

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

SOUVISLOST BODY IMAGE A HUBENÉHO
IDEÁLU SE ZÁCHVATY PŘEJÍDÁNÍ
U DOSPĚLÝCH ŽEN

RELATIONSHIP BETWEEN BODY IMAGE AND THIN IDEAL
WITH BINGE EATING IN ADULT WOMEN



Bakalářská diplomová práce

Autor: **Adriana Hustáková**

Vedoucí práce: **Helena Pipová, Ph.D.**

Olomouc
2023

Mé velké díky patří vedoucí mé bakalářské diplomové práce, paní Heleně Pipové, Ph.D. za její trpělivost, laskavý přístup a cenné komentáře. Dále děkuji paní Jaroslavě Suché, Ph.D. za pomoc při překladech. Poděkování patří i panu Filipovi Zlámalovi, Ph.D. za jeho odbornou pomoc a rady při zpracovávání statistické části. Moc si vážím podpory přátel a rodiny a také respondentů, kteří umožnili tuto práci realizovat.

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou práci na téma: „*Souvislost body image a hubeného ideálu se záchvaty přejídání u dospělých žen*“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucí diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne

Podpis

OBSAH

ÚVOD.....	5
TEORETICKÁ ČÁST	6
1 ZÁCHVATY PŘEJÍDÁNÍ	7
1.1 Poruchy příjmu potravy spojené se záchvaty přejídání.....	8
1.2 Záchvatovité přejídání – Binge Eating Disorder (BED).....	9
1.3 Záchvaty přejídání a Body Mass Index.....	12
1.4 Modely vzniku záchvatů přejídání.....	13
1.4.1 Kognitivně-behaviorální model.....	13
1.4.2 Transdiagnostický kognitivně-behaviorální model.....	14
1.4.3 Model závislosti na jídle.....	15
1.4.4 Integrovaný kognitivně-behaviorální model	15
1.4.5 Kognitivní model bulimie nervosy.....	16
1.4.6 Dual path-way model	17
2 BODY IMAGE	18
2.1 Pozitivní body image.....	19
2.2 Negativní body image	21
2.3 Body image u žen.....	22
2.4 Faktory související s body image.....	23
3 IDEÁL ŠTÍHLOSTI	25
3.1 Ideál štíhlosti v médiích	25
3.2 Ideál štíhlosti v kultuře a společnosti.....	28
3.3 Ideál štíhlosti v souvislosti s rodinou a vrstevníky	29
3.4 Ideál štíhlosti a protektivní faktory	31
4 SOUVISLOST ZÁCHVATŮ PŘEJÍDÁNÍ S BODY IMAGE	32
5 SOUVISLOST ZÁCHVATŮ PŘEJÍDÁNÍ S IDEÁLEM ŠTÍHLOSTI	34
VÝZKUMNÁ ČÁST	36
6 STANOVENÍ VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU A CÍLŮ PRÁCE	37
7 TESTOVÉ METODY.....	39
7.1 Škála záchvatového přejídání (BES)	39
7.2 Škála tělesného hodnocení pro adolescenty a dospělé (BESAA)	40
7.3 Škála stereotypizace tělesného ideálu (IBSS).....	41

7.4	Převod metody IBSS	42
8	SBĚR DAT A VÝZKUMNÝ SOUBOR.....	43
8.1	Sběr dat.....	43
8.2	Výzkumný soubor	44
8.3	Etika výzkumu	46
9	PRÁCE S DATY A VÝSLEDKY	47
9.1	Metody zpracování a analýza dat.....	47
9.2	Zhodnocení platnosti hypotéz	49
9.3	Psychometrické parametry škály IBSS	52
9.4	Psychometrické parametry škály BESAA	53
10	DISKUSE	57
11	ZÁVĚR	63
	SOUHRN	64
	SEZNAM LITERATURY	67
	PŘÍLOHY	80

ÚVOD

Téma poruch příjmu potravy je ve 21. století stále aktuálnější. Do nedávna však většina lidí znala pouze anorexii a bulimii nervosu. Dnes se ale do popředí dostávají i další poruchy tohoto spektra, včetně záchvatovitého přejídání. Nyní se téma záchvatovitého přejídání postupně rozšiřuje z klinického prostředí do širšího povědomí společnosti. Tento posun je velmi významný hlavně pro jedince, kteří poruchou trpí. Je důležité, aby se lidé za záchvaty přejídání nestyděli a byli si schopni přiznat, kdy už se jedná o poruchové chování. Šíření informací o této poruše může významně ovlivnit jedince, aby se nebáli vyhledat pomoc.

V moderním světě jsme pod neustálým vlivem médií, vrstevníků i společnosti. Ať chceme nebo ne, to, co zobrazují, na nás nějakým způsobem působí. Pokud jsme dennodenně vystaveni perfektně štíhlým modelkám v televizi a na sociálních sítích, nebo naši přátelé neustále mluví o tom, jaké nejrůznější stoprocentně účinné diety musíme vyzkoušet, může to na nás zanechat určitou stopu.

S tímto tématem souvisí i naše body image. Budeme spokojeni s vlastním tělem, pokud jsme neustále zahlceni nerealistickými ideály? Jakou to může mít souvislost se vznikem poruch příjmu potravy? Jak konkrétně je to spojeno se záchvaty přejídání? Těmito otázkami a mnohými dalšími se zabývají odborníci po celém světě. Avšak nalezení odpovědi není vždy snadné. Cílem této práce je do této problematiky přinést alespoň drobný vhled, jak by spolu záchvaty přejídání, body image a internalizace tělesných ideálů mohly být spojeny.

Tuto práci tvoří teoretická část, ve které si danou problematikou teoreticky ukotvíme. Každé proměnné věnujeme samostatnou kapitolu. Dále navazuje část výzkumná, která se mimo popis souvislostí záchvatů přejídání s body image a internalizací tělesných ideálů zabývá i převodem metody IBSS věnující se tělesným ideálům do českého jazyka. Pomáhá tak rozšířit plejádu daných nástrojů na našem území.

Další výzkum záchvatů přejídání považujeme za velmi důležitý. Tímto problémem trpí velké množství osob, mužů i žen v různém věku. S další modernizací problematika dále roste. Je tedy žádoucí, abychom se pokusili najít odpovědi na otázky spojené s tímto chováním a mohli tak pomoci lidem, kteří jsou záchvaty přejídání postiženi.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ZÁCHVATY PŘEJÍDÁNÍ

Na úvod této kapitoly si vysvětlíme, jak si vlastně epizodu záchvatu přejídání představit. Záchvat přejídání, v angličtině „binge eating“, vychází ze slova „binge“. To podle Cambridgeského slovníku můžeme popsat jako událost, kdy je daná aktivita hnána do extrému, nejčastěji se jedná o pití, jedení nebo utrácení peněz (Cambridge University Press, 2022).

Záchvaty přejídání se jako relevantní symptomy objevují u spousty poruch příjmu potravy (PPP). Jako příklady uveďme záchvatovité přejídání (BED), kterému se tato práce bude nejobsáhleji věnovat, dále bulimii nervosu (BN), anorexii nervosu (AN), konkrétně její purgativní typ se záchvaty přejídání, a spoustu dalších specifických PPP (Hudson et al., 2007).

Epizoda záchvatu přejídání je součástí diagnostických kritérií pro BED, vycházející z anglického slova „binge-eating disorder“. Podle pátého vydání Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch (dále DSM-5) je epizoda záchvatu přejídání charakterizována dvěma podmínkami. Zaprvé musí člověk za určitý časový interval (uvádí se do 2 hodin) sníst takové množství potravy, jaké by většina lidí nebyla schopná ve stejných podmínkách sníst. Druhou podmínkou je pocit ztráty kontroly nad jedením v průběhu epizody. Například, že člověk za žádných okolností nemůže přestat jíst nebo zažívá pocit, že vůbec nemá pod kontrolou, jaké jídlo jí a kolik je schopný ho zkonsumovat (American Psychiatric Association [APA], 2013).

Epizody záchvatů přejídání jsou spojovány s minimálně se třemi z následujících podmínek (APA, 2013, str. 370): „(1) *Jedinec jí mnohem rychleji, než je obvyklé.* (2) *Jedinec jí do té doby, než se začne cítit přeplněný.* (3) *Jedinec sní veliký objem jídla, i když nepocituje hlad.* (4) *Jedinec jí o samotě, protože mu je trapné, kolik jídla zkonsumuje.* (5) *Jedinec se následovně cítí znechucen sám sebou, depresivně nebo velmi provinile.*“

Fairburn (2013) popisuje záchvaty přejídání pomocí několika kritérií – pocitů, které záchvaty přejídání provází, rychlosti jedení, agitovanosti, pocitu změněného vědomí, utajování a ztráty kontroly. Co se pocitů týče, první momenty epizody záchvatu přejídání mohou být velmi uspokojivé. Brzy jsou ale nahrazeny znechucením až odporem k sobě samému. I přes tyto pocity však někteří lidé pokračují v jídle. Rychlost jedení je typicky velmi rychlá. Lidé si jídlo mohou mechanicky cpát do úst a téměř jej nežvýkat. Někteří jedinci jsou u záchvatu velmi agitovaní. Jejich tempo jedení zpomaluje a zrychluje, mohou

různě přecházet po místnosti, případně se během epizody potulují po okolí a vyhledávají další jídlo. V průběhu epizody pocíťují obrovské bažení (craving), které je nutí neustále jíst.

Pocity změněného vědomí lidé popisují, jako by byli v transu. Zažívají pocity odosobnění a jejich pohyby se stávají téměř automatickými. Typická epizoda záchvatu přejídání se projevuje v tajnosti. Spoustu lidí se tak stydí za své chování, že se jim záchvaty přejídání daří držet v tajnosti roky. Právě ztráta kontroly odlišuje záchvaty přejídání od každodenního přejídání. Některé pocity ztráty kontroly přepadá již před začátkem epizody, jiné zahlučuje postupně v průběhu záchvatu. U dalších se poté objeví až když je po všem a oni si uvědomí, co vlastně udělali (Fairburn, 2013).

Ve studii Telchové et al. (1998) definují záchvaty přejídání samotné obézní ženy trpící BED. Ztrátu kontroly k definici záchvatů přejídání použilo 82 % žen („*Zažívám pocity, kdy nad sebou naprosto ztratím kontrolu*“). Pocity, že nad jídlem nemáme kontrolu, se tak staly nejčastěji používanými pro definici záchvatů přejídání. Méně než polovina tázaných žen definovala záchvaty přejídání pomocí velkého množství snědeného jídla – „*Záchvat přejídání je, když sním všechno, například celé balení zmrzliny*“. Třetina žen by řekla, že záchvaty přejídání slouží jako regulace negativních pocitů („*Záchvat přejídání je tu pro mě, když se potřebuji zbavit bolesti*“). Další definice zahrnovaly například velmi rychlé jedení, pocity přecpání a nepříjemné plnosti, jedení i přesto, že nemáme hlad nebo jedení v tajnosti.

1.1 Poruchy příjmu potravy spojené se záchvaty přejídání

Jelikož se záchvaty přejídání často objevují jako jeden ze symptomů pro různé PPP, uznali jsme za vhodné v práci některé z nich uvést. V práci si stručně popíšeme BN, AN a hlavně BED, kterému se budeme věnovat v samostatné kapitole. Jednotlivé diagnózy se mohou lišit přítomností či nepřítomností nápravného chování po záchvatu přejedení, vlastní frekvencí záchvatů či ostatní symptomatikou dané diagnózy.

Mentální bulimie – Bulimia Nervosa (BN). Dle DSM-5 řadíme BN pod PPP. BN musí splňovat několik diagnostických kritérií. Jedná se o již výše zmíněné a definované záchvaty přejídání, na které však navazuje kompenzační chování, kterým se jedinec snaží zabránit přibírání na váze. Může se jednat například o vyvolávání zvracení, užívání projímadel, hladovění nebo extrémní cvičení. Záchvaty přejídání a následné nápravné chování se pak v průměru objevují alespoň 1 krát za týden po dobu 3 měsíců. Sebehodnocení člověka je dáno tím, kolik váží, a jak vypadá jeho tělo. Porucha se však výhradně nevyskytuje během epizod AN (APA, 2013).

Diagnózu BN najdeme v 10. verzi Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) pod kódem F50.2, kdy je definována podobně jako v DSM-5. MKN-10 dále uvádí, že BN má mnoho společného s diagnózou AN, kdy se jedná hlavně o zvýšené pozorování vlastní tělesné hmotnosti a tvaru svého těla. Bulimici mívají vyšší riziko poruchy elektrolytové rovnováhy a somatických komplikací jako důsledek opakovaného zvracení (World Health Organization [WHO], 2016).

Mentální anorexie – Anorexia Nervosa (AN). Další poruchou příjmu potravy je AN. Dle DSM-5 pro diagnostiku musí být přítomna několik kritérií. Nemocný omezuje svůj příjem jídla, což vede k velmi nízké hmotnosti v kontextu jeho věku, pohlaví, vývoje a zdraví (jeho váha je menší než předpokládaná minimální norma). Člověk se také intenzivně strachuje, aby nepřibral kila navíc nebo nebyl tlustý. Případně dlouhodobě vykazuje chování, které přibírání na váze brání, například užívá laxativa nebo vyvolává zvracení. Dále je rozrušen z vlastní váhy či tvaru těla, svou vlastní sebehodnotu určuje dle své hmotnosti a postavy, nebo u něj dochází k trvalé neschopnosti uznat závažnost své nízké váhy (APA, 2013).

AN rozlišujeme na restriktivní a purgativní typ se záchvaty přejídání. U restriktivního typu anorexie se nemocná osoba v průběhu posledních 3 měsíců pravidelně nepřejídá ani nevyvolává zvracení či neužívá laxativa, diuretika a další způsoby nápravného chování. Naopak purgativní typ anorexie s epizodami přejídání je ten, kdy osoba za poslední 3 měsíce opětovně trpí záchvaty přejídání nebo vyvolává zvracení, zneužívá projímadla apod. (APA, 2013).

V MKN-10 se diagnóza nachází pod kódem F50.0. Je definována obdobně jako v DSM-5. Dále je zde uvedeno, že se porucha vyskytuje nejčastěji u adolescentních dívek a mladých žen, ale nevyhýbá se ani adolescentním chlapcům a mladým mužům, dětem kolem puberty nebo starším ženám až do období menopauzy. Jedinci obvykle trpí podvýživou a sekundárními obtížemi spojenými s endokrinními a metabolickými změnami, či poruchami tělesných funkcí (WHO, 2016).

1.2 Záchvatovité přejídání – Binge Eating Disorder (BED)

V této podkapitole se budeme věnovat záchvatovitému neboli psychogennímu přejídání. Nejprve si jej obecně popíšeme a řekneme si něco málo k samotné diagnóze, poté si stručně přiblížíme epidemiologii.

Nedílnou součástí BED, jsou právě záchvaty přejídání. BED je podobné BN, ale nezahrnuje žádné pokusy o nápravu a zamezení přibírání na váze, jako je například

zvracení. Jak jsme si již uvedli v předchozích kapitolách, BED provází epizody přejídání, při kterých jedinec konzumuje velké množství jídla v krátkém časovém úseku, kdy za jednu epizodu může být zkonsumováno až tisíce kalorií. Wolfeová et al. (2009) ve své souhrnné studii uvádí rozsah cca 750–3 000 kalorií v rámci jedné epizody, což může být až dvojnásobek běžného denního příjmu.

BED byla jako samostatná diagnóza s dostatečnými diagnostickými kritérii v DSM uznána teprve nedávno, v květnu roku 2013 byla zahrnuta do páté edice. Najdeme ji pod kódem 307.51. Kritéria pro BED podle DSM-5 zahrnují výše uvedenou charakteristiku záchvatů přejídání, ve zkratce se jedná o sněžení velkého množství jídla v časové periodě do 2 hodin za přítomnosti pocitů ztráty kontroly. Epizoda záchvatu přejídání také musí splňovat alespoň 3 z výše popsanych podmínek, např. nepříjemné pocity plnosti nebo pocity odporu a viny po přejedení. Třetím kritériem je přítomnost výrazné úzkosti z přejídání. Čtvrté kritérium se zabývá četností výskytu epizod přejídání. Podle DSM-5 se jedná o alespoň 1 den v týdnu po dobu 3 měsíců. Poslední kritérium nám říká, že záchvaty přejídání nejsou spojeny s žádnou pravidelnou regulací přejídání nebo nápravným chováním, jako je například zvracení, držení půstů nebo nadměrné cvičení. Postižený jedinec také zároveň netrpí dalšími PPP, například AN nebo BN (APA, 2013).

V DSM-5 dle APA (2013) je také nově uvedena škála závažnosti BED. Poruchu dělíme podle četnosti epizod přejídání na:

1. **mírnou** (1–3 epizody za týden),
2. **střední** (4–7 epizod za týden),
3. **těžkou** (8–13 epizod za týden) a
4. **extrémně těžkou** (14 a více epizod za týden).

V MKN-10 je BED uvedeno pod kódem F50.4. Zde je pojmenováno jako přejídání, které je spojené s jinými psychickými poruchami. Definujeme jej jako přejídání, které vedlo k obezitě, a které vzniklo jako reakce na nějakou stresující událost (WHO, 2016).

Dle současného chápání BED jsou ale tato kritéria poměrně matoucí a zavádějící. Tím, že nám tato definice nepodává žádná konkrétní kritéria, která by definovala BED jako takové, přidruženou psychopatologii nebo například četnost epizod záchvatů přejídání, bereme ji jako nevyhovující a neaktuální. Dále vlastně vůbec neplatí, že nemocný trpící BED musí splňovat kritéria pro obezitu. Je pravda, že velká část nemocných obézních doopravdy je, ale poruchou může trpět i pacient s normální hmotností (Kviatkovská et al., 2016).

Odhad výskytu BED je důležitý pro vhodné rozpoznání nemoci, léčby a prevence. V současné době se epidemiologie BED opírá o komunitní studie. Ty mohou zahrnovat jak

podrobné diagnostické rozhovory, tak jednoduché online dotazníky. Mohou být celostátní nebo zaměřené na rizikové skupiny obyvatel či menšiny. Zobecnění mezi studii je tedy často obtížné (Keski-Rahkonen, 2021).

Metaanalýza srovnávající 32 studií z období 1995–2017 odhaduje celosvětovou aktuální prevalenci BED jako 0,9 %. Prevalence BED se mezi studii provedenými v bohatých zemích, v Latinské Americe a na Středním východě systematicky nelišila. Diagnostické definice BED se v průběhu času ale vyvíjely. Prevalence BED dle DSM-5 byla na základě pěti studií určena jako 1,5 % u žen a 0,3 % u mužů (Ersikine & Whiteford, 2018).

Hudson et al. (2007) uvádí, že BED je nejčastější PPP v USA, kdy jí trpí 3,5 % žen a 2 % mužů. BED se tak stala víc než třikrát častější než AN a BN dohromady. Tyto informace na svých stránkách uvádí i asociace NEDA (National Eating Disorders Association). V nedávné rozsáhlé celostátní studii na území USA, které se zúčastnilo více než 36 000 osob starších 18 let, kritéria pro celoživotní diagnózu BED splnilo 1,25 % žen a 0,42 % mužů (Udo & Grilo, 2018).

