velké citlivosti na toto téma a zvýšené pozornosti, když někdo v okolí začne hubnout, což se po zažitých událostech jeví jako výstraha. V některých zažitých případech spolužaček, které velmi rychle a velmi rapidně hubnuly, byla předchozí zkušenost s jinými případy mentální anorexie přetavena ve schopnost obezřetné komunikace. To vedlo k lepší možnosti zjišťování, jak na tom dané spolužačky jsou a následné účelnější pomoci. Za tu některé z nich později i poděkovaly a zmínily, že si jejich problému nikdo jiný nevšiml, a naopak byly z jiných stran zahlcovány komplimenty a otázkami, jak dokázaly zhubnout. S vyléčenými spolužačkami byly navíc již před zahájením práce na výzkumu vedeny četné rozhovory o tématu mentální anorexie. A to především z důvodu osobního zájmu o toto téma.

Předešlá zkušenost i s konkrétními případy před zahájením bakalářské práce mohla jistým způsobem určitě ovlivnit způsob uvažování při rozhovorech, práci s daty a jejich analýze. V rámci rozhovorů se však tako zkušenost ukázala jako přínosná a umožnila proniknout hlouběji do tématu. Zároveň bylo snazší porozumět situacím, o kterých participantky mluvily, právě díky předchozí zkušenosti. Vznikalo tak dobré porozumění, které pomohlo při tvoření doplňujících otázek v rámci konkrétních rozhovorů.

Návrhy pro případné navazující výzkumy

Při sběru dat, by bylo vhodné zaměřit se hlouběji na tematiku sociálních sítí a možná otázky více rozvrstvit.

Zároveň mohlo být v tomto kontextu také zjištěno jaký obsah dominoval na sociálních sítích participantek před propuknutím nemoci. Tím by mohl být lépe vyobrazěn kontrast obsahu v nemoci a před ní. Zároveň by to potvrdilo, že se obsah na sociálních sítích před počátkem lišil.

Zajímavé by bylo se zaměřit na otázku, zda obsah na sociálních sítích ovlivňuje průběh mentální anorexie nebo je tomu naopak. Tedy zda mentální anorexie ovlivňuje obsah, který je vyhledáván na sociálních sítích. Zdá se, že vztah je totiž alespoň částečně reciproční.

Pro možnou generalizaci výsledků na širší populaci by bylo samozřejmě potřeba o mnoho osob rozšířit zkoumaný vzorek a získat tak více výpovědí a bohatších dat. Zároveň by bylo dobré prozkoumat, jak fenomén sociálních sítí působí v jiných sociálních vrstvách, například u osob s nižším vzděláním. To by mohlo pomoci lépe porozumět, zda se působení sociálních sítí v různých sociálních vrstvách liší.

Rozšíření výzkumu by mohlo poskytnout také dotázání rodinných příslušníků, kteří mohli průběh nemoci vnímat jinak, než samotné participantky a umožnit tak nový zajímavý pohled na věc.

V neposlední řadě by bylo zajímavé propojit data i s mužskými participanty, čímž by se mohlo ukázat, jak se liší užívání sociálních sítí u mužů a žen a do jaké míry se liší vyhledávaný a sdílený obsah.

10 Závěr

Cílem této bakalářské diplomové práce bylo prozkoumat a zjistit, zda sociální sítě působí na mentální anorexii a její průběh. Žádoucí bylo také zjistit, jak se v průběhu mentální anorexie liší obsah vyskytující se na sociálních sítích postižených. Bádáno bylo také nad tím, jestli se obsah mění v závislosti na tom, o jakou část nemoci se zrovna jedná.

Data byla získávána od devíti participantek za užití polostrukturovaných rozhovorů. Následně byly výpovědi respondentek zpracovány pomocí interpretativní fenomenologické analýzy. Na základě IPA vyplynulo šest hlavních témat objevujících se napříč rozhovory. Konkrétně se jednalo o tato témata: Zvýšení aktivity na sociálních sítích s nástupem mentální anorexie, Vyhledávání nízkokalorických receptů a zdravého jídla na sociálních sítích, Pozitivní ohlasy na hubnutí na sociálních sítích, Falešný instagramový profil pro sledování a/nebo sdílení anorektického obsahu, Odpor k focení v průběhu léčby, Snížení aktivity na sociálních sítích v průběhu léčby mentální anorexie.