V souhrnné studii Sminka et al. (2012) se celoživotní prevalence BED v Evropě pohybuje kolem 1,9 % u žen a 0,3 % u mužů. Data byla získána z průzkumů v 6 evropských zemích. V této studii ale byla použita ještě starší diagnostická kritéria ze čtvrté edice DSM, která jsou přísnější než kritéria z DSM-5 (ze 2 epizod záchvatů přejídání za týden se kritéria změnila na pouhou 1 epizodu týdně).

BED může trpět kdokoliv v jakémkoliv věku, ale většinou se začíná objevovat v rané dospělosti. Jeho kořeny však můžeme nalézt již v adolescenci. Porucha poté může přetrvávat až daleko do středního věku, pokud jedinec nevyhledává pomoc (Brownley et al., 2016). Kessler et al. (2013) udává, že záchvaty přejídání jsou častější u dospívajících. Za průměrný věk začátku BED a BN uvádí rozmezí od konce dospívání do začátku 20. roku života. Mustelinová et al. (2015) za průměrný věk začátku BED udávají 19 let, kdy ale tvrdí, že je onemocnění u mladších méně časté. Dále například Hudson et al. (2007) udává začátek nemoci na 21. rok.

Věk se odráží i na první epizodě záchvatu přejídání. Z jedinců, kteří si někdy prošli epizodami přejídání, 30 % zažilo svou první epizodu do 18 let. Ale 70 % z nich ji zažilo až v dospělosti. Průměrný věk, kdy u jedince k první epizodě záchvatu přejídání došlo, je 23,6 let. Záchvaty přejídání byly dle této studie více než dvakrát častější u dospělých žen než u dívek do věku 18 let (Brewerton et al., 2014).

1.3 Záchvaty přejídání a Body Mass Index

Body Mass Index (BMI) je ukazatel pro stanovení výživového stavu dospělých. Je definován jako podíl hmotnosti v kilogramech a výšky v metrech na druhou (kg/m^2). BMI byl vyvinut jako ukazatel rizika onemocnění. K některým běžným onemocněním souvisejícím s nadváhou a obezitou patří například předčasné úmrtí, kardiovaskulární onemocnění, vysoký krevní tlak, nebo cukrovka. BMI je rozlišován do několika kategorií (WHO, 2010):

1. **podváha** (BMI nižší než 18,5),
2. **normální váha** (BMI 18,5–24,9),
3. **nadváha** (BMI 25–29,9),
4. **obezita I. stupně** (BMI 30–34,9),
5. **obezita II. stupně** (BMI 35–39,9) a
6. **obezita III. stupně** (BMI vyšší než 40).

V MKN-10 obezita (BMI > 30) stále patří mezi diagnostická kritéria BED. Jak si níže uvedeme, toto kritérium je poměrně zavádějící, jelikož BED mohou trpět i jedinci, kteří obézní nejsou. V naší práci tedy vycházíme z klasifikace DSM-5, jelikož tato diagnostická kritéria považujeme za vhodnější.

Zdá se, že BMI a PPP jsou propojeny. To vyvolává otázku, jestli některé z poruchového jídelního chování jedinců s PPP může souviset s jejich tělesnou hmotností. Mnoho předchozích výzkumů zkoumalo BED u jedinců s nadváhou nebo obezitou, kteří hledali léčbu, což omezuje zobecnění těchto zjištění na osoby s normálním BMI. Je časté, že jedinci trpící záchvaty přejídání spadají do kategorie s vyšším BMI, ale velká část z nich má normální váhu, nebo dokonce podváhu (Mackenzie & Harris, 2015). Smink et al. (2012) uvádí, že obezita je v USA prokázána u 42 % nemocných s BED.

Studie Grucza et al. (2007) nachází epizody záchvatů přejídání hlavně u jedinců s vyšším BMI. Ve studii téměř 70 % osob s pozitivním screeningem na BED uvedlo BMI vyšší než 30 a téměř 20 % uvedlo BMI vyšší než 40. Dle studie Kesslera et al. (2013) mají jedinci trpící BN a BED vyšší BMI než jedinci bez historie PPP. Většina z nich je obézních nebo mají nadváhu, ale porucha se týká i jedinců s normálním či nízkým BMI. Větší riziko nadváhy až obezity je způsobeno tím, že jedinci přijímají obrovské množství jídla. To však ale neznamená, že by všichni lidé, kteří mají nadváhu nebo trpí obezitou, byli diagnostikováni s BED (Brownley et al., 2016). Jedním z důvodů však může být i výše

zmíněný fakt, že obézní lidé častěji vyhledávají léčbu a dostávají se tak do většího povědomí lékařů a vědců (Grucza et al., 2007).

Jiné studie ale souvislost mezi BMI a záchvaty přejídání nenašly (Mason & Lewis, 2014; Saules et al., 2009; Yiu et al. 2017). Výsledky Masona a Lewise (2014) však ukazují, že vyšší BMI rizikovým faktorem pro záchvaty přejídání být může, ale pouze v kombinaci s dalšími proměnnými (konkrétně s depresivními příznaky a emočním jedením). Studie Saulesové et al. (2009) našla jen slabou souvislost mezi BMI a záchvaty přejídání. Za důležitější než samotný BMI považuje jedincovo přesvědčení, že má nadváhu i přes to, že dle BMI nadváže třeba vůbec neodpovídá. Ve skupinách jak s nadváhou, tak bez nadváhy měli ti, kteří se domnívali, že jejich BMI nadváže odpovídá, výrazně vyšší pravděpodobnost záchvatů přejídání.

Gussová et al. (2002) zkoumali spojitost mezi BMI a velikostí záchvatu přejídání (měřeno jako počet zkonsumovaných kalorií). Když byli zkoumaní jedinci požádáni, aby se přejídali, ukázalo to na zajímavé spojitosti. Jedinci trpící BED s vyšším BMI se přejídali více než jedinci s BED s nižším BMI. Při porovnání s jedinci, kteří BED netrpí, lidé s BED jedli více. Studie zjistila, že velikost záchvatů přejídání souvisí s BMI, ale pouze u jedinců s BED a také pouze tehdy, když dostali instrukce, aby se přejídali.

1.4 Modely vzniku záchvatů přejídání

V této kapitole si stručně rozebereme modely vzniku záchvatů přejídání. Modelů existuje nespočet, pro naši práci jsme vybrali několik nejznámějších, abychom pomocí nich mohli nastínit, co vlastně záchvaty přejídání může způsobovat. Bližší porozumění samotným příčinám považujeme za důležité jak pro ucelený vhled do dané problematiky, tak pro další zkoumání.

Nejprve si popíšeme jak původní kognitivně-behaviorální model, tak jeho modernější varianty či rozšíření. Ve zkratce se budeme věnovat i sociokulturnímu modelu dvojí cesty, který za rizikový faktor považuje sociokulturní tlaky.

1.4.1 Kognitivně-behaviorální model

Kognitivně-behaviorální model Fairburna et al. (1994) předpokládá, že nízké sebehodnocení přispívá k predikci přeceňování hodnoty jídla, hmotnosti a tvaru těla a jejich kontroly. Jinými slovy se jedná o tendenci vnímat vlastní hodnotu na základě jídla, hmotnosti a tvaru těla, a jak tyto aspekty dokážeme udržet pod kontrolou. To následně předpovídá přísné diety. Předpokladem je, že restriktce stravy může vyústit v záchvaty přejídání, které následně vyvolávají zvracení, či jiné nápravné chování.

Tento model byl podpořen dalšími studii (Byrne & McLean, 2002; Decaluwé & Braet, 2005), které potvrdily souvislost mezi nízkým sebehodnocením a obavami souvisejícími s hmotností a tvarem těla, jež souvisely s restriktivním stravováním. Decaluwová a Braetová (2005) také uvádí souvislost mezi dietami a záchvaty přejídání. Také byla nalezena souvislost mezi záchvaty a nápravným chováním, což se následně promítlo do začarovaného kruhu epizod přejídání a nápravného chování. Tento výzkum ale nepotvrdil, že se s vyšší restrikcí stravy závažnost záchvatů přejídání zvyšuje (Byrne & McLean, 2002).

1.4.2 Transdiagnostický kognitivně-behaviorální model

Tento model vznikl jako rozšíření modelu Fairburna et al. (1994). Autoři původní model rozšířili o 4 udržovací mechanismy: (1) klinický perfekcionismus, (2) nízké sebehodnocení, (3) intoleranci své nálady a (4) interpersonální obtíže. Důvodem bylo, že u některých pacientů může docházet k interakci těchto mechanismů se základními udržovacími mechanismy samotné PPP. Pokud k tomu dojde, je to překážkou v uzdravení. Tento model již vysvětluje kromě BN i další PPP, včetně těch atypických, jelikož se na jejich udržování podílejí společné mechanismy (Fairburn et al., 2003).

Studie Lampardové et al. (2011) porovnávala původní a rozšířený kognitivně-behaviorální model. Výsledky naznačují, že původní i rozšířený model dobře vysvětlují nápravné chování (např. vyvolávání zvracení), ale rozšířený model lépe vysvětluje restriktivní jedení a záchvaty přejídání. To naznačuje, že přidané proměnné (interpersonální problémy a intolerance nálady) zlepšily užitečnost modelu. V modifikovaném modelu bylo nízké sebehodnocení spojeno s větším přeceňováním hmotnosti a tvaru těla, což souviselo se zvýšenou restrikcí potravy. Mezilidské problémy byly přímo spojeny s dietami, záchvaty přejídání pak se zvýšeným nápravným chováním. Některé klíčové vztahy v modelu však nebyly podpořeny. Například větší intolerance nálady (měřená jako tendence vyhýbat se prožívání afektu) nebyla spojena se závažnějšími záchvaty přejídání. Autoři spekulují, že pokud se aktivně vyhýbáme situacím vyvolávajícím nepříjemné emoce, budeme méně často prožívat afekt, a je tedy méně pravděpodobné, že jej budeme regulovat pomocí přejídání.

1.4.3 Model závislosti na jídle

Z novějších modelů si uvedme model Treasurové et al. (2018). Autoři uvádí, že transdiagnostický kognitivně-behaviorální model potřebuje další úpravy, jelikož pro mnoho jedinců (zejména pro ty na extrémních koncích váhového spektra) tento popis není plně vyhovující. Model věnuje biologickým faktorům, které jsou základem opakovaných záchvatů přejídání, poměrně málo pozornosti. Studie navrhuje aktualizovaný model pro BN a BED, který vychází z hypotézy závislosti na jídle. Od dřívějších modelů se liší tím, že zahrnuje rozdíly v rysech charakterizovaných přirozenou touhou uspokojit své potřeby (např. vyhledávání odměny či vyhýbání se trestu) a aspekty exekutivních funkcí (např. impulzivitou), a zároveň zohledňuje adaptační změny centrálního nervového systému. V rámci tohoto modelu autoři navrhli 5 hlavních udržovacích mechanismů.

1. Genetická náchylnost k závislosti na jídle v kombinaci s restrikcí jídla zvyšuje motivační význam jídla jako podnětu.
2. Pravděpodobnost vzniku závislosti na jídle se zvyšuje v kontextu chronického stresu a problémů v mezilidských vztazích, které vedou k nedostatku jiných zdrojů odměny.
3. Západní stravovací návyky podporují konzumaci potravin s vysokým glykemickým indexem. Impulzivita a potíže s odložením potěšení mohou zvyšovat náchylnost k těmto spouštěčům.
4. Zpracované potraviny s přidaným tukem a rafinovanými sacharidy způsobují velké výkyvy hladiny glukózy v krvi. Tyto výkyvy mohou být navíc zvýrazněny například zvracením při BN.
5. To následně mění vzorce dopaminové aktivity, což vede k adaptaci centrálního nervového systému. Postupem času se mezi podněty k jídlu a záchvatem přejídání vytvoří spojení podnětu a reakce, čímž se upevní nutková povaha záchvatu.

1.4.4 Integrovaný kognitivně-behaviorální model

Další z novějších modelů také vznikl na základě kognitivně-behaviorálního modelu. Integrovaný model bere v úvahu roli bazálního nízkého sebehodnocení, negativních emocí (např. deprese, úzkosti a stresu), potíží s regulací emocí, restriktivního stravování (např. diety) a konkrétních nevhodných přesvědčení o jídle. Výsledky studie poskytují podporu pro vztah mezi záchvaty přejídání a výše popsány faktory. Práce zdůrazňuje zejména význam základního nízkého sebehodnocení pro rozvoj a udržení záchvatů, kdy základní nízké hodnocení zprostředkovává epizody přejídání jak přímo (prostřednictvím

omezování se v jídle nebo přesvědčení o jídle), tak nepřímou (prostřednictvím negativního afektu nebo obtížemi s regulací emocí) (Burton et al., 2019).

Model ukazuje 2 cesty k záchvatům přejídání, prostřednictvím diet nebo prostřednictvím přesvědčení o jídle. Je možné, že se však jedná o 2 odlišné typy záchvatů přejídání. První typ, zprostředkovaný restriktivním stravováním, se více podobá transdiagnostickému modelu. Mohlo by se jednat o typ záchvatu přejídání, který je udržován pocitem ztráty kontroly a častěji jej můžeme nalézt u osob s restriktivními PPP (například purgativní AN se záchvaty přejídání a některé případy BN). Druhý typ, který je zprostředkován přesvědčením o jídle, více připomíná kognitivní model BN. Tento typ záchvatu přejídání by mohl zastávat funkci útěchy. Častější je u lidí, kteří se v jídle neomezují, například u BED, některých případů BN a subklinických záchvatů přejídání (Burton et al., 2019).

1.4.5 Kognitivní model bulimie nervosy

Tento model vznikl na základě klinických zkušeností autorů a jejich předchozích výzkumů. Popisuje, jakým způsobem dochází k záchvatům přejídání, kdy zdůrazňuje jak udržovací, tak vývojové faktory. Mezi relevantní udržovací faktory tento model řadí pozitivní přesvědčení o jídle, negativní přesvědčení o své hmotnosti a tvaru těla, tolerantní myšlenky a myšlenky, že nemáme možnost mít nad nimi kontrolu. Dále popisuje důležité vývojové faktory, kam řadí například negativní rané zkušenosti, negativní přesvědčení o sobě samém nebo různé typy základních předpokladů (Cooper et al., 2004).

Dle autorů modelu samotné epizodě záchvatu přejídání předchází aktivace negativních přesvědčení o sobě samém (např. pocit, že nás nikdo nemůže mít rád), kdy spouštěčem mohou být události související s jídlem, hmotností či postavou jedince (např. poznámka k naší váze), či nesouvisející událost, jako je hádka. Následně přicházejí pocity úzkosti, deprese, či viny. Záchvat pak slouží jako cesta ke zvládnutí těchto emocí a jídlo je tak spojeno s pozitivním přesvědčením. Takto vedle sebe existují jak pozitivní, tak negativní emoce a nastává konflikt, který je stresující. Aby člověk tento stres zmírnil, je buď k jídlu tolerantní (záchvat si dovolí) nebo epizodu přejídání označí za nekontrolovatelnou. U jedince se poté střídají pozitivní přesvědčení, že mu jídlo přinese úlevu, a negativní přesvědčení, které se obvykle týkají váhy (např. že ztloustne). Tyto pocity opět tvoří disonanci, kterou jedinec řeší záchvatem přejídání a následným kompenzačním chováním a bludný kruh se tak uzavírá (Cooper et al., 2004).

1.4.6 Dual path-way model

Eric Stice (1994) ve své studii navrhl sociokulturní model dvojí cesty pro vysvětlení BN. Tento model popisuje 2 cesty od nespokojenosti s vlastním tělem až po záchvat přejídání. Model předpokládá, že sociokulturní tlaky, které vnímáme skrze rodinu, vrstevníky a média, podporují internalizaci těchto ideálů. Jejich internalizace vede k nespokojenosti s tělem kvůli nerealisticky štíhlému standardu, kterého nejsme schopni dosáhnout.

Stice v roce 2001 model upřesnil. První část modelu říká, že nespokojenost s tělem vede k restriktivnímu stravování a dietám, což následně zvyšuje pravděpodobnost záchvatů přejídání a BN jako kompenzace kalorického defektu. Nebo jedinec po porušení pravidel naplno propadne chování, kterému se snažil zabránit (tzv. efekt porušení abstinence). Druhá část modelu předpokládá, že nespokojenost s vlastním tělem a omezené stravování vyvolávají BN prostřednictvím negativních emocí. Negativní emoce vedou k BN, jelikož se předpokládá, že přejídání a nápravné chování je regulují (Stice, 2001).

Další výzkumy tento model potvrdily (Dakanalis et al., 2014; Stice & Van Ryzin, 2019), ale jednotlivé části modelu nebyly podpořeny. Zejména existují rozporuplné poznatky o tom, zda jsou diety prediktorem záchvatů přejídání (Dakanalis et al., 2014; Van Strien et al. 2005).

Model byl různě modifikován. Chengová a Weiová (2022) nahradily negativní emoce obtížemi s regulací emocí. Zjistili, že samotný vztah mezi nespokojeností s tělem a záchvaty přejídání nebyl u žen ani u mužů zprostředkován dietami. Tento vztah ale u žen potvrdili, když do modelu přidali obtíže v regulaci emocí. Pokud v modelu restriktivní stravování obtížemi v regulaci emocí nahradili, vztah byl nalezen jak u mužů, tak u žen.

2 BODY IMAGE

Body image (neboli tělesné sebezpojetí) je významnou součástí celkového sebezpojetí, které má 3 složky – konativní, kognitivní a emotivní. Pojem body image se dá vymezit jako postoj jedince k vlastnímu tělu nebo jako tělesný obraz. Analogicky s celkovým sebezpojetím u něj rozlišujeme 3 dimenze (Schlegel & Fialová, 2023):

1. **kognitivní dimenze** (shrnuje poznání vlastního těla, včetně jeho proporcí, velikosti či tvaru),
2. **konativní (behaviorální) dimenze** (zahrnuje charakteristiky chování, jako například stravovací návyky, životní styl nebo kontrola fyzické kondice) a
3. **emotivní (afektivní) dimenze** (vyjadřuje, jak hodnotíme vlastní tělo, jak nespokojeni jsme s jeho částmi, případně jakou míru důvěry máme v jeho funkčnost, výkonnost a kompetence).

Body image se dle Cashe (2004) vztahuje k mnohostrannému psychologickému prožívání vlastního těla, zejména k fyzickému vzhledu (ale ne výhradně). Body image zahrnuje sebezpojetí a postoje související s vlastním tělem, včetně myšlenek, přesvědčení, pocitů a chování. Tento koncept také pojímá naše přesvědčení o tom, co si o našem těle asi musí myslet ostatní (Moe, 1999).