Na počátku nemoci bylo u většiny participantek znatelné navýšení času tráveného na sociálních sítích. Obsah na sociálních sítích respondentek se hojně týkal tématu hubnutí, zdravé stravy nebo přímo mentální anorexie. Některým dotázaným ženám se na sociálních sítích dostávalo pozitivních komentářů, když se jejich postava začala měnit. Pro část participantek byla taková pozornost motivujícím faktorem, který se podporoval nemoc nadále rozvíjet.

V průběhu léčby se u některých respondentek čas na sociálních sítích výrazně snížil. Důvodem omezení času na sociálních sítích byl buď fakt, že jim toto virtuální prostředí bylo nepříjemné nebo věděly, že obsah na sociálních sítích zhoršuje jejich psychický stav. Řadě participantek bylo navíc nepříjemné se fotit a tyto fotografie na sociálních sítích sdílet.

Participantky které zůstaly i při léčbě na sociálních sítích aktivní změnily obsah který vyhledávaly. V některých případech lze ale říct, že se nezměnil ani tak obsah jako přístup k němu. Sociální sítě sloužily jako způsob motivace a inspirace pro léčbu. U některých skrz příběhy jiných, kteří procházejí léčbou. Jiní vyhledávaly stále jídlo a sport, ale s vidinou budování zdravějšího těla.

Nic nenaznačuje tomu, že by byly sociální sítě v některém z případů úplným původcem mentální anorexie. V počáteční fázi nemoci se však mohly podílet na budování sebeobrazu a nemoci. Vliv ale měly samozřejmě i jiné faktory.

11 Shrnutí

Výzkumný problém se týká mentální anorexie a role sociálních sítí v kontextu této poruchy příjmu potravy. V teoretické části je mentální anorexie dle MKN-10 vymezena jako porucha příjmu potravy, kterou lze diagnostikovat na základě pěti kritérií. Konkrétně se jedná o BMI 17,5 nebo nižší, přičemž takto nízká váha je zapříčiněna jedním nemocného. Především pak odmítáním jídel „po kterých se tloustne“, nadměrným cvičením, užíváním diuretik či anorektik, vyprovokovaným zvracením nebo vyprovokovanou defekací. Mezi diagnostická kritéria dále patří psychopatologické znaky, kterými je zkreslená představa o vlastním těle a strach z tloušťky. Z fyzického hlediska se objevuje rozsáhlá endokrinní porucha, která se u žen nejčastěji projevuje jako amenorea. U předpubertálních pacientek se pak pubertální projevy opožďují, či zcela zastavují (Světová zdravotnická organizace, 2006). V 11. revizi, která je nyní v přechodném období, je zároveň upozorňováno na extrémně rychlý úbytek na váze. Tím je myšlena ztráta 20 % a více z celkové tělesné hmotnosti v období 6 měsíců, či méně (World Health Organization, 2019).

Mezi rizikové faktory pro vznik mentální anorexie patří, jako jeden z nejvýznamnějších ženské pohlaví. Ženy trpí mentální anorexie až dvacetkrát častěji než muži (Nolen-Hoeksema, 2012). Vliv na výskyt má také socioekonomický původ, přičemž incidence je vyšší ve středních a vyšších socioekonomických vrstvách (Kassin, 2007). Významně zvýšený výskyt mentální anorexie je v období puberty a dospívání, a věk tedy také hraje významnou roli (Krch, 2004). Význam může mít i genetika, jelikož dědičnost mentální anorexie se pohybuje okolo 70 % (Gorwood et al., 2003).

Mezi formy léčby mentální anorexie patří hospitalizace, částečná hospitalizace nebo ambulantní péče. Velký význam má i psychoterapie, z jejíchž řad je často využívána rodinná terapie, kognitivně behaviorální terapie a psychodynamická terapie. Pro podporu léčby se také někdy volí farmakoterapie (Krch et al., 2005). Cílem všech forem léčby je návrat normálních jídelních návyků a odstranění podvýživy a jejích psychických i fyzických následků (Höschl et al., 2004).

Rodinná situace je v některých případech jedním ze spoluviníků vzniku, vývoje a udržování mentální anorexie. Tato porucha příjmu potravy však může i zpětně komplikovat rodinné vztahy (Kocourková & Koutek, 2018). V případě rodinné terapie tak

může vzniknout přínos nejen pro pacienta samotného, ale i celou jeho rodinu, přičemž klíčové je aktivní zapojení všech členů (Grange, 1999). Rodinná terapie je však spíše doplňkem k individuální terapii (Krch et al., 2005).

Jako doplněk k léčbě lze využít také farmakoterapii, přičemž takový druh léčby je vždy pouze doplňkem k léčbě hlavní. Nejčastějším medikamentem používaným při léčbě mentální anorexie jsou antidepresiva (Češková & Palčíková, 2007). Své místo v léčbě mentální anorexie mají také anxiolytika (Höschl et al., 2004).

Sociální sítě začaly vznikat již s příchodem emailu v 60. letech 20. století, ačkoliv internet se stal veřejnosti přístupným až v roce 1991 (Edosomwan, 2011). Sociální sítě dnes známe jako takové webové a počítačové programy, které lidem umožňují komunikovat a sdílet informace na internetu za použití počítače, či mobilního telefonu (Cambridge Dictionary, n.d.).

Cílem prezentovaného výzkumu bylo zjistit, zda sociální sítě mají vliv na průběh mentální anorexie. Pokud ano, jak konkrétněji působí. Pro výzkum byl zvolen kvalitativní přístup. Byla využita metoda polostrukturovaného rozhovoru s následnou analýzou dat pomocí IPA. Participantky byly pro rozhovory hledány za využití nepravděpodobnostního výběru, konkrétně záměrného. Dvě respondentky se přihlásily samy na základě sdíleného Facebookového příspěvku, a lze tak říct že se u nich jednalo o samovýběr.

Výzkumu se zúčastnilo devět respondentek ve věku 19 až 23 let. Doba trvání mentální anorexie u těchto participantek se pohybovala od půl roku po 7 let.

Rozhovory probíhaly převážně skrz on-line videohovory na platformách Microsoft Teams nebo Google Meet, dle preference participantek. Jedna participantka pak využila možnosti setkání *face to face*. Nejkratší rozhovor trval 32 minut a nejdelší hodinu a 5 minut. Data byla anonymizována v souladu s informovaným souhlasem, který participantky podepsaly. Následně bylo každé z nich náhodně přiděleno ženské křestní jméno.

Rozhovory byly přepsány a následně analyzovány za užití interpretativní fenomenologické analýzy. To umožnilo objevení zásadních témat, která byla viděna napříč rozhovory. Z rozhovorů byla pomocí IPA analyzována tato hlavní témata: Zvýšení aktivity na sociálních sítích s nástupem mentální anorexie, Vyhledávání nízkokalorických receptů a zdravého jídla na sociálních sítích, Pozitivní ohlasy na hubnutí na sociálních sítích, Falešný

instagramový profil pro sledování a/nebo sdílení anorektického obsahu, Odpor k focení v průběhu léčby, Snížení aktivity na sociálních sítích v průběhu léčby mentální anorexie.

V úvodu nemoci se u většiny participantek navýšil čas, který na sociálních sítích trávily. Obsah, který v této době vyhledávaly zároveň souvisel s hubnutím, zdravým jídlem nebo konkrétně mentální anorexií. Několika participantkám se na sociálních sítích dostávalo v úvodní fázi nemoci pozitivních komentářů na jejich měnící se postavu. Tato pozornost byla všemi participantkami, kterých se týkala vnímána jako faktor, který je podporoval v dalším hubnutí.

Ve fázi léčby mentální anorexie se čas trávený na sociálních sítích u řady participantek snížil. U těchto i dalších participantek se změnil vyhledávaný obsah. Sociální sítě byly v období léčby častěji naplněné obsahem, který pomáhal nebo alespoň nepřitěžoval léčbě. V některých případech byla obsahem přímo podporována léčba, jiné participantky hledaly motivaci k udržitelnému životnímu stylu.

Výstupy mapují podstatné téma a ačkoli není možné závěry generalizovat, rozšiřují naše povědomí o problematice mentální anorexie v kontextu sociálních sítí.