Názvosloví spojené s body image je však různé. Někteří autoři používají jako zastřešující termín *narušený obraz těla* (body image disturbance), který má odkazovat ke komplexnímu pojetí body image, zahrnující kognitivní, behaviorální a afektivní složku spolu s vnímáním. Dalším termínem pro body image může být *nespokojenost s vlastním tělem* (body dissatisfaction), který zachycuje kontinuum nespokojenosti–spokojenosti v narušeném obrazu těla. Existuje řada dalších termínů, například *obavy týkající se těla, úcta k vlastnímu tělu* či *zkreslení těla*. Někteří výzkumníci tyto termíny striktně odlišují, jiní je zase mohou vzájemně zaměňovat (Thompson et al., 1999).

Schlegel a Fialová (2023) u body image dále rozlišují 3 základní složky:

1. **vzhled** (atraktivita, která je udávána moderními ideály krásy, vliv vzhledu vrstevníků, vlastní představy, jak by mělo vypadat perfektní tělo, a co považuje za přitažlivé opačné pohlaví),
2. **zdatnost** (zahrnuje výkonnost a funkčnost našeho těla, jestli jsme rychlí, obratní, silní a vytrvalí, a jestli všechny části našeho těla fungují bez problémů tak, jak mají),
3. **zdraví** (jestli se člověk cítí dobře a zažívá pohodu jak fyzickou, psychickou tak sociální).

Výzkum týkající se body image ve 21. století výrazně povýšil na významnosti. V akademické sféře se výzkumníci z řady oborů začali zajímat o faktory, které ovlivňují prožívání lidí, a jaký vliv má body image na jejich chování. Výrazný nárůst kosmetických chirurgických operací, obav z nezdravého stravování nebo užívání prášků na hubnutí podnítily výzkumníky, aby se pokusili porozumět motivaci, která vede k tomuto chování (Grogan, 2017).

Zájem psychologů a sociologů o body image pramení z práce Paula Schildera z 30. let minulého století. Před jeho studii se výzkum body image omezoval téměř výhradně na studium zkresleného body image způsobeného poškozením mozku. Neurologové se snažili pochopit neobvyklé formy vnímání a prožívání těla včetně fenoménu fantomova údu, které jejich pacienti uváděli. Body image bylo zkoumáno pouze po stránce fyzické, ale jen málo se přihlíželo k psychologickým proměnným. Schilder ve svém výzkumu ale zohlednil i širší psychologické a sociologické rámce, v nichž se vnímání a prožívání body image odehrává (Cash & Smolak, 2011).

Do 80. let minulého století se psychologové zabývali hlavně body image u mladých žen, jelikož výzkum tohoto konceptu má své kořeny v klinické psychologii a psychiatrické práci zaměřené na PPP, kterými tyto ženy trpěly. To bohužel posílilo představy, že se tento problém týká pouze mladých žen, a že tento konstrukt zahrnuje jen obavy o hmotnost a tvar těla. Od 80. let 20. století se však výzkum body image rozšířil i na muže a ženy ve všech věkových kategoriích a bylo uznáno, že tento koncept zahrnuje více než obavy o tvar a hmotnost. V moderním světě zájem o body image výrazně roste. Existuje velké množství výzkumů, experimentů i studií na toto téma, což podtrhuje jeho důležitost (Grogan, 2017).

2.1 Pozitivní body image

Body image je multidimenzionální konstrukt, který má jak pozitivní, tak negativní rysy. Ještě na začátku tohoto století se však výzkumy, teorie a praxe zaměřovaly pouze na pochopení, prevenci a léčbu negativních rysů (Cash & Smolak, 2011). V posledním desetiletí však oblast pozitivního body image výrazně prosperuje. Tento aspekt má svůj původ v pozitivní psychologii, jejímž cílem je umožnit lidem rozpoznat jejich silné stránky a rozvíjet je (Tylka & Wood-Barcalow, 2015).

Wood-Barcalowová et al. (2010, s. 112, volný překlad) na základě své studie definovali pozitivní body image takto:

„Pozitivní body image definujeme jako komplexní lásku a úctu k tělu, která jedincům umožňuje (a) ocenit jedinečnou krásu svého těla a funkce, které pro ně plní; (b) přijmout

a dokonce obdivovat své tělo, včetně těch aspektů, které neodpovídají idealizovaným představám; (c) cítit se krásně, pohodlně, sebejistě a spokojeně se svým tělem, což se často projevuje jako vnější záře; (d) zdůrazňovat přednosti svého těla, místo zabývání se jeho nedokonalostmi; (e) být vědomě spojeni s potřebami svého těla; a (f) interpretovat přicházející informace způsobem, který chrání jedincovo tělo, přičemž většinu pozitivních informací internalizuje a většinu negativních informací odmítá nebo přeformulovává.“

Pozitivní body image však není opakem negativního. Autorky Striegel-Moorová a Cachelinová v roce 1999 přišly s teorií, že některé charakteristiky pozitivního body image mohou být jedinečné, a ne pouze protikladné k těm, které jsou spojeny s negativním body image. Přesto je někdy pozitivní body image mylně interpretováno jako nízká nespokojenost s vlastním tělem, nízké zaujetí vlastním tělem či malý rozdíl mezi skutečností a ideálem. Výzkum ukazuje, že pozitivní body image je komplexnější (citováno v Cash & Smolak, 2011).

Mylné definice mohou být jedním z důvodů, proč se výzkum pozitivního body image rozvíjel tak pomalu, jelikož se nepovažovalo za nutné jej studovat odděleně. Pozitivní body image je vícerozměrný konstrukt, který zahrnuje následující aspekty (Tylka & Wood-Barcalow, 2015):

- **ocenění těla** (člověk je schopen ocenit vlastnosti, funkčnost a zdraví svého těla, nejen pouze vzhled či míru, do jaké tělo odpovídá štíhlým ideálům),
- **přijetí těla a láska** (zahrnuje umění vyjádřit lásku k tělu a přijmout ho, i když nejsme spokojeni se všemi jeho aspekty, nejedná se o narcismus či marnivost),
- **široce pojímaná krása** (krása je chápána jako široká škála vzhledů, která může vycházet i z vnitřních charakteristik, člověk dokáže krásu najít u druhých i u sebe, není to totéž, co sexuální atraktivita),
- **investice do adaptivního vzhledu** (jedná se o pravidelnou péči o vzhled, která vyjadřuje styl a osobnost jedince, je to vylepšování přirozených rysů pomocí neškodných metod),
- **vnitřní pozitivita** (spojení mezi pozitivním body image, pozitivními pocity (například sebevědomím, optimismem, štěstím) a adaptivním chováním, například péčí o sebe),
- **filtrování informací pro ochranu těla** (znamená přijímat informace, které jsou v souladu s pozitivním vnímáním těla, a odmítat ty, které by jej mohly ohrozit).

2.2 Negativní body image

Negativní body image znemožňuje cítit se ohledně svého těla dobře. Negativní pocity ohledně váhy a vzhledu mohou přecházet až v zaujatost. Problém váhy, i když je udáván nejčastěji, je pouze jednou dimenzí negativního body image (Moe, 1999).

Převaha negativních myšlenek týkajících se body image může způsobovat nespokojenost s vlastním tělem. Nespokojeni můžeme být například s konkrétními tělesnými rysy, že se ostatním nelíbí náš vzhled, nebo že nedosahujeme ideálu krásy. Tyto myšlenky měl v životě asi každý z nás, což ale nemusí být hned patologické. Problém nastává, když je takové smýšlení časté a zautomatizované a stává se tzv. mentálním návykem (Verplanken & Velsvik, 2008).

Míra negativního body image může přecházet z mírných pocitů neatraktivity až po extrémní posedlost vlastním vzhledem a váhou. Nespokojenost s vlastním tělem pak může být výsledkem rozporu mezi ideálním já a skutečností. Toto může vyústit v devastující efekt na psychické a fyzické zdraví jedince (Bell & Rushforth, 2008).

Negativní body image se skládá ze 4 komponent (Bell & Rushforth, 2008):

1. zkresleného vnímání,
2. neúspěchu v naplnění nerealistických tělesných ideálů vedoucích k nespokojenosti s vlastním tělem a negativním pocitům,
3. investicí do vzhledu jako hlavního kritéria sebehodnocení a
4. chování, kdy se snažíme dosáhnout hubených ideálů prostřednictvím diet, cvičením či jinými postupy.

Abychom body image lépe pochopili, je důležité pozorovat i chování, které je s nespokojeností s vlastním tělem spojené. Ženy se různými způsoby snaží dosáhnout kýžených změn. Popišme si tedy dva nejčastější. Jedním ze způsobů je držení diet. Většina žen se za svůj život aspoň jednou snažila změnit hmotnost pomocí nějaké diety (Grogan, 2017). Restriktivní diety jsou v moderních společnostech u žen stále častější, a to nezávisle na jejich hmotnosti. Důvodem může být strach z negativních zážitků týkajících se body image, tzv. nepružnost body image (Ferreira et al., 2016). Pro mnoho žen představují diety nejen něco, co dělají, ale také důležitý aspekt toho, jak vidí samy sebe. Držení diet pro ně může být prostředkem regulace jak ohrožujících pocitů, tak své identity a sebeobrazu. Samy sebe pak hodnotí dle své váhy (Polivy & Herman, 2007).

Dalším indikátorem negativního body image je cvičení jakožto prostředek ke změně vzhledu. Pro ženy je cvičení cestou ke snížení hmotnosti, zlepšení tvaru svého těla a zvýšení

atraktivitu. Dodržování cvičebního plánu za účelem zdraví či zábavy představuje pro většinu žen až sekundární důvod (Grogan, 2017). Hubertyová et al. (2008) zjistili, že neúspěšný pokus o snížení hmotnosti může vést k horšímu body image, horší motivaci ke zdravému cvičení i menší sebehodnotě. Pokud je však cvičení spojeno se správnou motivací, může naopak sloužit jako cesta pro zlepšení body image u obou pohlaví ve všech věkových kategoriích (Hausenblas & Fallon, 2006).

2.3 Body image u žen

I přesto, že problémy s body image trpí jak muži, tak ženy, ženy mají s negativním body image větší problémy. Společnost ženy objektivizuje, hodnotí je pomocí vzhledu, ne podle inteligence a schopností. I média neustále ukazují nerealistický ideál (Moe, 1999). Sociokulturní teorie zdůrazňují, že ženy čelí silnějšímu tlaku, který souvisí s jejich vzhledem, zejména aby byly štíhlé. A v poslední době, aby byly navíc i vytvarované a fit (Thompson et al., 1999).

V prosperujících kulturách je za přitažlivou považována štíhlost, jelikož je asociována se sebekontrolou, elegancí, společenskou atraktivitou a mládím (Grogan, 2017). Dle Cashe a Smolakové (2011) kulturní ideál ženy zdůrazňuje ty části jejího těla, které ji odlišují od muže. Ideální žena by tedy měla mít dlouhé vlasy a řasy, plné rty, velká ňadra, štíhlý pas, kulaté hýždě a dlouhé nohy. Také by měla působit sexy a nejlépe zdůraznit či odhalit sexualizované části těla.

Těmto nárokům se ženy snaží různě vyhovět a vzhled se pro ně stává velmi důležitým. Ke svému tělu tedy mají více výhrad než muži. Většinou jsou nejméně spokojené se spodní částí těla, zejména s boky, stehny a lýtky (Schlegel & Fialová, 2023).

Dalo by se čekat, že s přibývajícím věkem se bude body image zhoršovat, jelikož se většina lidí každým rokem vzdaluje od ideálu štíhlé (či svalnaté) mladistvé postavy. Je normální, že se s věkem tvar našeho těla mění, přibývá vrásek a povislé kůže, vlasy řídnou a šediví. Groganová (2017) však ve své práci shrnuje výsledky výzkumů, jejichž autoři se přiklánějí k tomu, že nelze popsat signifikantní rozdíly mezi spokojeností s vlastním tělem mezi ženami různých věkových kategorií, tedy že nespokojenost s vlastním tělem je v průběhu života žen stabilní. Také se zdá, že význam tělesného vzhledu s rostoucím věkem klesá. Ženy ve věku 18–60 let jsou ale méně spokojené s vlastním tělem než muži.

Zjednodušeně řečeno, s věkem se tělo žen mění k horšímu, zůstávají s ním stejně nespokojené, ale záleží jim na něm méně. Na základě teorie objektivizace představily Tiggemannová a Lynchová (2001) komplexní model, který tyto 3 aspekty spojuje.

S přibývajícím věkem se ženy skutečně od ideálu vzdalují. Zejména přibývají na váze, což je spojeno s větší nespokojeností s tělem. Zároveň se ale snižuje důležitost tělesného vzhledu, což má vliv na nižší nespokojenost s tělem. Tyto dva procesy se tedy vzájemně vyvažují a vytvářejí stabilní úroveň nespokojenosti s tělem. Musíme tedy brát na vědomí, že i když se nespokojenost s tělem jako taková v průběhu života nemění, neznamená to, že ostatní aspekty body image jsou také neměnné.

2.4 Faktory související s body image

Výše jsme si popsali 2 nejčastější typy chování spojené s negativním body image – držení diet a cvičení související s nezdravou motivací. V této podkapitole si stručně popíšeme, s čím ještě může být body image spojeno. Již byla potvrzena souvislost mezi body image (nespokojeností s vlastním tělem) a internalizací štíhlých ideálů. Například Stice et al. (2017) popisují, že nespokojenost s vlastním tělem může být důsledkem internalizace tělesných ideálů. Nespokojenost s tělem poté může způsobit poruchové jedení včetně držení diet nebo propuknutí PPP. Internalizaci tělesných ideálů se budeme věnovat v samostatné kapitole, kde také více popíšeme souvislosti ideálů štíhlosti a body image se sociokulturními tlaky či médií. Tyto 2 konstrukty se navzájem prolínají, a tak tomu je i v naší práci.

Nespokojenost s vlastním tělem hraje významnou roli ve změnách fyzického i psychického zdraví. Jedinci s pozitivním body image méně podléhají depresím a mají vyšší sebevědomí. Také méně podléhají tlakům spojených s idealizovaným tělem a nedrží tolik nezdravých diet. Navíc mají větší snahu chránit svou kůži před poškozením a UV zářením (Gillen, 2015).

Studie Swamiové et al. (2018) ukázala, že pozitivní body image souvisí s well-being (pocity pohody). Pozitivní body image je spojeno jak s pozitivními emocemi a celkovou spokojeností se životem (tj. emočním well-being), tak s psychickým well-being (pocity samostatnosti a osobního růstu). Navíc také našli souvislost se sociálním well-being, tedy s tím, jak dobře jedinec funguje ve svém sociálním životě jako člen společnosti.

Stokesová a Frederick-Recascinová (2003) zkoumaly vztah mezi body image a životním štěstím mezi ženami. Výsledky studie potvrdily hypotézu, která předpokládala silnou pozitivní korelaci, tedy čím lepší body image, tím větší celkové životní štěstí. Otázkou ale zůstává, jestli zdravé body image přináší člověku štěstí, nebo životní štěstí vede k lepšímu body image.

Dalším faktorem, který souvisí s body image je BMI. Výzkum Álgarsové et al. (2009) zkoumal vliv několika aspektů včetně BMI na body image. Výsledky ukázaly,

že nespokojenost s vlastním tělem se zvyšovala spolu s vyšším BMI jak u žen, tak u mužů. U žen byl tento vztah ale silnější, kdy i ženy, které měly normální váhu, toužily po nižším BMI.

3 IDEÁL ŠTÍHLOSTI

V této části se budeme věnovat štíhlému ideálu, který úzce souvisí s body image. Dle Thompsona a Stice (2001) je štíhlý ideál a jeho internalizace významným faktorem pro rozvoj negativního body image a poruchového jedení. Vlivům body image a tělesných ideálů na poruchové jedení (konkrétně záchvaty přejídání) se budeme věnovat v samostatné kapitole.

Internalizace hubeného ideálu je pojem, který vyjadřuje, do jaké míry jedinec podléhá společensky definovaným ideálům atraktivní postavy, a jak moc se jim snaží přiblížit (Thompson et al., 1999). Dalo by se říct, že jedinec internalizuje chování a postoje významných či respektovaných lidí. Tomuto procesu se také říká sociální posílení. Internalizaci štíhlých ideálů nejčastěji bohužel posilují rodinní příslušníci, vrstevníci či média, a to skrze kritizující komentáře týkající se váhy, obdivování vyhublých modelek v televizi, či podněcováním k držení diet. Těmito očekáváními štíhlosti poté v jedinci podněcují pocit, že být hubený přináší spousty výhod, jako například zvýšené společenské uznání či obdiv. Toto je považováno za klíčové v šíření tohoto ideálu (Thompson & Stice, 2001).

Dle Papežové a Hanusové (2012) tento „kult štíhlosti“ výrazně přispívá k rozvoji PPP. V dnešním moderním světě, kdy jsme neustále obklopeni dokonalými těly z televize a internetu, které často používají úpravy photoshopu, je jednoduché těmto ideálům propadnout. Je třeba mít na paměti, že hlavně v období adolescence je riziko vyšší, jelikož v tomto období jsme více ovlivnitelní, více sebekritičtí a můžeme bojovat s nejistotou. Mít štíhlé tělo také často pro společnost znamená, že jsme schopni sebekontroly, která je viděna pozitivně. Prostředky, kterými jsme ale sebekontroly dosáhli, nemusí být vždy vhodné pro naše zdraví (Papežová & Hanusová, 2012).

3.1 Ideál štíhlosti v médiích

Vystavení médiím stále celosvětově roste. Statistický report za rok 2022 uvádí, že lidé ve věku 16–64 let globálně stráví denně na různých médiích v průměru: 6 hodin a 37 minut používáním internetu, 3 hodiny 25 minut u televize, 2 hodiny a 28 minut na sociálních médiích a 2 hodiny 9 minut prohlížením online i tištěných novin (Kemp, 2022). Čím déle jsme médiím vystaveni, tím větší negativní efekt na nás mohou mít. Z velké části totiž vidáme hlavně nerealistické standardy krásy a neskutečně hubené ženy s těly, která jsou pro průměrného člověka jen těžko dosažitelná (Grogan, 2017).

Vystavování médiím, která vyobrazují ženská těla jako štíhlé a atraktivní ideály krásy, může u spousty žen vést k internalizaci těchto ideálů. Toto vede k začlenění těchto nedosažitelných ideálů do společenského povědomí. Internalizace tělesných ideálů je spojena s mnoha škodlivými efekty, například se snížením úrovně sebeúcty, s negativními pocity a poruchovým jedením či držením diet. Internalizace těchto ideálů, frekvence diet i BMI pak výrazně přispívají k úzkosti z vlastního těla. Navíc úzkost z vlastního těla může přímo zprostředkovávat souvislost internalizace hubených ideálů právě s častostí držení diet (Pidgeon & Harker, 2013).