LITERATURA

- Au, E. S., & Cosh, S. M. (2022). Social media and eating disorder recovery: An exploration of Instagram recovery community users and their reasons for engagement. *Eating Behaviors*, 46. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2022.101651>
- Arthurs, J., Drakopoulou, S., & Gandini, A. (2018). Researching youtube. *Convergence*, 24(1), 3-15. <https://doi.org/10.1177/1354856517737222>
- Ayers, S., & de Visser, R. (2015). *Psychologie v medicíně*. Grada.
- Boyd, D. (2015). Social media: A phenomenon to be analyzed. *Social Media+ Society*, 1(1). <https://doi.org/10.1177/1750698017750012>
- Branley, D. B., & Covey, J. (2017). Pro-ana versus pro-recovery: A content analytic comparison of social media users' communication about eating disorders on Twitter and Tumblr. *Frontiers in psychology*, 8, 1356. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01356>
- Caers, R., De Feyter, T., De Couck, M., Stough, T., Vigna, C., & Du Bois, C. (2013). Facebook: A literature review. *New media & society*, 15(6), 982-1002. <https://doi.org/10.1177/1461444813488061>
- Cambridge Dictionary. (n.d.). Social media. Cambridge Dictionary. Získáno dne 19. září 2022 z <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/social-media>
- Cnattingius, S., Hultman, C. M., Dahl, M., Sparén, P. (1999). Very Preterm Birth, Birth Trauma, and the Risk of Anorexia Nervosa Among Girls. *Arch Gen Psychiatry*, 56(7), 634-638. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.56.7.634>
- Černá, R. (2012). *O poruchách příjmu potravy pro otce a partnery*. Anabell.
- Češková, E., & Palčíková, I. (2007). Farmakoterapie mentální anorexie. *Česká a Slovenská psychiatrie*, 103(6).
- Dawson, L., Rhodes, P., & Touyz, S. (2014). "Doing the impossible" the process of recovery from chronic anorexia nervosa. *Qualitative Health Research*, 24(4), 494-505.

- Edosomwan, S., Prakasan, S. K., Kouame, D., Watson, J., & Seymour, T. (2011). The history of social media and its impact on business. *Journal of Applied Management and entrepreneurship*, 16(3), 79.
- Egger, N., Wild, B., Zipfel, S., Junne, F., Konnopka, A., Schmidt, U., de Zwaan, M., Herpertz, S., Zeeck, A., Löwe, B., von Wietersheim, J., Tagay, S., Burgmer, M., Dinkel, A., W. Herzog & König, H. H. (2016). Cost-effectiveness of focal psychodynamic therapy and enhanced cognitive-behavioural therapy in outpatients with anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 46(16), 3291-3301. <https://doi.org/10.1017/S0033291716002002>
- Fairburn, C. G. (2005). Evidence-based treatment of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 37, S26-S30. <https://doi.org/10.1002/eat.20112>
- Fisher, C. A., Hetrick, S. E., & Rushford, N. (2010). Family therapy for anorexia nervosa. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004780.pub2>
- Fittig, E., Jacobi, C., Backmund, H., Gerlinghoff, M., & Wittchen, H. U. (2008). Effectiveness of day hospital treatment for anorexia nervosa and bulimia nervosa. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, 16(5), 341-351. <https://doi.org/10.1002/erv.883>
- Galsworthy-Francis, L., & Allan, S. (2014). Cognitive behavioural therapy for anorexia nervosa: A systematic review. *Clinical psychology review*, 34(1), 54-72. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.11.001>
- Gorwood, P., Kipman, A., & Foulton, C. (2003). The human genetics of anorexia nervosa. *European Journal of Pharmacology*, 480(1), 163-170. <https://doi.org/10.1016/j.ejphar.2003.08.103>
- Grange, D. L. (1999). Family therapy for adolescent anorexia nervosa. *Journal of Clinical Psychology*, 55(6), 727-739. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-4679\(199906\)55:6<727::AID-JCLP6>3.0.CO;2-3](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(199906)55:6<727::AID-JCLP6>3.0.CO;2-3)