Výzkum Bessenoffové (2006) za významné mediátory efektů štíhlých ideálů v médiích považuje i rozpor v body image a sociální srovnávání. Sto dvanáct žen s vysokým a nízkým rozporem v body image sledovalo reklamy s hubenými atraktivními ženami nebo neutrálními obsahy. Ve skupině žen s vysokým rozporem v body image, které pozorovaly reklamy s obsahem týkajícím se tělesných ideálů, byla popsána zvýšená nespokojenost s vlastním tělem, horší nálada, určitá míra deprese a snížené sebehodnocení. Procesy sociálního srovnávání navíc zprostředkovaly vztah mezi vystavením štíhlým ideálům v reklamách a negativními pocity. Rozpor v body image byl také významným mediátorem (Bessenoff, 2006). Vztah mezi hubenými ideály a procesy sociálního srovnávání, kdy tyto procesy ženy negativně ovlivňují, potvrdil i výzkum Tiggemannové et al. (2009).

Mingoia et al. (2017) ve své studii zkoumali vztah mezi užíváním sociálních sítí a internalizací tělesných ideálů u žen. Jejich výsledky ukázaly, že užívání sociálních médií pozitivně koreluje s mírou internalizace perfektních ideálů. Zvnitřnění těchto ideálů podporují hlavně nahrané fotografie, které však často mohou být digitálně upraveny tak, aby ideálům atraktivní postavy odpovídaly. To v nás může vzbuzovat tlak, který je spojován se zvyšováním nespokojenosti s vlastním tělem a horším body image.

Sociální sítě však mohou mít i pozitivní efekt. Stevensová a Griffiths (2020) zkoumali vliv obsahu propagujícího pozitivní body image a různorodost fyzického vzhledu, který zpochybňuje ideály štíhlosti. Dle výsledků této studie, sledování takovýchto příspěvků může vést k vyšší spokojenosti s tělem a lepšímu emoční well-being. Tyto příspěvky se ukázaly být nejčastější na Instagramu.

Sociální média mají dle Perloff (2014) svým charakterem větší potenciál ovlivnit internalizaci tělesných ideálů více než tradiční média. Jsou totiž více osobní a zachycují „realitu“ v čase. Je nám dovoleno obsah vytvářet, upravovat a okamžitě sdílet každý moment našeho života, který avšak nemusí být podán úplně pravdivě. Denně je na sociálních sítích sdíleno ohromné množství obsahu, ke kterému máme ze svých telefonů a dalších zařízení

téměř neomezený přístup. Je tak vytvořeno více možností k porovnávání se s idealizovanými hubenými těly a výsledkem je tak i vyšší riziko internalizace těchto ideálů (Perloff, 2014).

Za nejznámější a nejoblíbenější sociální síť moderní doby bychom pravděpodobně označili Instagram. Anixiadisová et al. (2019) zkoumali, jaký efekt mohou mít tělesné ideály v instagramových příspěvcích. Ženy, které si prohlížely fotografie se štíhlými ideály, popisovaly vyšší nutkání se s nimi srovnávat, negativní změny nálady a nespokojenost s vlastním tělem než ženy, které sledovaly neutrální obsah (scenérie).

Další významnou sociální sítí, kterou všichni známe, je Facebook. Cohenová et al. (2017) popsali, že vyšší míra prohlížení fotografií na Facebooku je spojena s vyšší internalizací štíhlých ideálů a sebepozorováním se. U obecného používání této sociální sítě toto však neplatí. Podobně autoři prozkoumali i vliv Instagramu, kde zjistili obdobný vliv. Sledování profilů zobrazujících hubené ideály může vést k jejich vyšší internalizaci, ale sledování neutrálních profilů nikoliv.

Další podstatná součást této problematiky je editování fotografií. Leeová a Leeová (2021) ve své studii označily upravování fotek za významný mediátor mezi perfektními fotografiemi sdílenými na sociálních sítích a internalizací hubených ideálů a mezi internalizací hubených ideálů a porovnáváním se. Vliv editovaných příspěvků tak může vyústit ve větší nespokojenost s vlastním tělem.

Hawkinsová et al. (2010) naopak na základě svého experimentu uvádí, že média (konkrétně ve formě magazínů) míru internalizace hubeného ideálu jako takového nezvyšují. V experimentu bylo 145 vysokoškoláček vystavováno buď obrázkům z magazínů, které zobrazovaly štíhlý ideál, nebo neutrálním obrázkům. Popsali, že vystavení ideálům mělo vliv na zvýšenou nespokojenost s vlastním tělem, negativní náladu, symptomy PPP a snížení sebehodnocení, ale nezpůsobilo to zvýšení míry internalizace tělesných ideálů. Vliv magazínů na internalizaci štíhlých ideálů nepotvrdili ani Stice et al. (2001). Avšak ti upozorňují, že významnou roli může hrát vulnerabilita testovaných. Vystavení obrázkům reprezentujících ideály má na osoby s vysokou vulnerabilitou mnohem horší negativní efekt.

Tématika tělesných ideálů v médiích se opírá o velkou spoustou výzkumů, experimentů i studií. Tato práce pro svůj rozsah popisuje jen některé z nich. Pro lepší přehlednost na závěr této podkapitoly shrňme základní poznatky. Internalizace štíhlých ideálů je nedílnou součástí medializovaného světa. Svým personalizovaným obsahem nás nejvíce ovlivňují sociální sítě, zejména prohlížení fotografií a příspěvků zobrazujících štíhlý ideál. Významnými mediátory mohou být editování fotografií, rozpor v tělesném hodnocení

a procesy sociálního srovnávání. Vystavování médiím může vyústit ve sníženou sebeúctu, negativní pocity, poruchové jedení či držení diet, nespokojenost s vlastním tělem a snížené body image. Nejmenší vliv na internalizaci hubených ideálů je přikládán magazínům.

3.2 Ideál štíhlosti v kultuře a společnosti

V bohatých západních zemích 21. století je dle Groganové (2017) štíhlost obecně spojována se štěstím, úspěchem, mládím a sociálním přijetím. Mít nadváhu je naopak spojováno s leností, nedostatkem vůle a neschopnost udržet věci pod kontrolou. Za ideál ženského těla je považováno být hubená, případně hubená s vypracovanými svaly, muži mají být štíhlí a svalnatí. Nesplnění těchto ideálů pak přináší spoustu negativních společenských následků. Jako člověka s nadváhou vás společnost vidí jako fyzicky nepřitažlivé a spojuje si vás s dalšími negativními charakteristikami. Štíhlost symbolizuje kontrolu, svalnaté a vypracované tělo vůli a energii. Ideální tělo reprezentuje úspěch. Většina lidí těmto ideálům ale přirozeně neodpovídá, a tak se neustále snaží prostřednictvím cvičení a diet těmto často nerealistickým postavám aspoň přiblížit (Grogan, 2017).

V poslední době se ideál krásy posouvá k stále štíhlym, ale více svalnatým fit postavám, které reflektují zdraví, sílu a fitness. Ženy jsou tedy vystaveny nejen tlakům být hubená, ale zároveň i vypracovaná. Nadváha a obezita je ale stále stigmatizována (Grogan, 2017). Obézní lidé tak mohou zažívat diskriminaci napříč různými oblastmi, ať už v zaměstnání, ve škole či ve společnosti (Latner, 2012).

Už v roce 1988 Tiggemannová a Rothblumová provedly výzkum ohledně stereotypizace hubených a tlustých těl na výzkumných souborech z Ameriky a Austrálie. Obě kultury popsaly negativní stereotyp tlustých lidí. I přesto, že byli popisováni jako přátelštější a vřelejší, také na ně bylo nahlíženo jako na méně šťastné, méně disciplinované a sebevědomé, línější a méně atraktivní. Zajímavým zjištěním bylo, že takto na sebe nahlíželi i sami tlustí a obézní lidé. Tento stereotyp se ukázal být častější, když osoba s nadváhou byla žena. U amerického souboru byla stereotypizace mnohem patrnější než u australského souboru. Američané se více obávali o svou váhu a častěji drželi diety.

Tento negativní stereotyp lidí s nadváhou není považován za přitažlivý převážně v západních zemích. Pro mnoho lidí v Americe a dalších západních zemích je nadváha viděna jako selhání a veřejná demonstrace slabosti (Grogan, 2017). Dle Puhlové a Gloorové (2012) stigmatizace váhy může být předvídatelná na základě kulturních přesvědčení, že lidé jsou zodpovědní za své vlastní životy, výsledky a úspěchy. Pokud jsou lidé přesvědčeni, že život nemáme ve vlastních rukou a neneseme za něj zodpovědnost, vidí nadváhu a obezitu

jako něco, co je mimo jejich kontrolu a například viní nemoci či genetiku. V těchto případech míra stigmatizace není tak velká.

V zemích mimo západní svět se štíhlost historicky považovala za znak podvýživy, chudoby, či infekčního onemocnění. Naopak vyšší hmotnost značila zdraví, bohatství a prosperitu (Grogan, 2017). Západní ideál krásy se však postupně rozšiřuje do celého světa a dalších kultur prostřednictvím západních médií. Spolu s ním se šíří i jeho negativní vlivy. Například PPP jsou bohužel v západních zemích velmi časté, avšak jiné kultury je do nedávna za běžné nepovažovaly. Jejich prevalence se v těchto zemích ale postupně zvyšuje (Makino et al., 2004). Tyto změny v prevalenci jsou přikládány právě vlivu západních zemí (tzv. westernizaci). Kritickými faktory westernizace mohou být i urbanizace, ekonomický růst či změna genderových rolí. Se zvýšenou prevalencí PPP jsou však nejvíce spojována západní média, která zobrazují velmi štíhlá těla jako ideály atraktivity, tužeb a úspěchu, a stávají se tak významným rizikovým faktorem pro vznik PPP (Witcomb et al. 2013).

Etcoffová et al. (2006) vyzpovídali 3 300 žen ve věku 15–64 let z 10 různých zemí. Výsledky ukázaly, že 90 % žen na svém vzhledu chtělo změnit aspoň jeden aspekt s tím, že změna hmotnosti byla udávána nejčastěji. Tato zjištění naznačila, že úzkost z vlastního vzhledu zažívají ženy celosvětově. Šedesát sedm procent žen uvedlo, že kvůli špatným pocitům z vlastního zevnějšku někdy odstoupily z různých aktivit, mezi které například patřilo setkání s kamarády, rande či návštěva doktora.

Tři roky poté, co v západní části Fiji začaly být dostupné západní programy, zde byla provedena studie. Ženy vzaly západní ideál za svůj a popisovaly tak větší obavy z vlastního vzhledu a váhy, nebo vyvolávání zvracení jako nástroje ke kontrole hmotnosti (Becker, 2004). S podobnými výsledky přišli i Luo et al. (2005), kteří zkoumali ženy z čínských měst. Vliv západní kultury způsobil, že se ženy začaly obávat o své tělo. Výrazně se zvýšila i jejich touha zhubnout, aby dosahovaly požadovaného BMI.

3.3 Ideál štíhlosti v souvislosti s rodinou a vrstevníky

Za klíčové pro přenos tělesných ideálů jsou dle trojstranného modelu vlivu považovány tlaky médií, vrstevníků a rodiny. Tento model předpokládá, že k vývoji body image a PPP přispívají tyto 3 hlavní zdroje vlivu (Van den Berg et al., 2002). Tlak, který v nás vyvolává pocit, že musíme odpovídat štíhlým ideálům, se projevuje v různých formách. Například se může jednat o glorifikaci hubených modelek v televizi, přímé

posměšky od okolí týkající se naší váhy, či nepřímé tlaky, jako například přílišný zájem kamarádek o svou váhu a vzhled (Stice et al., 2003).

Stice et al. (2003) zkoumali důsledky tlaku vrstevníků. Provedli experiment se 120 vysokoškolačkami, kterým bylo řečeno, že se účastní výzkumu vztahu mezi náladou a spokojeností s vlastním tělem. Pravý experiment však začal až tehdy, když se studentkou navázala konverzaci atraktivní štíhlá asistentka, která se tvářila jako jedna z participantek. V experimentální skupině mluvila o tom, jak je se sebou nespokojená a chce zhubnout. V kontrolní skupině o škole a plánech na víkend. Výsledky ukázaly, že participantky v experimentální skupině více podlely tlaku vrstevníků (asistentky, která zobrazovala štíhlý ideál), což vedlo ke zvýšení jejich nespokojenosti s vlastním tělem.

Wasilenko et al. (2007) provedli experiment, kterého se zúčastnilo 45 vysokoškolských studentek. Tyto studentky individuálně cvičily v univerzitní posilovně. O průběhu experimentu ze začátku nevěděly. Experiment zkoumal 3 situace. Ve chvíli, kdy začala zkoumaná studentka cvičit, v dohledu na sousedním stroji začal cvičit její atraktivní fit vrstevník, vrstevník s nadváhou nebo žádný vrstevník. Zkoumalo se, jak tyto situace ovlivní čas studentky strávený cvičením a její spokojenost s vlastním tělem. Vystavení fit vrstevníkovi mělo podkopávající účinky na spokojenost žen s vlastním tělem a délku cvičení. Vrstevník s nadváhou neměl na spokojenost s vlastním tělem žádný vliv, ale studentky cvičily výrazněji déle.

Studie Etcoffové et al. (2006) popsala, že nejranějším a nejsilnějším faktorem je vztah s matkou a kamarádkami. Mateřský vliv je spojován se spokojeností s vlastním tělem a sebevědomím, kdežto vliv vrstevníků ovlivňuje tyto proměnné spíše negativně. Dvě třetiny zkoumaných dívek ve věku 15–17 let souhlasily, že jejich matky pozitivně ovlivnily jejich pocity ohledně vlastního vzhledu a krásy.

Důležitost různých vlivů se s rostoucím věkem mění. Dotazníkové šetření Groganové (2017) naznačuje, že média se stávají méně důležitým standardem pro sociální srovnávání, když lidé dosáhnou třicítky a čtyřicítky. Naopak rodina a přátelé se stávají důležitějším faktorem. Teorie sociálního srovnávání pracuje s myšlenkou, že aby člověk srovnávání podléhal, modelem mu musí být postavy v něčem jemu podobné (Major et al., 1991 citováno v Grogan, 2017). Většina modelek je ve svých 20. letech, takže se předpokládá, že pro ženy, co jsou mimo tuto věkovou kategorii, nebudou představovat ideál. Ženy, kterým je 30 let, za své ideály přebírají herečky ve svých 30. letech (Grogan, 2017).

3.4 Ideál štíhlosti a protektivní faktory

V této kapitole si stručně popíšeme faktory, které nás aspoň z části mohou chránit před internalizací tělesných ideálů. Warrenová et al. (2005) zkoumali potenciál etnicity moderovat vliv internalizace hubených ideálů a nespokojenosti s vlastním tělem na souboru Španělek a evropských a mexických Američanek. Předpokládaný efekt studie potvrdila. Vztah mezi internalizací ideálů štíhlosti a nespokojeností s tělem byl výrazně silnější u evropských Američanek než u Španělek či Mexičanek. Vliv etnicity tedy můžeme považovat za mírně protektivní faktor.

Dalším možným protektivním faktorem proti internalizaci těchto ideálů se ukázalo být sebeklamné vylepšování se (tendence podporovat upřímné, ale přehnané pozitivní sebehodnocení). Rodinné prostředí však může působit spíše opačným efektem, pokud se v rodinné anamnéze objevují zvýšené obavy o vzhled a hmotnost (Tester & Gleaves, 2006). Dále se protektivními ukazují být bezpodmínečné sebezpřijetí a mindfulness. Žena, která sebe samu vidí jako osobu s kvalitami i limity, se méně pravděpodobně nechá ovlivnit společenským tlakem štíhlosti. Také bude méně náchylná k internalizaci hubených ideálů a spíš bude mít tendenci mít ráda samu sebe takovou, jaká je (Astani, 2016).

Lidé se schopností soucitu se sebou samým jsou na sebe milí a pečující a jsou si vědomi toho, že nebýt perfektní je součástí lidství. Tato schopnost také může působit protektivně proti tlakům spojeným se štíhlostí a internalizací hubených ideálů (Tylka et al., 2015). Mediální gramotnost, zejména pak vysoká úroveň kritického myšlení, je také významným protektivním faktorem, kdy zmírňuje spojitost mezi internalizací ideálů štíhlosti a spokojeností s vlastním tělem (McLean et al., 2016).

S mediální gramotností, postoji k médiím a kritickým myšlením souvisí i feministické přesvědčení, které také slouží jako protektivní faktor. Pokud se žena navíc sama jako feministka identifikuje, protektivní vliv se tím zvyšuje. Ukázalo se, že feministické přesvědčení má lepší ochranný efekt než mediální gramotnost, postoj k médiím či otevřené a kritické myšlení jednotlivě. Je tedy možné, že feministické přesvědčení je unikátní kombinací těchto prvků, nebo zde hraje roli ještě nějaký další vliv (Myers, 2022).

4 SOUVISLOST ZÁCHVATŮ PŘEJÍDÁNÍ S BODY IMAGE

Dle Latnerové (2012) jedinci s BED často zažívají rozpory ve vlastním body image, ačkoliv to není součástí diagnostických kritérií pro tuto poruchu. Horší body image není spojováno s větší obezitou, ale má souvislost se závažnějšími záchvaty přejídání. Negativní pocity jsou tedy spíše způsobeny frekvencí záchvatů přejídání než hmotností jako takovou. Nejčastější specifickou formou rozporu v body image u lidí s BED bývá přeceňování tvaru svého těla a hmotnosti, což se poté stává centrem sebehodnocení. Pacienti, kteří přeceňují tvar těla a váhu, vykazují větší míru poruchového jedení, častější poruchy spojené s náladami a hojně využívají zdravotní péči. Nejedná se však o univerzální kritérium, jelikož i stav pacientů, kteří vzhledu a hmotnosti nedávají takovou váhu, se může výrazně zhoršovat (Latner, 2012).

Problémy s body image u pacientů s BED byly zkoumány hlavně na souborech obézních jedinců nebo jedinců s nadváhou. Yiuová et al. (2017) provedli výzkum, ve kterém zkoumali body image i v souvislosti s normální hmotností. Zjistili, že nezávisle na hmotnosti jedinci s BED nadhodnocují důležitost svého těla a hmotnosti a se svou váhou jsou celkově více nespokojeni.

Další výzkum porovnával aspekty body image ve 3 skupinách – jedinci s nadváhou a obézní jedinci, jedinci s BN a jedinci s BED. Výsledky ukázaly, že osoby s BN trpěly nejvíce narušeným body image, a jedinci s BED měli narušené body image více, než skupina obézních nebo s nadváhou (Grilo et al., 2019).

Body image bylo také porovnáváno Mendelsonovou et al. (2002) na výzkumném souboru žen s PPP (včetně záchvatů přejídání) a zdravých ženách. Bylo potvrzeno očekávání, že ženy s PPP budou dosahovat nižšího skóre v sebeúctě a úctě k vlastnímu tělu než zdravé ženy. U žen s PPP byla také jako významná popsána atribuční dimenze úcty k tělu. Čím důležitější pro ně byly názory druhých lidí na jejich vzhled, tím vyšší byla jejich sebeúcta. Tento vztah však studie nepotvrdila u žen bez PPP (Mendelson et al., 2002).

Jacobiová et al. (2004) ve svém přehledu etiologie PPP popisují, že nespokojenost s vlastním tělem může být významným faktorem pro vznik PPP včetně záchvatů přejídání. Stice et al. (2017) také potvrdili, že nespokojenost s vlastním tělem může mít vliv na vznik BED. I výsledky přehledové studie Lewerové et al. (2017) ukazují, že narušené body image u jedinců s BED se projevuje nadměrným zájmem o váhu a tvar těla. Navíc je také přítomna i nespokojenost s tělem a neustálá kontrola těla.

Studie Duarteové et al. (2014) ukázala, že stud spojený s body image má významný přímý vliv na záchvaty přejídání, a že tento vliv je částečně zprostředkován zvýšenou nenávisť k sobě samému. Tato zjištění naznačují, že se záchvaty přejídání mohou objevit jako maladaptivní způsob vyrovnání se jak s hrozbou, že nás ostatní kvůli fyzickému vzhledu budou vnímat negativně, tak s tím způsobenou nenávisť k sobě samému. Další studie těchto autorů (2017), která se zabývala souvislostí studu a neustupujících myšlenek spojených s body image znovu potvrdila, že stud má přímý vliv na závažnost záchvatů přejídání. Neustupující myšlenky související s body image na závažnost záchvatů přejídání působily nepřímo.

Holmesová et al. (2015) provedli studii, jejímž hlavním cílem bylo ověřit účinnost modelů vzniku záchvatů přejídání, včetně modelu dvojí cesty, jako potenciálních mediátorů vztahu mezi nespokojeností s tělem a záchvatů přejídání. Oba aspekty modelu dvojí cesty (zdrženlivost ve stravování a emoční labilita) byly významnými mediátory a vysvětlovaly přibližně čtvrtinu modelu nespokojenosti s tělem a přejídáním. Vliv dalších modelů (konkrétně teorie objektivizace a modelu úniku od uvědomování) byl značně menší či žádný.

Již bylo provedeno velké množství výzkumů, týkajících se této tematiky. Výzkumníci se body image a PPP (včetně záchvatů přejídání) věnují z různých úhlů pohledu, dávají je do rozličných souvislostí a snaží se toto téma co nejlépe pochopit. Rozšířenost tohoto výzkumného bádání podtrhuje důležitost zkoumání této problematiky.

5 SOUVISLOST ZÁCHVATŮ PŘEJÍDÁNÍ S IDEÁLEM ŠTÍHLOSTI

Co se týká žen, bylo popsáno, že internalizace hubeného ideálu zvyšuje nespokojenost s vlastním tělem a může následně způsobit poruchové jídelní návyky. Množství výzkumů potvrdilo vliv internalizace ideálu štíhlosti na body image a poruchové jedení (Schaefer et al., 2019). Stice (1999) tvrdí, že internalizace tělesných ideálů předpovídá nástup záchvatů přejídání a bulimické patologie. Internalizace těchto ideálů je tedy rizikovým faktorem pro vznik PPP, které často přetrvávají i po uzdravení a mohou tak zvyšovat riziko relapsu. Pokud se na internalizaci hubených ideálů budeme dívat jako na základní prvek prevence a léčby PPP, významně tím snížíme tuto patologii (Schaefer, 2019).

Nespokojenost s vlastním tělem způsobená internalizací hubených ideálů může zapříčinit, že člověk začne držet nespočet diet. Diety jsou pak spojovány s kalorickou deprivací, která může vyústit v záchvaty přejídání, jakožto protipólu ke kalorickému deficitu. Internalizace ideálu štíhlosti a držení diet může také způsobit negativní emoce, které taktéž zvyšují bulimické symptomy, jelikož člověk jedením tyto pocity zahání (Thompson & Stice, 2001). Na tuto studii později navázali Booneová et al (2011), kteří internalizaci tělesných ideálů zařadili jako intervenující proměnnou mezi perfekcionismem a bulimickými symptomy, včetně záchvatů přejídání.

Stice et al. (2017) se rozhodli prozkoumat rizikové faktory pro vznik PPP více do detailů. Tentokrát popsali rizikové faktory pro jednotlivé PPP na souboru mladých žen, které byly nespokojené s vlastním tělem. Co se týče BED, bylo zjištěno, že internalizace hubených ideálů, nespokojenost s vlastním tělem, přejídání a držení diet předpovídaly vznik poruchy. Celkové výsledky podporují teorii, že snaha o dosažení ideálu štíhlosti a z toho vyplývající nespokojenost s vlastním tělem, diety a nezdravé chování při kontrole hmotnosti zvyšují riziko PPP.

Dakanalis et al. (2015) zkoumali, jak spolu souvisí internalizace štíhlých ideálů získaných prostřednictvím médií, sebeobjektivizace, negativní pocity a poruchové jedení, včetně záchvatů přejídání. Vliv ideálů na přejídání nepopsali jako přímý. Ideály, které vidáme v médiích, v nás mohou vyvolat diskrepanci mezi vlastním tělem a ideálem. Tyto negativní pocity jsou pak předpokladem pro poruchové jedení, kdy se objevuje restrikce a epizody záchvatů přejídání (Dakanalis et al., 2015).

Novější studie Srivastavové et al. (2021) se zabývala prediktory pro nespokojenost s vlastním tělem na souboru žen trpících záchvaty přejídání. Nespokojenost s vlastním tělem

byla již dříve popsána jako udržující faktor PPP a záchvatů přejídání. Studie ekologického momentálního hodnocení ukázaly, že nespokojenost s tělem kolísá během dne, a že momentální zvýšení nespokojenosti s tělem předpovídá poruchové jedení v blízkém čase. Jedním z výsledků této studie bylo, že vystavení hubeným ideálům v médiích předpovídá zvýšení nespokojenosti s vlastním tělem, a tím zvyšuje šanci záchvatu přejídání v blízkém čase.

Jaký stupeň internalizace štíhlých ideálů je ale pro rozvinutí poruchového jedení signifikantní? Schaeferová et al. (2019) se na tuto otázku ve svém výzkumu pokusili odpovědět. Pro výzkum zvolili metodu Eating Disorder Examination-Questionnaire (EDE-Q) pro zjištění poruchového jedení a dotazník Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-4R (SATAQ-4) pro popis internalizace hubených ideálů. Jejich výsledky ukázaly, že jen mírná úroveň internalizace těchto ideálů může predikovat klinicky signifikantní poruchové jedení.

Existuje nespočet studií zabývajících se vztahem ideálů štíhlosti a záchvatovitým přejídáním. Většina autorů se shoduje, že hubené ideály pravděpodobně samostatně nezpůsobují záchvaty přejídání přímo, ale jsou součástí dalších faktorů. S jistotou ale můžeme říct, že tělesné ideály hrají ve vzniku záchvatů přejídání významnou roli rizikového faktoru a není je vhodné brát na lehkou váhu. Na jejich vliv bychom neměli zapomínat ani při léčbě a prevenci záchvatů přejídání a PPP obecně.

VÝZKUMNÁ ČÁST

6 STANOVENÍ VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU A CÍLŮ PRÁCE

Výzkumníci se dnes v oblasti psychologie zajímají o nespočet témat. Jedním z nich je bezpochyby stále aktuální problematika PPP, body image a tlaků perfektních ideálů. PPP, která byla jako samostatná diagnostická jednotka uznána teprve v roce 2013, je BED, která je charakterizována záchvaty přejídání. V této práci jsme se proto rozhodli záchvaty přejídání lépe popsat ve spojení s body image a tělesnými ideály na souboru české populace. Zahraněční studie popsaly, že horší body image může být významným faktorem pro vznik závažnějších záchvatů přejídání a BED (Jacobi et al., 2004; Latner, 2012; Stice et al., 2017). Co se týče ideálu štíhlosti, studie ze zahraničí jej taktéž uvádí jako rizikový faktor (Dakanalis et al., 2015; Srivastava et al., 2021; Stice et al., 2017). BED a záchvatům přejídání se na našem území věnují například Katarína Kviatkovská, Jakub Albrecht nebo Hana Papežová.

Co se týče výzkumného snažení této práce, hlavním cílem je prozkoumat a popsat souvislost záchvatů přejídání s body image a internalizací hubených ideálů. K dosažení tohoto cíle jsme využili metod Škála záchvatovitěho přejídání (BES), Škála stereotypizace tělesného ideálu (IBSS) a Škála tělesného hodnocení pro adolescenty a dospělé (BESAA), která obsahuje 3 subškály: Tělesné hodnocení – Vzhled, Tělesné hodnocení – Hmotnost a Tělesné hodnocení – Atribuce (tělesné hodnocení budeme dále označovat jako TH). Metodám využitým v této práci se podrobně věnujeme v kapitole „7 Testové metody“. V návaznosti na teoretickou část jsme si za dílčí cíle stanovili také prozkoumání souvislostí záchvatů přejídání s věkem a BMI.

Škála IBSS dosud nebyla přeložena do češtiny. V práci jsme si dali za cíl její překlad, abychom tak pomohli rozšířit soubor výzkumných metod pro užití v České republice. Autorem škály nám byla zaslána nejnovější verze metody, která však doposud nebyla validována (viz. kapitola „7.3 Škála stereotypizace tělesného ideálu (IBSS)“). V návaznosti na tuto skutečnost jsme formulovali další dílčí cíl, a to popsat psychometrické vlastnosti této škály.

Popsat psychometrické vlastnosti jsme se rozhodli i u škály BESAA. Většina výzkumů tuto škálu používá ve výzkumném souboru zhruba od 12 do cca 30 let. Jen málo výzkumů tuto metodu použilo ve starším souboru (např. Modica, 2019). Proto dílčím cílem bude popsat psychometrické vlastnosti této škály na výzkumném souboru v rozsahu 20–65 let.

Ve výzkumné části naší práce jsme si ve stručnosti vymezili tyto hlavní a dílčí výzkumné cíle:

1. popsat souvislosti mezi záchvaty přejídání a body image u dospělých žen,
2. popsat souvislost mezi záchvaty přejídání a internalizací tělesných ideálů u dospělých žen,
3. popsat souvislost mezi záchvaty přejídání a věkem u dospělých žen,
4. popsat souvislost mezi záchvaty přejídání a hodnotou BMI u dospělých žen,
5. přeložit škálu IBSS do českého jazyka a
6. popsat psychometrické vlastnosti škál IBSS a BESAA.

Na závěr této kapitoly si uvedme hypotézy, jejichž ověřováním se budeme zabývat dále v textu. Operacionalizované hypotézy jsme formulovali na základě výzkumných cílů a teoretických poznatků následovně:

H1: Nižší skóre v BESAA pozitivně souvisí s vyšším skóre v BES u dospělých žen.

H2: Nižší skóre v subškále TH–Vzhled pozitivně souvisí s vyšším skóre v BES u dospělých žen.

H3: Nižší skóre v subškále TH–Hmotnost pozitivně souvisí s vyšším skóre v BES u dospělých žen.

H4: Nižší skóre v subškále TH–Atribuce pozitivně souvisí s vyšším skóre v BES u dospělých žen.

H5: Vyšší skóre v IBSS pozitivně souvisí s vyšším skóre v BES u dospělých žen.

H6: Existuje souvislost mezi záchvaty přejídání a věkem u dospělých žen.

H7: Vyšší hodnota BMI pozitivně souvisí s vyšším skóre v BES u dospělých žen.

7 TESTOVÉ METODY

V této části naší práce si ve stručnosti popíšeme jednotlivé metody, které jsme v rámci výzkumu použili. Konkrétně se jedná o tři škály: Binge Eating Scale (BES), Body-Esteem Scale for Adolescents and Adults (BESAA) a škálu Ideal-Body Stereotype Scale (IBSS), která však ještě nebyla přeložena do českého jazyka. Průběhu překladu této metody zde věnujeme samostatnou podkapitolu, ve které popíšeme samotný proces převodu škály z angličtiny do češtiny.

Co se týče výzkumu jako takového, rozhodli jsme se pro kvantitativní design. Jelikož se v práci snažíme popsat vztahy mezi záchvaty přejídání a dalšími veličinami, zvolili jsme korelační studii, jejíž podstatou je zkoumání vzájemných spojitostí mezi proměnnými.

7.1 Škála záchvatovitého přejídání (BES)

Škála BES (Gormally et al., 1982) byla původně vyvinuta pro hodnocení kognitivních a emocionálních aspektů a behaviorálních projevů záchvatů přejídání u osob trpících obezitou. V roce 2015 byla ale validována i pro užití v populaci jedinců, kteří mají normální váhu (Duarte et al., 2015). V našem výzkumu jsme použili českou adaptaci metody od Dolejše a Hacové z roku 2018, která byla přeložena v rámci její bakalářské diplomové práce (Hacová, 2018).

Metoda BES má charakter sebehodnotícího dotazníku, který obsahuje 16 položek. Měří jak behaviorální projevy (např. rychlý příjem potravy), tak kognitivní a emocionální aspekty (např. pocity viny, pocity ztráty kontroly nad jídlem nebo neschopnost přestat jíst), které předchází nebo následují po záchvatu přejídání. U každé položky mají respondenti možnost zvolit jednu ze tří nebo čtyř odpovědí v závislosti na tom, která z nich nejvíce odpovídá jejich situaci. Odpovědi jsou kódovány v rozmezí 0–3 bodů dle míry závažnosti. Po sečtení individuálních skóre dostaneme výsledek v rozmezí 0–46 bodů. Vyšší skóre indikuje závažnější problém se záchvaty přejídání (Gormally et al., 1982). Marcus et al. (1985, citováno v Duarte et al., 2015) definovali 3 stupně závažnosti záchvatů přejídání:

1. **žádné nebo skoro žádné záchvaty přejídání** (< 17 bodů),
2. **mírné až střední záchvaty přejídání** (18–26 bodů) a
3. **závažné záchvaty přejídání** (> 27 bodů).

Je důležité si ujasnit, že toto rozdělení závažnosti záchvatů přejídání bylo vytvořeno dříve, než byla BED v roce 2013 oficiálně uznána jako psychiatrická diagnóza (APA, 2013).

Výzkum Duarteové et al. (2015) vykazuje dobrou reliabilitu jako vnitřní konzistence. Cronbachova alfa, která je ukazatelem vnitřní konzistence vyšla $\alpha = 0,88$ a test-retest

reliabilita $r = 0,84$. Cronbachova alfa zjednodušeně udává, do jaké míry všechny položky v testu měří stejný koncept nebo konstrukt. Nabývá hodnoty 0–1, kdy za akceptovatelnou alfu pro výzkumy se většinou považují hodnoty 0,70–0,95 (Tavakol & Dennick, 2011). Psychometrickým vlastnostem této metody se u nás zabývala Hacová (2018), která uvádí dobrou vnitřní konzistenci Cronbachovy alfy $\alpha = 0,83$ a split-half reliabilitu $r = 0,85$, což téměř odpovídá výzkumu Duarteové a jejích spolupracovníků.

7.2 Škála tělesného hodnocení pro adolescenty a dospělé (BESAA)

Taktéž metoda BESAA má formu sebehodnotícího dotazníku. Používá se pro měření tělesného hodnocení adolescentů a dospělých, kdy posuzuje jejich postoje a pocity vůči svému tělu a vzhledu. Byl odvozen Mendelsonovou et al. (1997, 2001) jako adaptace jejich již existující škály Body-Esteem Scale for Children z roku 1982. Pro naši práci jsme využili českou verzi metody od Pipové, Suché a Váňové z roku 2022, která byla použita v bakalářské diplomové práci Alžběty Váňové (Váňová, 2022).

Škála obsahuje 23 výroků, které svým charakterem odpovídají 3 subškálám adekvátním k oblastem tělesného hodnocení (Mendelson et al., 2001):

- 1) **TH–Vzhled** (Body-Esteem – Appearance): 10 položek týkajících se pocitů ohledně svého vzhledu („*Líbí se mi, jak vypadám na fotkách.*“),
- 2) **TH–Hmotnost** (Body-Esteem – Weight): 8 výroků vztahujících se k pocitům vůči své hmotnosti („*Jsem spokojený/á se svou váhou.*“),
- 3) **TH–Atribuce** (Body-Esteem – Attribution): 5 položek spojených s pocity, které v nás vyvolává hodnocení našeho těla a vzhledu, jež připisujeme druhým lidem („*Ostatní lidé mě považují za hezkého/hezkou.*“).

Na jednotlivé položky respondent odpovídá pomocí pěti bodové Likertovy škály v závislosti na tom, jak se ztotožňuje s jednotlivými výroky od „nikdy“ po „vždy“. Za každou odpověď respondent získává 0–4 body. Devět položek je negativních, takže tyto odpovědi je nutné skórovat opačně, tedy 0 = 4, 1 = 3, 2 = 2, 3 = 1 a 4 = 0 (Mendelson et al., 2001).

K vyhodnocení dotazníku se dle původní studie používají bodové zisky z jednotlivých subškál, kdy čím vyšší je skóre pro příslušnou subškálu, tím pozitivnější je respondentovo tělesné hodnocení v dané dimenzi. Můžeme ale pracovat i s průměry odpovědí na položky z jedné subškály (Mendelson et al., 2001). Jiný výzkum využil i další možnosti vyhodnocení, která byla použita i v naší práci. Jedná se o výpočet celkového skóre jako prostého součtu

bodů za jednotlivé odpovědi, kdy vyšší skóre indikuje lepší tělesné hodnocení (Modica, 2019).

Psychometrická analýza škály BESAA ukázala, že subškály mají dobrou vnitřní konzistenci (Cronbachova alfa v rozmezí 0,81–0,94.) a vysokou test-retest reliabilitu v rozmezí 0,83–0,92 (Mendelson et al., 2001).

Je dobré mít na paměti, že již autoři škály považovali subškálu TH–Atribuce za odlišnou od zbylých dvou subškál. Mendelson et al. (2001) se domnívali, že atribuční aspekt tělesného hodnocení může být kritický ve výzkumu tělesného hodnocení, protože to, jak se na jedince dívají jiní lidé, případně to, jak jedinec předpokládá, že na něj ostatní nahlíží, může jedinci významně pomoci vytvořit si vlastní názor na sebe sama. Jiní autoři tuto subškálu pro její odlišnosti či nízkou reliabilitu v jejich studii z analýzy vyřadili (např. Modica, 2016).

7.3 Škála stereotypizace tělesného ideálu (IBSS)

Jedním z dílčích cílů naší práce, jak jsme již nastínili v kapitole „6 Stanovení výzkumného problému a cílů práce“, je překlad metody IBSS z angličtiny do češtiny. V originále se metoda jmenuje *Ideal-Body Stereotype Scale*, což jsme přeložili jako „Škála stereotypizace tělesného ideálu“. Překlada se budeme důkladněji věnovat v samostatné kapitole.