- Herpertz-Dahlmann, B., Schwarte, R., Krei, M., Egberts, K., Warnke, A., Wewetzer, C., ... & Dempfle, A. (2014). Day-patient treatment after short inpatient care versus continued inpatient treatment in adolescents with anorexia nervosa (ANDI): a multicentre, randomised, open-label, non-inferiority trial. *The Lancet*, 383(9924), 1222-1229. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62411-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62411-3)
- Hjorth, L., & Hinton, S. (2019). *Understanding social media*. Sage.
- Hoek, H. W. (2006). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 19(4), 389-394. <https://doi.org/10.1097/01.yco.0000228759.95237.78>
- Hosák, L., Podzimková, D., Slabá, L., Vojtíšková, H., Kosová, H., & Čermáková, E. (2007). Léčba poruch příjmu jídla na psychiatrické klinice v Hradci Králové. *Psychiatrie v praxi*, 2, 88-91.
- Howard, S. (2008). *Psychodynamická psychoterapie*. Portál.
- Höschl, C., Libiger, J., & Švestka, J. (Eds.). (2004). *Psychiatrie*. Tigis.
- Chancellor, S., Mitra, T., & De Choudhury, M. (2016). Recovery amid pro-anorexia: Analysis of recovery in social media. In *Proceedings of the 2016 CHI conference on human factors in computing systems*. 2111-2123. <https://doi.org/10.1145/2858036.2858246>
- Chang, Y., Tang, L., Inagaki, Y., & Liu, Y. (2014). What is tumblr: A statistical overview and comparison. *ACM SIGKDD explorations newsletter*, 16(1), 21-29.
- Instagram. (n.d.). In Wikipedia. Získáno 16. října 2022 z <https://en.wikipedia.org/wiki/Instagram>
- Kasper, H., & Burghard, W. (2011). *Výživa v medicíně a dietika*. Grada.
- Kästner, D., Löwe, B., Weigel, A., Osen, B., Voderholzer, U., & Gumz, A. (2018). Factors influencing the length of hospital stay of patients with anorexia nervosa—results of a prospective multi-center study. *BMC Health Services Research*, 18(1), 1-7. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2800-4>
- Kassin, S. (2007). *Psychologie*. Computer Press, a.s.

- Kelty, C., & Erickson, S. (2018). Two modes of participation: A conceptual analysis of 102 cases of Internet and social media participation from 2005–2015. *The Information Society*, 34(2), 71-87. <https://doi.org/10.1080/01972243.2017.1414092>
- Kleifield, E. I., Wagner, S., & Halmi, K. A. (1996). Cognitive-behavioral treatment of anorexia nervosa. *Psychiatric Clinics of North America*, 19(4), 715-737. [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(05\)70377-4](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(05)70377-4)
- Kocourková, J., & Koutek, J. (2018). Mentální anorexie s raným začátkem, diagnostika a terapie. *Česko-Slovenská Pediatrie*, 73(5), 320-323.
- Kocourková, J. & Koutek, J. (2003, 22. července). Úvodní slovo odborníků. Portál. <https://nakladatelstvi.portal.cz/nakladatelstvi/aktuality/79735>
- Krch, F. D. (2004). Poruchy příjmu potravy – rizikové faktory. *Psychiatrie pro praxi*, 1, 14-16. https://www.psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-200401-0004_Poruchy_prijmu_potravy-rizikove_faktory.php
- Krch, F. D., Beumont, P. J. V., Deth, R. v., Fairburn, Ch. G., Faltus, F., Freeman, Ch. P. C., Garner, D. M., Hainer, V., Kocourková, J., Lask, B., Nicholls, D., Norré, J., Probst, M., Vandereycken, W., Williams, H. & Eisler, I. (2005). *Poruchy příjmu potravy* (2. vydání). Grada.
- Krch, F. D., Beumont, P. J. V., Deth, R. v., Fairburn, Ch. G., Faltus, F., Freeman, Ch. P. C., Garner, D. M., Hainer, V., Kocourková, J., Lask, B., Nicholls, D., Norré, J., Probst, M., Vandereycken, W., & Williams, H. (1999). *Poruchy příjmu potravy: Vymezení a terapie*. Grada.
- Martínková, J., Grim, J., Hojdíková, H., Chládek, J., Chládková, J., Kulda, K., & Libiger, J. (2018). *Farmakologie pro studenty zdravotnických oborů* (2. vydání). Grada.
- Meisnerová, E. (2013). Poruchy příjmu potravy z pohledu internisty. *Interní medicína pro praxi*, 15(8–9), 266-268. https://www.internimedicina.cz/artkey/int-201308-0008_Poruchy_prijmu_potravy_z_pohledu_internisty.php
- Merriam-Webster. (n.d.). Hashtag. *Merriam-Webster*. Získáno dne 16. října 2022 z <https://www.merriam-webster.com/dictionary/hashtag>
- Merriam-Webster. (n.d.). Pharmacotherapy. *Merriam-Webster*. Získáno dne 3. října 2022 z <https://www.merriam-webster.com/dictionary/pharmacotherapy>