Škála IBSS (Stice et al., 1994) je metoda, která byla vyvinuta, aby měřila míru internalizace stereotypu tělesných ideálů. Původní verze metody vznikla v roce 1994, ale už o 2 roky později vznikla její první revidovaná adaptace. V průběhu času došlo k několika revizím metody. Asi nejznámější je šesti položková verze škály IBSS. Respondent vybírá odpovědi pomocí pěti bodové Likertovy škály od „naprosto nesouhlasím“ po „naprosto souhlasím“. Výsledné skóre participantů je v rozsahu 6–30 bodů, kdy čím vyšší skóre, tím vyšší stereotypizace tělesných ideálů. Pro analýzu se skóre průměruje. Škála vykazuje vnitřní konzistenci $\alpha = 0,91$ a test-retest reliabilitu $r = 0,80$ (Stice et al., 2015).

Revidovaná škála IBSS je spolu se škálou SATAQ-4R nejvíce používanou metodou pro měření internalizace hubených ideálů. Výsledky Thompsona et al. (2018) ukazují, že metody zachycují jak společné, tak jedinečné konstrukty. Ačkoli obě metody měří globální faktor internalizace, škála SATAQ-4R může být vhodnější pro hodnocení osobního přijetí a touhy dosáhnout štíhlého těla, zatímco škála IBSS může být lepší pro hodnocení povědomí nebo uznávání širších sociokulturních ideálů.

Verze metody IBSS, kterou jsme přeložili do českého jazyka, a která byla poté použita k analýze, obsahuje 8 položek. Tuto verzi jsme zvolili po konzultaci s jedním z autorů metody, doktorem Ericem Sticem, Ph.D. ze Stanfordské Univerzity, jelikož byla označena za nejvíce aktuální verzi. Autoři ji zařadili do dotazníku Body Project 4: Baseline Survey, který nám zaslali v korespondenci (E. Stice, osobní sdělení, 30. října 2022).

Co se týče reliability použité osmi položkové verze metody, nepodařilo se nám najít dostupné studie, které by se k této otázce vyjadřovaly. V návaznosti na tento problém jsme formulovali svůj dílčí cíl, a to popsat psychometrické vlastnosti této metody.

7.4 Převod metody IBSS

Jak jsme již výše uvedli, škála IBSS (Stice et al., 1994) dosud nebyla přeložena do českého jazyka. V naší práci jsme se tedy rozhodli převést její nejnovější verzi z angličtiny do češtiny. Nejprve jsme kontaktovali jednoho z autorů metody, doktora Erica Stice, s žádostí o svolení metodu přeložit a využít v rámci naší práce. Potřebná povolení jsme získali.

První krok převodu metody probíhal následovně. Šest nezávislých osob s velmi dobrou úrovní angličtiny přeložilo jednotlivé položky, Likertovu škálu odpovědí a úvodní informace do češtiny. K těmto překladům jsme přidali i verzi online překladače DeepL, který je volně dostupný (www.deepl.com). Ve druhé fázi jsme pomocí obsahové analýzy překladů formulovali českou verzi metody.

Následoval zpětný překlad naší verze do angličtiny, který byl vypracován profesionálním překladatelem. Tento překlad jsme poté zaslali ke kontrole autorovi s cílem ověřit, jestli se nám povedlo zachovat stejný význam i obsah. Na základě poznámek autora jsme českou verzi upravili, opět nechali přeložit do anglického jazyka a znovu poslali autorovi. Tato verze byla bez dalších výtek schválena a stala se tak naší finální verzí, kterou jsme podrobili grafické úpravě (viz. příloha č. 2).

8 SBĚR DAT A VÝZKUMNÝ SOUBOR

V této kapitole se zaměříme na to, jak probíhal sběr dat pro náš výzkum, a také si popíšeme, jak vypadalo dotazníkové šetření. Budeme se zde věnovat i výzkumnému souboru, u kterého si ve zkratce uvedeme jeho nejdůležitější vlastnosti, abychom měli základní představu o jeho charakteristice. Na závěr této části bude následovat podkapitola, ve které se budeme zabývat etickými otázkami našeho výzkumu.

8.1 Sběr dat

Se záměrem nasbírat data pro analýzu byla vytvořena testová baterie ve formě online dotazníku. Online dotazník jsme sestavili prostřednictvím bezplatného softwaru Google Forms (<https://docs.google.com/forms>). Úvod dotazníku zahrnoval základní údaje o autorce včetně kontaktních údajů, informace, pro koho je dotazník určený a jak se má vyplňovat, odhadovanou dobu vyplňování a také informace o zachování anonymity a dobrovolné účasti. Samotný dotazník obsahoval 4 části:

- 1) **základní informace o respondentech,**
- 2) **Škálu tělesného hodnocení pro adolescenty a dospělé,**
- 3) **Škálu záchvatovitého přejídání a**
- 4) **Škálu stereotypizace tělesného ideálu.**

Za důležité základní informace jsme považovali demografické údaje týkající se věku a nejvyššího dosaženého vzdělání a informace ohledně váhy a výšky účastnic. Dále jsme zde zařadili i otázky na ideální váhu, jestli byly respondentky diagnostikovány s PPP a případně s jakým typem PPP.

V závěru dotazníku jsme respondentkám poděkovali za čas strávený nad vyplňováním dotazníku a znovu jsme zde uvedli kontaktní údaje na autorku pro případ jakýchkoli dotazů, komentářů či připomínek.

Před samotným sběrem dat byl proveden pilotní test, který si kladl za cíl ověřit, jestli je dotazník srozumitelný a vhodně strukturovaný. Účastnilo se ho 5 dobrovolníků, jejichž drobné připomínky byly vzaty v potaz a ucelily tak konečnou verzi testové baterie.

Data byla sbírána od konce listopadu roku 2022 do konce ledna roku 2023. Sběr dat byl realizován hlavně prostřednictvím sociálních sítí Facebook a Instagram metodou samovýběru a sněhové koule. Letáček s odkazem na online dotazník byl distribuován do různých facebookových skupin, rozeslán přes e-mail a opakovaně sdílen na sociálních sítích autorky. Dotazník byl také převeden do papírové podoby, kdy bylo vytištěno několik

kusů pro zájemkyně, které bohužel neměly přístup k internetu. Tato data byla poté ručně přepsána do online dotazníku.

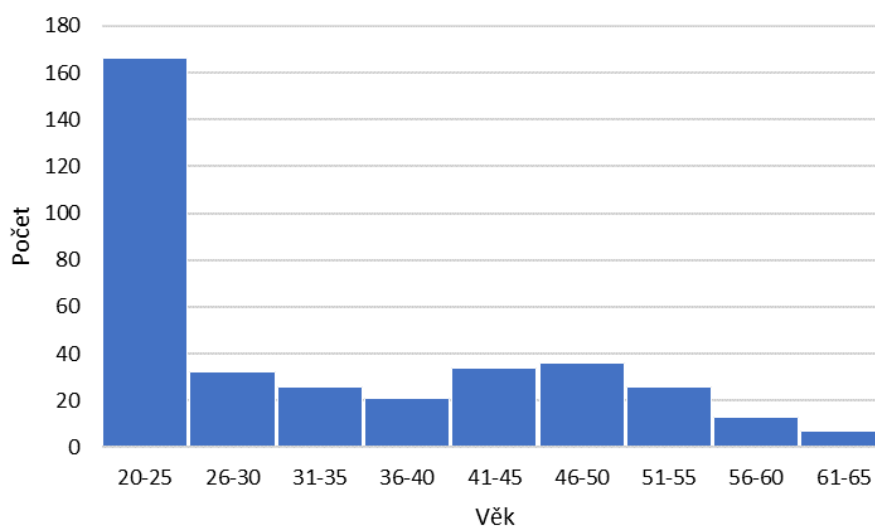
8.2 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor naší práce sestává z žen ve věku 20–65 let. Toto věkové rozložení odpovídá definici dospělosti dle Langmeiera a Krejčířové (2000), kteří ji dělí na 3 etapy:

- 1) **časná dospělost** (20–30 let),
- 2) **střední dospělost** (31–45 let) a
- 3) **pozdní dospělost** (46–65 let).

Pro účast ve výzkumu tedy platila 2 kritéria, věk a pohlaví. Data jsme získali od 362 respondentek, z nichž 1 musela být vyřazena z důvodu nesmyslných odpovědí. Žen ve věku časně dospělosti bylo 198, ve věku střední dospělosti 81 a žen v pozdní dospělosti bylo 82. Průměrný věk respondentek byl 33,2 let, se směrodatnou odchylkou (dále SD) 12,7 a mediánem 28. Rozložení věku respondentek je zobrazeno v Obrázku 1.

Obrázek 1: Graf zastoupení věkových kategorií ve výzkumném souboru (N = 361)



Následně jsme se zabývali nejvyšším dosaženým vzděláním respondentek. Jak můžeme vidět v Tabulce 1, nejvíce jsou zastoupeny ženy, které vystudovaly střední školu s maturitou. Toto je však pravděpodobně způsobeno i věkem našeho výzkumného souboru, jelikož nejvíce zastoupená kategorie žen ve věku 20–25 let odpovídá právě období, kdy jedinci často teprve na vysoké škole studují. Na druhém místě jsou poté právě ženy, které mají dokončené vysokoškolské vzdělání.

Tabulka 1: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

Vzdělání	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
ZŠ	5	1,40
SŠ s výučním listem	33	9,10
SŠ s maturitou	188	52,10
VOŠ	12	3,30
VŠ	123	34,10

Dále jsme se respondentek ptali na jejich váhu a výšku. Tyto informace jsme následně použili pro analýzu BMI. Průměrná hodnota BMI participantek se rovnala hodnotě 24,4 (SD = 4,8). Minimální hodnota odpovídá pásmu podváhy (MIN = 15,8) a maximální hodnota pásmu obezity III. stupně (MAX = 52,5).

Respondentek jsme se také tázali, jaká je jejich ideální hmotnost. Hodnota váhy, kterou ženy považovaly za ideální, se v průměru rovnala 60,8 kg (SD = 8,9). Rozdíl kilogramů, o který se ženy od své vysněné váhy vzdalovaly, byl v průměru 7 kg (SD = 9,2). Důležité je ale upozornit i na fakt, že ne pro všechny respondentky byla ideální váha nižší než váha reálná. Celkem 22 respondentek si naopak přálo přibrat, tedy ideální váha pro ně byla vyšší než současná váha. Dalších 38 žen bylo se svou váhou spokojeno, takže za svou perfektní hmotnost považovaly svou momentální váhu.

Další otázka se týkala PPP, kdy jsme se konkrétně ptali na to, zda byla respondentkám diagnostikována nějaká PPP. V Tabulce 2 máme přehledně znázorněny odpovědi na tuto otázku. V případě, že žena odpověděla „Ano“ nebo „Porucha mi diagnostikována nebyla, ale mám na ni podezření“, měla v další otázce konkretizovat, o jakou PPP se jedná. Nejčastěji diagnostikovanou poruchou byla anorexie nervosa, kterou trpělo 6 žen, z toho 2 měly diagnostiku atypické anorexie. Záchvatovité přejídání bylo diagnostikováno 4 ženám a bulimii nervosu také uvedly 4 respondentky (pozn. některé respondentky byly za život diagnostikovány s vícero typy PPP). Nejčastější PPP, na kterou ženy měly podezření, bylo BED, které uvedlo 23 žen. Dále 11 žen uvedlo anorexiu nervosu a 4 respondentky bulimii nervosu (pozn. 2 ženy uvedly, že mají na PPP podezření, ale konkrétní typ nespecifikovaly).

Tabulka 2: Diagnóza poruch příjmu potravy u výzkumného souboru

Diagnóza	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	11	3,00
Ne	310	85,90
Bez diagnózy, ale mám na ni podezření	40	11,10

Jak jsme si již uvedli v kapitole „7 Testové metody“, škála BES dělí výsledný skór do 3 kategorií dle závažnosti záchvatů přejídání. V Tabulce 3 můžeme vidět rozložení našeho výzkumného souboru do těchto 3 skupin, kdy výrazně převládá skupina respondentek s žádnými nebo skoro žádnými záchvaty přejídání. Zároveň se ale v našem souboru najde i skupina žen, která trpí závažnými záchvaty přejídání.

Tabulka 3: Kategorie škály BES dle závažnosti záchvatů přejídání ve výzkumném souboru

BES kategorie	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Žádné nebo skoro žádné ZP	305	84,50
Mírné až střední ZP	37	10,20
Závažné ZP	19	5,30

Pozn.: ZP = záchvaty přejídání.

8.3 Etika výzkumu

Předtím, než začalo samotné dotazníkové šetření, jsme respondentkám poskytli informace o účelu naší práce. Uvedli jsme, že vyplnění dotazníku je dobrovolné, a že jeho odesláním dává respondentka souhlas k využití dat pro výzkumné účely. V úvodu testové baterie byly respondentky dále stručně seznámeny s délkou dotazníku včetně odhadu času potřebného k jeho vyplnění. Respondentky byly ujištěny, že jejich data budou zpracována anonymně, a také jim byl poskytnut kontakt na autorku pro případ dotazů, připomínek a nejasností ohledně výzkumného šetření, či v případě potřeby odstoupit od výzkumu.

Také v několika případech, kdy byly dotazníky vyplňovány v papírové podobě, byly etické standardy zachovány. Papírová podoba testové baterie byla totožná s online verzí. Jediným rozdílem bylo odevzdání výsledků, kdy ženy, které vyplnily papírovou verzi, anonymně zaslaly svůj dotazník na předem smluvenou adresu. Tato data byla poté ručně přepsána do online verze dotazníku.

Dle etického metakodexu Evropské federace psychologických asociací (EFPA) bychom měli respektovat práva člověka a jeho důstojnost, včetně jeho soukromí. Informace z výzkumu tedy nesmí být poskytnuty osobám, které s ním nejsou spojeny. S tím souvisí i samotné uchovávání informací, kdy důvěrnost a anonymita by měly být zachovány. Respondent má právo na informace týkající se výzkumného účelu a procesu, stejně tak na stažení svých dat a odstoupení od výzkumu (EFPA, 2005).

Po provedení výzkumného šetření můžeme prohlásit, že výzkum proběhl v souladu s etickými pravidly metakodexu EFPA, a že etické standardy pro práci s daty byly dodrženy.

9 PRÁCE S DATY A VÝSLEDKY

Tato část práce je věnována vysvětlení postupu při práci s daty a samotným výsledkům analýzy. Jako první se budeme zabývat základními deskriptivními statistikami jednotlivých veličin. Poté si popíšeme závěry o platnosti všech statistických hypotéz. Závěrem představíme psychometrické vlastnosti škály BESAA a škály IBSS, která byla převedena do českého jazyka.

9.1 Metody zpracování a analýza dat

Po ukončení sběru dat prostřednictvím online dotazníku Google Forms jsme si data stáhli ve formátu .xlsx a otevřeli v programu MS Excel. Následně proběhlo čištění a kódování dat, kdy jsme ze souboru vyřadili z důvodu neplatných odpovědí 1 respondentku. Dále jsme pracovali s výzkumným souborem 361 žen. Veškerá analýza dat byla provedena ve spolupráci s odborníkem, a to prostřednictvím softwaru R, verze 4.1.2. Současně bylo využito nástavby programu R, čímž je Rstudio, verze 1.4.1717.

V průběhu analýzy jsme pracovali s hladinou významnosti u všech statistických testů $\alpha = 0,05$. Pokud dle Dostála (2020) po provedení testu získáme p-hodnotu menší, než je hladina významnosti 0,05, výsledek považujeme za *signifikantní* (statisticky významný). Když je p-hodnota nižší než hladina významnosti 0,01, výsledek značíme jako *vysoce signifikantní*. Pokud p-hodnota odpovídá hodnotě menší než hladina významnosti 0,001, prohlásíme ji za *velmi vysoce signifikantní*. Tyto tři stupně statistické významnosti můžeme pro zjednodušení v tabulkách značit jednou až třemi hvězdičkami (Dostál, 2020).

Nejprve jsme se v analýze rozhodli zabývat základními popisnými charakteristikami veličin a jejich rozdělením. Základní deskriptivní statistiky jednotlivých proměnných shrnuje Tabulka 4. Normalita byla ověřována pomocí Shapir-Wilkova testu, který je dle Dostála (2020) nejvhodnějším testem pro posouzení normality. Jelikož p-hodnota Shapir-Wilkova testu vyšla signifikantní (viz Tabulka 5), zamítli jsme nulovou hypotézu o předpokladu normálního rozdělení.

Tabulka 4: Základní deskriptivní statistiky proměnných ve výzkumném souboru

Proměnná	průměr	SD	medián	b
BES	9,80	8,40	8,00	1,20
BESAA	46,50	18,30	46,00	-0,11
– TH–Vzhled	21,40	8,60	22,00	-0,33
– TH–Hmotnost	15,10	8,50	15,00	0,16
– TH–Atribuce	10,10	3,40	10,00	-0,04
IBSS	3,50	0,70	3,60	-0,84
Věk	33,20	12,70	28,00	0,66
BMI	24,40	4,80	23,10	1,52

Pozn.: TH = tělesné hodnocení, b = šikmost.

Tabulka 5: Hodnoty Shapir-Wilkova testu pro ověření normality rozložení výzkumného souboru

BES	BESAA	TH–Vzhled	TH–Hmotnost	TH–Atribuce	IBSS	Věk	BMI
< 0,001	= 0,002	< 0,001	< 0,001	= 0,012	< 0,001	< 0,001	< 0,001

Pozn.: TH = tělesné hodnocení.

Veličiny nevykazují normální rozdělení a je u nich viditelné určité zešikmení. Na základě těchto poznatků jsme se při ověřování platnosti hypotéz drželi neparametrických testů, konkrétně testu **Spearmanova koeficientu pořadové korelace**, který si stručně popíšeme níže.

Dle Dostála (2020) test Spearmanova korelačního koeficientu (značíme r_s) používáme tehdy, když chceme kvantifikovat sílu závislosti mezi dvěma spojitými proměnnými, které nesplňují podmínku normality rozdělení, nebo v případě dvou ordinálních proměnných. Jedná se o neparametrický test, který je vysoce robustní, jelikož nepodléhá vlivu odlehlých pozorování. Odpovídá testu Pearsonova korelačního koeficientu s tím rozdílem, že ho aplikujeme na hodnoty, které jsme převedli na pořadí dle velikosti. Hodnota r_s se pohybuje v rozmezí od -1 do 1, kdy pro něj používáme následující slovní označení (Dostál, 2020):

- zanedbatelný vztah: $|r_s| < 0,1$,
- slabý vztah: $|r_s| < 0,3$,
- středně silný vztah: $|r_s| < 0,5$ a
- silný vztah: $|r_s| \geq 0,5$.

9.2 Zhodnocení platnosti hypotéz

Tato část se bude věnovat samotným hypotézám. Postupně si popíšeme výsledky analýz a posoudíme platnost hypotéz. Pro testování všech hypotéz bylo použito **testu Spearmanova korelačního koeficientu**. Jako míru účinku zde uvádíme koeficient determinace, který nám říká, kolik procent rozptylu spolu korelované veličiny sdílejí (Dostál, 2022). Pro analýzu byla zvolena hladina významnosti $\alpha = 0,05$, tedy máme 5% šanci, že neoprávněně zamítneme nulovou hypotézu.

Souvislost záchvatů přejídání s body image. Tato část se zabývá předpokladem, že respondentky, které trpí závažnějšími záchvaty přejídání (dosahovaly vyššího skóre na škále BES), mají horší body image (nižší skóre na škále BESAA). Výsledky shrnuje Tabulka 6.

H1: Nižší skóre v BESAA pozitivně souvisí s vyšším skóre v BES u dospělých žen.

Matematicko-statistická formulace: $H_0: r_s \geq 0$ x $H_A: r_s < 0$

Tabulka 6: Výsledky korelace záchvatů přejídání s body image (sv = 359)

Proměnné	r_s	p-hodnota	Koeficient determinace (r_s^2)	Síla a směr korelace
ZP a body image	-0,58	< 0,001	0,34	silná negativní

Pozn.: ZP = záchvaty přejídání, sv = stupně volnosti.

Co se týče hypotézy **H1**, nalezená souvislost je silná, v negativním směru. P-hodnota je velmi vysoce signifikantní. **Zamítáme tedy nulovou hypotézu ve prospěch alternativní hypotézy.** Bylo potvrzeno, že ženy, které mají horší body image, trpí závažnějšími záchvaty přejídání (s pravděpodobností chyby nejvýše 5 %).

Souvislost subškál BESAA se záchvaty přejídání. Zde porovnáváme jednotlivé subškály dotazníku BESAA (TH–Vzhled, TH–Hmotnost, TH–Atribuce) za účelem ověření souvislosti se záchvaty přejídání. Výsledky uvádíme v Tabulce 7.

H2: Nižší skóre v subškále TH–Vzhled pozitivně souvisí s vyšším skóre v BES u dospělých žen.

Matematicko-statistická formulace: $H_0: r_s \geq 0$ x $H_A: r_s < 0$

H3: Nižší skóre v subškále TH–Hmotnost pozitivně souvisí s vyšším skóre v BES u dospělých žen.

Matematicko-statistická formulace: $H_0: r_s \geq 0$ x $H_A: r_s < 0$

H4: Nižší skóre v subškále TH–Atribuce pozitivně souvisí s vyšším skóre v BES u dospělých žen.

Matematicko-statistická formulace: $H_0: r_s \geq 0$ x $H_A: r_s < 0$

Tabulka 7: Výsledky korelace závažnosti záchvatů přejídání se subškálami dotazníku BESAA (sv = 359)

Proměnné	r_s	p-hodnota	Koeficient determinace (r_s^2)	Síla a směr korelace
TH–Vzhled a ZP	-0,58	< 0,001	0,34	silná negativní
TH–Hmotnost a ZP	-0,58	< 0,001	0,34	silná negativní
TH–Atribuce a ZP	-0,19	< 0,001	0,04	slabá negativní

Pozn.: TH = tělesné hodnocení, ZP = záchvaty přejídání, sv = stupně volnosti.

Nalezené souvislosti mezi záchvaty přejídání a subškálami TH–Vzhled a TH–Hmotnost jsou silné v negativním směru. Korelace mezi záchvaty přejídání a subškálou TH–Atribuce je slabá v negativním směru. Všechny p-hodnoty vyšly velmi vysoce signifikantní. **Můžeme tedy zamítnout nulové hypotézy ve prospěch příslušných alternativních hypotéz.** Podařilo se nám ověřit (s pravděpodobností chyby nejvýše 5 %), že každá ze subškál BESAA souvisí se záchvaty přejídání v negativním směru, kdy nejvíce rozptýlu se záchvaty přejídání sdílí TH–Vzhled a TH–Hmotnost (34 %).

Souvislost záchvatů přejídání s tlaky tělesného ideálu. Zde jsme předpokládali, že respondentky se závažnějšími záchvaty přejídání (vyšším skóre na škále BES) mají více internalizovaný stereotyp ideálu štíhlosti (vyšší skóre na škále IBSS). Výsledky vyobrazuje Tabulka 8.

Tabulka 8: Výsledky korelace záchvatů přejídání s tělesným ideálem (sv = 359)

Proměnné	r_s	p-hodnota	Koeficient determinace (r_s^2)	Síla a směr korelace
ZP a tělesný ideál	0,16	= 0,001	0,03	slabá pozitivní

Pozn.: ZP = záchvaty přejídání, sv = stupně volnosti.

U hypotézy **H5** byla nalezena pouze slabá pozitivní korelace. P-hodnota nám ale udává velmi vysoce signifikantní výsledek. **Zamítáme tedy nulovou hypotézu ve prospěch alternativy.**

Souvislost záchvatů přejídání s věkem a BMI. Tato část se věnuje ověření platnosti hypotéz o existenci souvislosti mezi závažností záchvatů přejídání, věkem respondentek a jejich BMI. Tabulka 9 zobrazuje jednotlivé výsledky.

H6: Existuje souvislost mezi záchvaty přejídání a věkem u dospělých žen.

Matematicko-statistická formulace: $H_0: r_s = 0$ x $H_A: r_s \neq 0$

H7: Vyšší hodnota BMI pozitivně souvisí s vyšším skóre v BES u dospělých žen.

Matematicko-statistická formulace: $H_0: r_s \leq 0$ x $H_A: r_s > 0$

Tabulka 9: Výsledky korelace závažnosti záchvatů přejídání s věkem a BMI (sv = 359)

Proměnné	r_s	p-hodnota	Koeficient determinace (r_s^2)	Síla a směr korelace
ZP a věk	-0,35	< 0,001	0,12	středně silná negativní
ZP a BMI	0,2	< 0,001	0,04	slabá pozitivní

Pozn.: ZP = záchvaty přejídání, sv = stupně volnosti.

Souvislost mezi závažností záchvatů přejídání a věkem byla popsána jako středně silná v negativním směru. S rostoucím věkem mají hodnoty skóre na škále BES tendenci klesat. Korelace mezi BMI a záchvaty přejídání byla sice v pozitivním směru, ale nalezen byl pouze slabý vztah. Obě p-hodnoty byly velmi vysoce signifikantní. **Zamítáme obě nulové hypotézy ve prospěch příslušných alternativ.**

Na závěr této části v Tabulce 10 pro přehlednost uvádíme souhrn všech hypotéz, jejich p-hodnoty a rozhodnutí o jejich přijetí.

Tabulka 10: Souhrn ověřování hypotéz H1–H7

Hypotéza	p-hodnota	Přijetí
H1: Nižší skóre v BESAA pozitivně souvisí s vyšším skóre v BES u dospělých žen.	< 0,001	Přijímáme
H2: Nižší skóre v subškále TH–Vzhled pozitivně souvisí s vyšším skóre v BES u dospělých žen.	< 0,001	Přijímáme
H3: Nižší skóre v subškále TH–Hmotnost pozitivně souvisí s vyšším skóre v BES u dospělých žen.	< 0,001	Přijímáme
H4: Nižší skóre v subškále TH–Atribuce pozitivně souvisí s vyšším skóre v BES u dospělých žen.	< 0,001	Přijímáme
H5: Vyšší skóre v IBSS pozitivně souvisí s vyšším skóre v BES u dospělých žen.	= 0,001	Přijímáme
H6: Existuje souvislost mezi záchvaty přejídání a věkem u dospělých žen.	< 0,001	Přijímáme
H7: Vyšší hodnota BMI pozitivně souvisí s vyšším skóre v BES u dospělých žen.	< 0,001	Přijímáme

Nad rámec hypotéz. Nad rámec hypotéz jsme se pro přehlednost a zajímavost rozhodli uvést přepis korelační matice s mírou významnosti (viz. příloha č. 3). Blíže si přiblížme souvislost mezi škálou BESAA a váhou participantek. Z přepisu korelační matice vyplývá, že čím více ženy váží, tím méně jsou se sebou spokojeny (tedy tím horší je jejich body image). To se promítá i do BMI, které jako ukazatel může být vhodnější. Čím vyšší skóre BMI ženy dosahují, tím menší tělesnou úctu k sobě mají.

9.3 Psychometrické parametry škály IBSS

Ze škály, která měří internalizaci stereotypu hubených ideálů, jsme získali data od 361 respondentek ve věku 20–65 let. Průměrné skóre dosahovalo 3,5 bodů (SD = 0,7). Připomeňme, že se skóry jednotlivců pro analýzu průměrovaly. Průměrný bodový zisk byl v rozmezí MIN = 1 a MAX = 5, což odpovídá krajním hodnotám, kterých participantky mohly dosáhnout.

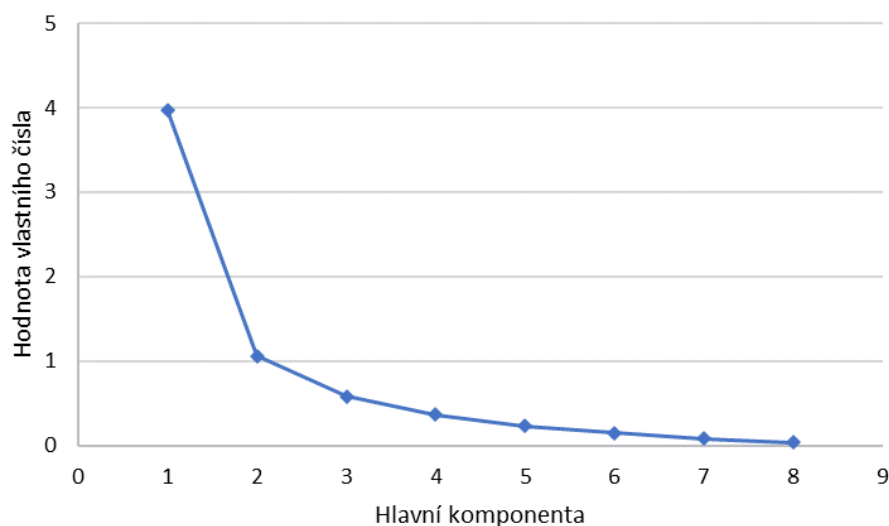
Nejprve jsme se zabývali výpočtem reliability jako vnitřní konzistence, jejímž ukazatelem je Cronbachova alfa. Hodnota Cronbachovy alfy metody IBSS vyšla $\alpha = 0,85$. Split-half reliability, která je dalším ukazatelem reliability, byla určena po rozdělení položek na dvě poloviny (sudé a liché položky) a po korekci Spearman-Brownovou formulí jako $r = 85$. Metodu tedy považujeme za reliabilní. V následující Tabulce 11 pro doplnění přidáváme analýzu spolehlivosti jednotlivých položek.

Tabulka 114: Analýza spolehlivosti položek škály IBSS

Položka	Průměr (po odstr.)	SD (po odstr.)	Korelace položky s celkem	Cronbachova α (po odstr.)
1	3,49	0,72	0,79	0,82
2	3,59	0,74	0,69	0,84
3	3,52	0,72	0,76	0,83
4	3,44	0,74	0,75	0,83
5	3,57	0,73	0,70	0,84
6	3,51	0,74	0,72	0,83
7	3,48	0,78	0,54	0,85
8	3,49	0,76	0,65	0,84

Dále jsme pomocí analýzy hlavních komponent s rotací varimax zkoumali počet faktorů metody, která by dle autorů (Stice et al., 1994) měla mít jeden faktor. Dle sutinového grafu (Obrázek 2) se škála IBSS ukázala být jako jednofaktorová. Tento faktor vysvětluje 43 % rozptylu. Dále uvádíme tabulku faktorových zátěží (Tabulka 12).

Obrázek 2: Sutinový graf pro IBSS



Tabulka 125: Faktorové zátěže jednofaktorové škály IBSS

Položka	1	2	3	4	5	6	7	8
Faktor 1	0,76	0,61	0,73	0,73	0,64	0,67	0,46	0,58

9.4 Psychometrické parametry škály BESAA

Dotazník týkající se body image taktéž vyplnilo 361 žen. Průměrné skóre participantek bylo 46,5 bodů (SD = 18,3) a bylo v rozmezí od MIN = 4 do MAX = 89. Průměrné skóry, SD a krajní hodnoty subškál uvádí následující Tabulka 13:

Tabulka 13: Deskriptivní statistiky subškál dotazníku BESAA

Subškála	průměr	SD	MIN	MAX
TH-Vzhled	21,4	8,6	0	39
TH-Váha	15,1	8,5	0	32
TH-Atribuce	10,1	3,4	0	19

Pozn.: TH = tělesné hodnocení.

Dále jsme opět vypočítali Cronbachovu alfu, abychom tak určili realibilitu vnitřní konzistence celého dotazníku i jednotlivých škál. Cronbachova alfa pro celý dotazník vyšla $\alpha = 0,95$, což poukazuje na vysokou realibilitu metody. Cronbachovy alfy jednotlivých

subškál vyšly pro TH–Vzhled $\alpha = 0,93$, pro TH–Hmotnost $\alpha = 0,93$ a pro TH–Atribuce $\alpha = 0,67$.

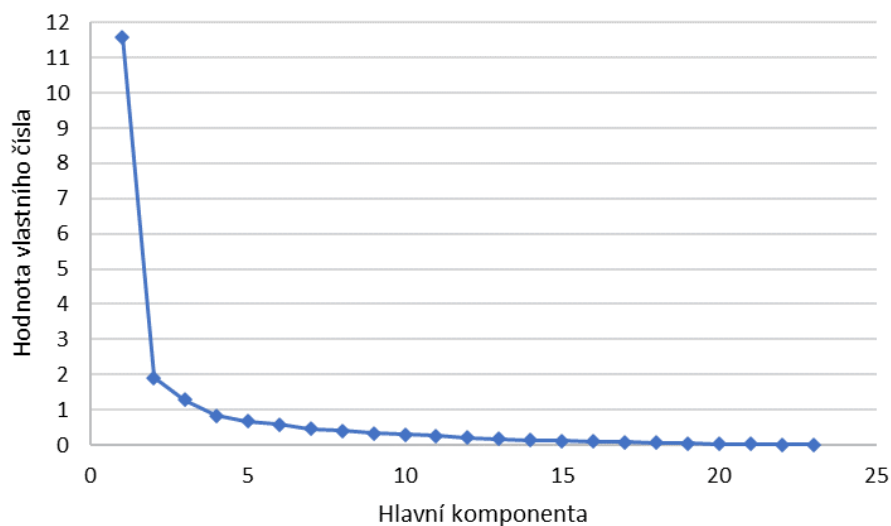
Split-half reliabilita pro celou metodu vyšla $r = 95$. Pro doplnění v následující Tabulce 14 přikládáme ještě analýzu spolehlivosti jednotlivých položek:

Tabulka 14: Analýza spolehlivosti položek škály BESAA

Položka	Průměr (po odstr.)	SD (po odstr.)	Korelace položky s celkem	Cronbachova α (po odstr.)
1	2,03	0,81	0,65	0,95
2	2,00	0,82	0,49	0,95
3	2,03	0,79	0,79	0,95
4	2,03	0,80	0,64	0,95
5	2,06	0,83	0,07	0,95
6	2,03	0,80	0,77	0,95
7	2,03	0,80	0,67	0,95
8	2,04	0,79	0,79	0,94
9	2,06	0,80	0,66	0,95
10	2,05	0,79	0,80	0,94
11	2,00	0,80	0,55	0,95
12	2,01	0,81	0,54	0,95
13	2,00	0,79	0,79	0,94
14	2,01	0,80	0,66	0,95
15	2,01	0,79	0,84	0,94
16	2,03	0,78	0,77	0,95
17	1,99	0,79	0,77	0,95
18	2,01	0,78	0,75	0,95
19	2,01	0,78	0,81	0,94
20	2,04	0,81	0,45	0,95
21	2,00	0,79	0,83	0,94
22	2,03	0,79	0,85	0,94
23	2,05	0,79	0,84	0,94

Dle Mendelsonové et al. (2001) má škála BESAA 3 faktory. Toto jsme se opět pokusili ověřit pomocí analýzy metodou hlavních komponent s rotací varimax. Výsledky uvádíme v sutinovém grafu (Obrázek 3) a tabulce faktorových zátěží (Tabulka 15).

Obrázek 3: Sutinový graf škály BESAA



Tabulka 15: Faktorové zátěže třífaktorové škály BESAA

Položka	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3
	(TH–Hmotnost)	(TH–Vzhled)	(TH–Atribuce)
1	0,30	0,36	0,48
2	0,09	0,12	0,70
3	0,50	0,39	0,48
4	0,52	0,47	0,01
5	0,04	-0,18	0,17
6	0,37	0,45	0,55
7	0,28	0,60	0,22
8	0,84	0,24	0,25
9	0,39	0,48	0,19
10	0,87	0,21	0,27
11	0,12	0,62	0,13
12	0,12	0,13	0,75
13	0,31	0,77	0,26
14	0,25	0,39	0,52
15	0,42	0,52	0,53
16	0,78	0,19	0,33

17	0,29	0,72	0,31
18	0,58	0,55	0,07
19	0,60	0,62	0,09
20	0,14	0,06	0,58
21	0,38	0,77	0,26
22	0,58	0,36	0,56
23	0,58	0,42	0,47

Pozn.: Tučně jsou zvýrazněny zátěže spadající do dané subškály. TH = tělesné hodnocení.

Když se zde budeme řídit pravidlem, které říká, že když jsou vlastní čísla faktorů větší než 1, tak je můžeme považovat za podstatné, tak sutinový graf potvrzuje třífaktorový charakter metody. Model celkem vysvětluje **60,4 %** rozptylu, kdy TH–Hmotnost vysvětluje 21,9 % rozptylu, TH–Vzhled 21,7 % rozptylu a TH–Atribuce 16,8 % rozptylu. To se liší od výsledků původní studie Mendelsonové et al. (2001) i práce Váňové (2022), jelikož v těchto pracích nejvíce rozptylu vysvětlovala subškála TH–Vzhled.

10 DISKUSE

Naše práce se ve výzkumné části zabývala hlavně souvislostmi záchvatů přejídání s internalizací stereotypu ideálu štíhlosti a body image. Tato kapitola se bude věnovat především výsledkům analýzy, které budeme porovnávat s poznatky z předchozích výzkumů. Dále si popíšeme limity a nedostatky naší práce, které výzkum odhalil. Na závěr uvedeme i přínosy práce.

Souvislost záchvatů přejídání (škála BES) a tělesného hodnocení (škála BESAA). Předpokládali jsme, že bude existovat významný vztah mezi záchvaty přejídání a body image. Vycházeli jsme například z výzkumů Jacobiové et al. (2004), Latnerové (2012), Mendelsonové et al. (2002) a Stice et al. (2017), které považují horší body image za významný faktor pro vznik PPP (včetně těch souvisejících se záchvaty přejídání), závažnějších záchvatů přejídání i BED jako takové. V naší práci jsme zkoumali konkrétně vztah mezi záchvaty přejídání a úctou k vlastnímu tělu, který zkoumala i Mendelsonová et al. (2002) na ženách s PPP včetně BED. Naše analýza se ukázala být v souladu s výsledky předchozích studií. Mezi záchvaty přejídání a body image (úctou k vlastnímu tělu) jsme našli silnou negativní korelaci. Tedy ženy, které mají nižší úctu k vlastnímu tělu, trpí závažnějšími záchvaty přejídání. Taktéž mezi subškálami škály BESAA, konkrétně TH–Vzhled a TH–Hmotnost, byla nalezena silná negativní korelace se záchvaty přejídání. U subškály TH–Atribuce jsme našli pouze slabou negativní souvislost se záchvaty přejídání, což může být způsobeno odlišným charakterem subškály, který popisují už autoři (Mendelson et al., 2001).