- National Eating Disorders Association. (2018, 19. února). Body Image & Eating Disorders. Získáno 29. března 2023 <https://www.nationaleatingdisorders.org/body-image-eating-disorders>
- National Eating Disorders Association. (2017, 21. února). Risk Factors. Získáno 29. března 2023 <https://www.nationaleatingdisorders.org/risk-factors>
- Němečková, P. (2007). Poruchy příjmu potravy. *Psychiatrie pro praxi*, 4, 155-157. https://www.psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-200704-0002_Poruchy_prijmu_potravy.php
- Nolen-Hoeksema, S., Frederikson B. L., Loftus G. R., & Wagenaar, W. A. (2012). *Psychologie Atkinsonové a Hilgarda*. Portál.
- Novotná, H., Špaček, O., & Jantulová, M. Š. (2019). *Metody výzkumu ve společenských vědách*. FHS UK.
- Nozoe, S. I., Soejima, Y., Yoshioka, M., Naruo, T., Masuda, A., Nagai, N., & Tanaka, H. (1995). Clinical features of patients with anorexia nervosa: assessment of factors influencing the duration of in-patient treatment. *Journal of psychosomatic research*, 39(3), 271-281. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)00141-Q](https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)00141-Q)
- Orel, M., Facová, V., Heřman, M., Koranda, P., Šimonek, J., & Volková Palátová, L. (2020). *Psychopatologie*. Grada.
- Oxford Learner's Dictionaries. (n.d.). Microblogging. *Oxford Learner's Dictionaries*. Získáno dne 16. října 2022 z <https://www.oxfordlearnersdictionaries.com/definition/english/microblogging>
- Padín, P. F., González-Rodríguez, R., Verde-Diego, C., & Vázquez-Pérez, R. (2021). Social media and eating disorder psychopathology: A systematic review. *Cyberpsychology: Journal of Psychosocial Research on Cyberspace*, 15(3).
- Papežová, H. (2010). *Spektrum poruch příjmu potravy: Interdisciplinární přístup*. Grada.
- Papežová, H., Raboch, J., & Anders, M. (2016). Opustil nás docent František Faltus. *Česká a slovenská psychiatrie*, 112(1), 51-52. http://www.cspsychiatr.cz/cislo_akt.php?cis=82
- Pearce, J.M.S. (2004). Richard Morton: Origins of Anorexia nervosa. *European Neurology*. 52(4), 191-192. <https://doi.org/10.1159/000082033>

- Perrin, A. (2015). Social media usage. *Pew research center*, 125, 52-68.
- Pospíšilová, M. (2017). *Facebooková nezávislost: Identita, interakce a uživatelská kariéra na Facebooku*. Karolinum.
- Raboch, J., Hrdlička, M., Mohr, P., Pavlovský, P. & Ptáček, R. (2015). *DSM-5: Diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Hogrefe Testcentrum.
- Řiháček, T., Čermák, I., & Hytych, R. (2013). *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Masarykova univerzita.
- Sajithra, K., & Patil, R. (2013). Social media—history and components. *Journal of Business and Management*, 7(1), 69-74.
- Shinebourne, P. (2011). The Theoretical Underpinnings of Interpretative Phenomenological Analysis (IPA). *Existential Analysis: Journal of the Society for Existential Analysis*, 22(1).
- Schlagwein, D., & Hu, M. (2017). How and why organisations use social media: five use types and their relation to absorptive capacity. *Journal of Information Technology*, 32(2), 194-209. <https://doi.org/10.1057/jit.2016.7>
- Schlegl, S., Maier, J., Meule, A., & Voderholzer, U. (2020). Eating disorders in times of the COVID-19 pandemic—Results from an online survey of patients with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*. 53(11), 1791– 1800. <https://doi.org/10.1002/eat.23374>
- Smith, J. A. (2017). Interpretative phenomenological analysis: Getting at lived experience. 12(3), 303–304. *The Journal of Positive Psychology*.
- Strnadová, J. (2012). Fyziologické aspekty mentální anorexie [Nepublikovaná bakalářská diplomová práce]. Univerzita Palackého v Olomouci.
- Světová zdravotnická organizace. (2006). *Mezinárodní klasifikace nemocí - 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování: popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka*. (3. vydání). Psychiatrické centrum Praha.
- Šejnohová, H. (2014). Mentální anorexie z pohledu sociálního pedagoga [Nepublikovaná bakalářská diplomová práce]. Univerzita Palackého v Olomouci.

- Štěpánková, T., Papežová, H., Uhlíková, P., & Ptáček, R. (2013). Hyperkinetická porucha a porucha pozornosti u komorbidních poruch příjmu potravy. *Česká a slovenská psychiatrie*, 109(3), 128-135.
- Tong, S. T., Heinemann-Lafave, D., Jeon, J., Kolodziej-Smith, R., & Warshay, N. (2013). The use of pro-ana blogs for online social support. *Eating disorders*, 21(5), 408-422. <https://doi.org/10.1080/10640266.2013.827538>
- Tozzi, F., Sullivan, P. F., Fear, J. L., McKenzie, J., & Bulik, C. M. (2003). Causes and recovery in anorexia nervosa: The patient's perspective. *International Journal of Eating Disorders*, 33(2), 143-154. <https://doi.org/10.1002/eat.10120>
- Twitter. (n.d.). In Wikipedia. Získáno 16. října 2022 z <https://en.wikipedia.org/wiki/Twitter>
- Vybíral, Z., & Roubal, J. (Eds.). (2010). *Současná psychoterapie*. Portál.
- Vybíral, Z., & Vondráčková, P. (2012). Co vyplývá z výzkumů účinnosti online psychoterapie?. *Československá Psychologie*, 56(6).
- Wattenhofer, M., Wattenhofer, R., & Zhu, Z. (2012). The YouTube social network. In *Proceedings of the International AAAI Conference on Web and Social Media*, 6(1), 354-361. <https://doi.org/10.1609/icwsm.v6i1.14243>
- World Health Organization. (2019). *International statistical classification of diseases and related health problems* (11. vydání). <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/263852475>
- Yackobovitch-Gavan, M., Golan, M., Valevski, A., Kreitler, S., Bachar, E., Lieblich, A., Mitrani, E., Weizman, A. & Stein, D. (2009). An integrative quantitative model of factors influencing the course of anorexia nervosa over time. *International Journal of Eating Disorders*, 42(4), 306-317. <https://doi.org/10.1002/eat.20624>
- Yeshua-Katz, D., & Martins, N. (2013). Communicating stigma: The pro-ana paradox. *Health communication*, 28(5), 499-508. <https://doi.org/10.1080/10410236.2012.699889>

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Otázky pro polostrukturovaný rozhovor

Příloha 2: Plakát o výzkumu

Příloha 3: Informovaný souhlas

Příloha 4: Abstrakt česky

Příloha 5: Abstrakt anglicky

Příloha 1: Otázky pro polostrukturovaný rozhovor

Základní okruhy pro polostrukturovaný rozhovor bakalářské práce Sociální sítě v kontextu mentální anorexie u mladých žen

Vstupní kritéria: BMI < 17,5 nebo diagnostikovaná mentální anorexie (MA), věk ≥ 18 let

1. Základní demografické údaje

- a) Věk
- b) Věk na počátku MA
- c) Přibližná doba trvání MA
- d) Počet hospitalizací
- e) Přetrvávání MA do současnosti
- f) Nejvyšší dosažené vzdělání
- g) Zaměstnání
- h) Počet sourozenců + rodinné zázemí
- i) Partnerské vztahy

2. Začátek a průběh MA

- a) Co bylo úplně na začátku? Jak to začalo?
- b) Na co jste se v první řadě začala zaměřovat?
- c) Kolik času jste v tomto období trávila na sociálních sítích? Zaznamenala jste při nástupu svých obtíží změnu v aktivitě na sociálních sítích?
- d) Jaký obsah jste v této době vyhledávala a sdílela na sociálních sítích a jaký pro Vás měl tento obsah význam?
- e) Dostávalo se Vám na sociálních sítích větší pozornosti, když se Vaše postava začala měnit? → pokud ano: Jaký na Vás tato pozornost měla vliv?

3. Léčba MA

- a) Kdy jste si uvědomila, že potřebujete pomoc? Co to bylo za moment?
- b) Co bylo potom? Co jste dělala? Jak jste k tomu přistupovala?
- c) Jaký obsah jste poté začala vyhledávat a jaký pro Vás měl tento obsah význam? Kolik času jste na sociálních sítích trávila?
- d) Jaký význam pro Vás mělo užívání sociálních sítí v této době?
- e) Jaký obsah jste v té době sdílela/sdílela? Co Vás k tomu vedlo/vede?

4. Nyní

- a) Jaké je to v této době? Co sociální sítě a Vy?
- b) Jak byste poradila ostatním, kteří si MA procházejí?
- c) Je něco, co chcete dodat? Něco, co Vás teď napadá? Co by mělo zazní?

*Sociální sítě v kontextu
mentální anorexie u
mladých žen*

HLEDÁM RESPONDENTKY DO BPI!

Jste žena ve věku 18-25 let?
Prošla jste si mentální anorexií?
Jste uživatelkou sociálních sítí?

ODPOVĚDĚLA JSTE ANO NA VŠECHNY
OTÁZKY?

Právě Vás hledám pro rozhovor do své bakalářské práce. Délka rozhovoru je 30-45 minut. Veškeré osobní údaje budou anonymizovány.

V PŘÍPADĚ ZÁJMU SE MI PROSÍM OZVĚTE.

Děkuji.

karolina.lackova01@upol.cz



Příloha 3: Informovaný souhlas



Informovaný souhlas s poskytnutím rozhovoru a jeho následným zpracováním a použitím v bakalářské práci Sociální sítě v kontextu mentální anorexie u mladých žen

Název práce: Sociální sítě v kontextu mentální anorexie u mladých žen

Autor práce: Karolína Lacková

Vedoucí práce: MUDr. PhDr. Miroslav Orel, PhD.

Prohlašuji, že jsem byla seznámena s podmínkami účasti na výzkumu „Sociální sítě v kontextu mentální anorexie u mladých žen“ a že se jej účastním dobrovolně. Současně prohlašuji, že jsem měla možnost si řádně a v dostatečném čase zvážit všechny relevantní informace o výzkumu, zeptat se na vše podstatné týkající se účasti ve výzkumu a že jsem dostala jasné a srozumitelné odpovědi na své dotazy.

Beru na vědomí, že údaje poskytnuté pro účely tohoto výzkumu jsou anonymní a nebudou použity jinak, než k interpretaci výsledku v rámci bakalářské práce.

Rovněž беру на vědomí, že mohu z výzkumu kdykoli, podle svého vlastního uvážení, vystoupit.

Moje připomínky:.....

.....

Jméno a příjmení.....

V.....

Dne.....

Podpis.....

Příloha 4: Abstrakt česky

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Sociální sítě v kontextu mentální anorexie u mladých žen

Autor práce: Karolína Lacková

Vedoucí práce: MUDr. Miroslav Orel, Ph.D.

Počet stran a znaků: 67, 122 785

Počet příloh: 5

Počet titulů použité literatury: 76

Mentální anorexie je porucha příjmu potravy. Typické je pro ni úmyslné a vědomé snižování hmotnosti a její aktivní udržování na nízké hodnotě. Nejčastější je výskyt u žen v období puberty. Z psychiatrických onemocnění má mentální anorexie nejvyšší úmrtnost, pohybuje se mezi 3-18 %. Sociální sítě jsou takové webové a počítačové programy, které umožňují komunikaci a sdílení informací na internetu za použití počítače či mobilního telefonu. Cílem výzkumné části je prostřednictvím kvalitativního výzkumu zjistit, jestli a jak sociální sítě ovlivňují průběh mentální anorexie. Data byla získávána pomocí polostrukturovaného rozhovoru a analyzována za užití interpretativní fenomenologické analýzy. Konkrétní vzorek se sestává z devíti mladých žen ve věku 18-25 let, které jsou a v průběhu mentální anorexie byly uživatelkami sociálních sítí. Výzkum ukázal možné spojitosti mezi vlivem sociálních sítí a průběhem mentální anorexie.

Klíčová slova: poruchy příjmu potravy, mentální anorexie, sociální sítě

Příloha 5: Abstrakt anglicky

Title: The Role of Social Media in the Context of Anorexia Nervosa in Young Women

Author: Karolína Lacková

Supervisor: MUDr. PhDr. Miroslav Orel, Ph.D.

Number of pages and characters: 67, 122 785

Number of appendices: 5

Number of references: 76

Anorexia nervosa is an eating disorder. Patients who suffer from this illness deliberately and consciously reduce their weight and maintain it at a low level. It is most common in women in puberty. From all psychiatric illnesses, anorexia nervosa is the one with the highest mortality rate (3-18 %). Social media are web sites or computer programs that allow people to communicate and share information on the Internet using a computer or a phone. The aim of this thesis is to find out through qualitative research, whether and how social media impacts the course of anorexia nervosa. The data was collected via semi-structured interview. It was then analyzed using interpretative phenomenological analysis. The sample consists of nine women aged 18-25 who have been social media users while suffering from anorexia nervosa. Research has shown possible connections between the influence of social networks and the course of anorexia nervosa.

Key words: eating disorders, anorexia nervosa, social media