Souvislost záchvatů přejídání (škála BES) a internalizace stereotypu tělesných ideálů (škála IBSS). V této oblasti jsme očekávali, že respondenti, kteří více podléhají tělesným stereotypům a ideálům, budou vykazovat závažnější záchvaty přejídání. Vycházeli jsme z výzkumů, které popisují, že vyšší internalizace hubených stereotypů, může být prediktorem pro PPP, včetně záchvatů přejídání (Boone et al., 2011; Dakanalis et al., 2015; Srivastava et al., 2021; Stice, 1999; Stice et al., 2017; Thompson & Stice, 2001).

Tyto výzkumy s internalizací ideálu štíhlosti počítaly jako s jedním z vícero faktorů, které se na vzniku PPP a záchvatů přejídání jako takových podílejí. Například Thompson a Stice (2001) vidí internalizaci tělesných ideálů jako možnou příčinu držení diet, která pak může vyústit v záchvaty přejídání. Booneová et al. (2011) označili internalizaci hubených ideálů jako intervenující proměnnou mezi perfekcionismem a záchvaty přejídání. Důležitým faktorem pro vznik PPP včetně záchvatů přejídání, který internalizaci ideálu štíhlosti

zvyšuje, je nespokojenost s vlastním tělem, která se ve výzkumech objevuje velmi často (Dakanalis et al., 2015; Srivastava et al., 2021; Stice et al., 2017).

Naše práce zkoumala vztah mezi záchvaty přejídání a internalizací tělesných ideálů. Výsledky tuto korelaci potvrdily. P-hodnota vyšla velmi vysoce signifikantní, korelace se ukazuje být slabou v pozitivním směru, tedy čím více mají ženy internalizovaný hubený ideál, tím závažnějšími záchvaty přejídání trpí. Naše výsledky jsou tak v souladu s předchozími poznatky. Dle výše zmíněných autorů se však internalizace štíhlých ideálů na vzniku záchvatů přejídání nepodílí přímo. My však v rámci našeho výzkumu postihli jen popsané proměnné. Další zkoumání je tedy určitě žádoucí.

Revidovaná verze škály IBSS je výzkumníky v zahraničí spolu se škálou SATAQ-4R nejpoužívanější metodou k měření internalizace tělesných ideálů. Avšak dle výzkumu Thompsona et al. (2018) se potvrdilo, že tyto metody nejsou zaměnitelné, jelikož sice obě měří obecný konstrukt, ale každá metoda je také asociována s unikátnostmi, které obecný konstrukt nevysvětluje. Dle autorů je metoda SATAQ-4R více spojena s poruchovými jídelními návyky, kdežto škála IBSS spíše souvisí s méně personalizovanými kulturně zatíženými ideály. Pro příště by tedy bylo vhodné a zajímavé do výzkumu na našem území zahrnout i metodu SATAQ-4R a výsledky porovnat.

Souvislost záchvatů přejídání s věkem a Body Mass Indexem. Co se týče záchvatů přejídání a věku, naše analýza mezi nimi našla spojitost. Vyšlo nám, že s rostoucím věkem závažnost záchvatů klesá. Tato korelace se ukázala být středně silná v negativním směru. Teoretický podklad v tomto tématu však není sjednocený. Některé výzkumy udávají větší výskyt u dospívajících jedinců (Kessler et al., 2013), jiné zase v dospělosti (Brewerton et al., 2014; Mustelin et al., 2015). My se v naší práci zabývali souborem od 20 do 65 let, takže jsme období před 20. rokem nepostihli. Je ale také nutné zmínit, že náš soubor nebyl věkově vyrovnaný, kdy výrazně převažovaly ženy ve věkové kategorii 20–25 let. Náš výsledek tímto může být zkreslený.

Někteří autoři říkají, že je možné, že vyšší BMI je u jedinců trpících BED způsobeno v důsledku záchvatů přejídání (Brownley et al., 2016; Hudson et al., 2007). Grucza et al. (2007) nebo Kessler et al. (2013) uvádí vyšší BMI u osob trpících BN nebo BED než u jedinců bez PPP. Naše analýza našla mezi BMI a záchvaty přejídání pouze slabou pozitivní korelaci, kdy se ukázalo, že ženy s vyšším BMI trpí závažnějšími záchvaty přejídání. Toto zjištění je v souladu s výše uvedenými studiemi. Jiní autoři se spíše přiklání ke tvrzení, že samotné BMI a záchvaty přejídání spolu nesouvisí (Mason & Lewis, 2014; Saules et al., 2009; Yiu et al., 2017).

Překlad a psychometrické vlastnosti škály IBSS. Dalším cílem byl i překlad nejnovější verze škály IBSS do českého jazyka a následná analýza jejich psychometrických vlastností. Revidovaná verze této škály je výzkumníky v zahraničí velmi často používaná k měření internalizace hubených ideálů. Jejimi výhodami je její nenáročnost, vysoká reliabilita i časová úspornost. Považujeme tedy za vhodné tento nástroj rozšířit k využití i na našem území, jelikož zkoumání role tělesných ideálů je stále aktuální téma, kterému je důležité se věnovat. Abychom však aktuálnost zachovali i v rámci vývoje metody, rozhodli jsme se o překlad její nejnovější verze, která si však žádá další výzkumy psychometrických vlastností.

Výsledky naší analýzy ukázaly vysokou vnitřní konzistenci metody, kdy se Cronbachova alfa rovnala $\alpha = 0,85$. Hodnota split-half reliability taky vyšla jako dostatečná $r = 0,85$. Avšak zde stojí za zmínku, že split-half reliabilita v tomto případě nemusí být ideálním měřítkem reliability, jelikož je metoda velmi krátká. Pomocí faktorové analýzy jsme potvrdili jednofaktorovou strukturu metody a analýza spolehlivosti jednotlivých položek po jejich odstranění také ukázala vysokou korelaci celku s jednotlivými položkami. Ověření test-retest reliability, která ukazuje reliabilitu testu v čase, bylo nad rámec této práce a vyžaduje tak další prozkoumání.

V první fázi překladu bylo využito šesti nezávislých překladů, ke kterým byl přidán překlad z online překladače DeepL. I přesto, že položek pro překlad nebylo mnoho a nebyly složité, bylo vhodné do této fáze zařadit i překlad bilingválních jedinců či profesionálního překladatele, který se v naší práci věnoval pouze zpětnému překladu. Za pozitivum našeho překladu považujeme, že jeho konečná verze byla zaslána na schválení autorovi metody, který potvrdil obsah i význam položek.

Na druhou stranu je nutné brát v potaz i rozdílné sociokulturní prostředí, na kterém je metoda částečně postavena. Americká kultura se od Evropské liší. Nesmíme však zapomenout na fakt, že díky westernizaci se rozdíl mezi těmito kulturami zmenšuje. Stále bychom ale měli mít na paměti, že použití této metody v naší kultuře může přinášet určité zkreslení.

Psychometrické vlastnosti škály BESAA. BESAA se jako metoda používá nejčastěji na výzkumném souboru lidí do cca třiceti let. Bylo provedeno poměrně málo výzkumů, které by tuto škálu použily i ve starším souboru. Například Modica (2019) škálu BESAA použil na souboru žen ve věku 20–72 let. Cronbachovu alfu uvádí rovnu $\alpha = 0,95$, avšak z analýzy vyřazuje subškálu TH–Atribuce. V naší práci jsme si proto za dílčí cíl dali popsat její psychometrické vlastnosti, které porovnáme v následujícím odstavci. Co se týče

věku jako takového, v naší analýze jsme korelaci mezi BESAA a věkem nenalezli. Groganová (2017) ve své práci shrnuje výsledky výzkumů, které sice použily i jiné škály, ale které zjistily, že konstrukt body image s rostoucím věkem zůstává stabilní. Avšak musíme brát na vědomí, že body image má více aspektů, které neměnné být nemusí (Tiggemann & Lynch, 2001).

V České republice se škálou BESAA pracovala Alžběta Váňová (2022). V rámci své bakalářské diplomové práce ji překládala z angličtiny do češtiny s cílem popsat její psychometrické vlastnosti. Ve své práci potvrdila třífaktorovou podobu dotazníku, kdy model vysvětlil 68,5 % rozptylu. Nejvíce rozptylu vysvětlovala subškála TH–Vzhled, což je v souladu s výsledky původní studie Mendelsonové et al. (2001). Výsledek Cronbachovy alfy jako vnitřní konzistence se rovnal $\alpha = 0,95$ pro celou metodu. Cronbachova alfa pro jednotlivé škály vyšla $\alpha = 0,94$ pro TH–Vzhled, $\alpha = 0,93$ pro TH–Hmotnost a $\alpha = 0,78$ pro TH–Atribuce.

Naše analýza taktéž potvrdila, že BESAA obsahuje 3 faktory, kdy náš model vysvětlil **60,4 %** rozptylu. Avšak nejvíce rozptylu našeho modelu vysvětluje jak subškála TH–Vzhled (21,7 %), tak subškála TH–Hmotnost (21,9 %), což je odlišné od výsledků Váňové (2022) i Mendelsonové et al. (2001). Tato skutečnost může být způsobena různými odlišnostmi ve výzkumných souborech, včetně věku.

Cronbachova alfa pro celou metodu BESAA se rovnala $\alpha = 0,95$, tedy totožně s výsledky Váňové. Cronbachova alfa jednotlivých subškál vyšla pro TH–Vzhled $\alpha = 0,93$, pro TH–Hmotnost $\alpha = 0,93$ a pro TH–Atribuce $\alpha = 0,67$. Subškála TH–Atribuce se v naší analýze ukazuje být pod úrovní reliability, pokud za spodní hranici pro výzkum považujeme $\alpha = 0,70$ (Tavakol & Dennick, 2011). Samotní autoři Mendelsonová et al. (2001) tuto subškálu považují za odlišnou, kdy už v původním výzkumu subškála TH–Atribuce dosahovala nejnižší hodnoty Cronbachovy alfy ze všech subškál ($\alpha = 0,81$). V dalším výzkumu autorů, ve kterém zkoumali body image v souboru žen s PPP (včetně BED), vyšla Cronbachova alfa této subškály ještě nižší, konkrétně $\alpha = 0,68$, což je téměř shodné s našimi výsledky (Mendelson et al., 2002). Jiní výzkumníci tuto subškálu ze svých studií z důvodu rozdílného charakteru vyřazují (Modica, 2019).

Nad rámec hypotéz. Algarsová et al. (2009) našli spojitost mezi body image a BMI. Potvrdili, že nespokojenost s vlastním tělem se spolu s vyšším BMI zvyšovala. Podobný efekt jsme našli i v naší analýze, kdy jsme popsali silnou negativní korelaci mezi BMI a body image, konkrétně úctou k tělu. Tedy čím vyššího BMI naše participantky dosahovaly, tím horší byla jejich tělesná úcta.

Limity výzkumu. V diskusi jsme se již některým limitům naší práce stručně věnovali. V této podkapitole však ještě popíšeme další faktory, které mohly ovlivnit naše výsledky. Jedním z největších limitů této práce je náš výzkumný soubor. V průběhu dotazníkového šetření se nám podařilo nasbírat odpovědi od 361 žen, což považujeme pro kvantitativní analýzu za dostačující. Problémem je však věkové rozložení participantek, které je značně nevyrovnané, jelikož výrazně převažují ženy ve věku od 20 do 25 let ($N = 166$). Nejméně zastoupenou skupinou byly naopak ženy ve věku 61–65 let ($N = 7$). Za důvod této nesrovnalosti považujeme hlavně metody sběru dat, konkrétně využití samovýběru, případně metody sněhové koule.

Další potíží, která může souviset i s problematikou nesrovnalosti věkových skupin, je provedení výzkumu v online prostředí. Je pravděpodobné, že hlavně skupiny starších žen se v online prostředí tolik nepohybují. Na tuto překážku jsme narazili již v průběhu sběru dat, kdy několik žen, které měly o vyplnění dotazníku zájem, nemělo přístup k internetu. Tento problém jsme se částečně pokusili vyřešit tištěnou verzí dotazníku pro tyto ženy. Nedostatečnou distribuci dotazníku i v tištěné verzi, považujeme za velký limit našeho výzkumu.

Další nesnází ve volbě dotazníkového šetření v online prostředí je nemožnost přímé interakce s respondenty, kdy mohlo dojít k případnému nedorozumění či nepochopení. Tento problém jsme se pokusili podchytit přidáním kontaktních informací s výzvou oslovení autorky v případě jakýchkoli dotazů. Příště by bylo vhodné zvážit, jestli tento prostor k vyjádření respondentům neposkytnout přímo v dotazníku formou kolonky pro zpětnou vazbu. Dalším limitem online prostředí je také nemožnost kontroly identity respondentů, takže je možné, že dotazník mohla vyplnit i osoba nespádající do naší kategorie. Naopak výhodou online dotazníku byla naprostá anonymita respondentů.

Mezi další možné limity uvedme i samotný charakter metod, jakožto sebeuposuzovacích škál, jejichž odpovědi závisí na schopnosti sebereflexe participantů. Také musíme brát v potaz i možnou únavu a nepozornost participantů, jelikož naše testová baterie čítala 54 otázek, což pro někoho může znamenat mnoho. I díky těmto skutečnostem mohlo dojít k určitému zkreslení výsledků. Z výše uvedených důvodů tedy nemůžeme pokládat náš výzkumný soubor za reprezentativní. Výsledky této práce tak nejsou zobecnitelné na celou populaci.

Silné stránky výzkumu. Naše práce má ale i své silné stránky. Za největší přínos považujeme překlad metody IBSS do českého jazyka. Tento nástroj je v zahraničí hojně používán k měření internalizace tělesných ideálů. Naš výzkum tak pomohl rozšířit výběr

metod v České republice o další praktický nástroj. Další pozitivum vidíme i v samotném výzkumu, kdy se nám podařilo přijmout všechny stanovené hypotézy. Do této rozsáhlé problematiky jsme tedy přispěli aspoň malým množstvím nových informací, které jsou spojeny s naším územím. Tématika záchvatů přejídání, body image a tělesných ideálů však stále nabývá na aktuálnosti. Další výzkumy jsou tedy velice žádoucí.

11 ZÁVĚR

Výzkumná část práce zkoumala souvislosti několika proměnných – záchvatů přejídání, body image a míry internalizace tělesných ideálů. K prozkoumání možných spojitostí bylo využito kvantitativního výzkumu, do kterého bylo zapojeno 361 žen ve věku 20–65 let. Data participantek byla získána pomocí online dotazníku, který obsahoval 3 škály (BES, BESAA a IBSS) a pár otázek na základní informace o respondentkách. Výzkum probíhal anonymně a v souladu s etickými pravidly.

Mezi epizodami záchvatů přejídání a body image jsme našli silnou negativní korelaci, která vyšla velmi vysoce signifikantní. Potvrdili jsme, že ženy s horším body image trpí závažnějšími záchvaty přejídání. Co se týče souvislostí jednotlivých subškál metody BESAA se záchvaty přejídání, u dvou z nich (TH–Vzhled a TH–Hmotnost) jsme potvrdili velmi vysoce signifikantní silnou negativní korelaci. Třetí subškála (TH–Atribuce) také vyšla velmi vysoce signifikantní, avšak pouze se slabou negativní korelací.

Dále jsme ověřovali hypotézu o spojitosti záchvatů přejídání s internalizací hubených ideálů. Výsledky tuto souvislost potvrdily, kdy p-hodnota se ukazuje být velmi vysoce signifikantní. Korelace vyšla pouze jako slabá v pozitivním směru. Souvislost mezi záchvaty přejídání a BMI či věkem jsme popsali jako velmi vysoce signifikantní, avšak u BMI byla pozitivní korelace jen slabá. Pro věk jsme našli středně silnou negativní korelaci.

Jedním z cílů této práce byl překlad nejnovější verze metody IBSS do českého jazyka. Po získání svolení autorů jsme získali 7 nezávislých překladů, které byly následně porovnány. Byl proveden zpětný překlad celé škály, který byl zaslán autorům ke schválení. Dalším krokem bylo ověření psychometrických vlastností metody. Cronbachovu alfu jsme stanovili na $\alpha = 0,85$ a split-half reliabilitu na $r = 0,85$. Metodu tedy považujeme za reliabilní. Faktorová analýza potvrdila jednofaktorový charakter metody, což je ve shodě s originální verzí.

Dílčím cílem bylo ověření psychometrických vlastností škály BESAA na výzkumném souboru 20–65 let. Cronbachova alfa pro celou metodu vyšla $\alpha = 0,95$ a split-half reliabilita $r = 95$, což ukazuje vysokou reliabilitu. Cronbachova alfa pro jednotlivé subškály se ukázala být v rozmezí 0,67–0,93. Analýza potvrdila, že škála pracuje se třemi faktory, takže stejně, jak tomu bylo i v původní studii.

SOUHRN

Páté vydání Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch (DSM-5) charakterizuje epizodu záchvatu přejídání pomocí několika kritérií. Jedinec musí do 2 hodin sníst takové množství jídla, které je větší, než by většina osob byla schopná zkonsumovat za normálních podmínek, a přitom zažívá pocity ztráty kontroly nad konzumovanou potravou. Během epizody může jedinec jíst velmi rychle až do pocitu nepříjemného přecpání i přesto, že nemusí být fyzicky hladový. Časté jsou také pocity viny či deprese (APA, 2013).

Záchvaty přejídání se jako relevantní symptomy objevují u různých poruch příjmu potravy, například u záchvatovitého přejídání, bulimie nervosy, purgativního typu anorexie nervosy se záchvaty přejídání či dalších. Diagnóza záchvatovitého přejídání byla dle DSM-5 uznána teprve v květnu roku 2013 (APA, 2013). Jedná se o poměrně častou poruchu příjmu potravy, jejíž prevalence se celosvětově odhaduje na 1,5 % u žen a 0,3 % u mužů a je tedy častější u ženského pohlaví (Erskine & Whiteford, 2018). Záchvatovitým přejídáním může trpět člověk v jakémkoli věku. Začátky poruchy můžeme většinou nalézt v rané dospělosti či adolescenci (Brownley et al., 2016; Kessler et al., 2013).

Jedinci trpící záchvatovitým přejídáním jsou často obézní nebo mají nadváhu, ale určitě to není pravidlem, jelikož nemocí mohou trpět i lidé s normální váhou či podváhou (Mackenzie & Harris, 2015). Riziko vyšší hmotnosti u poruch příjmu potravy se záchvaty přejídání je pravděpodobně způsobeno v důsledku přijímání obrovského množství jídla (Hudson et al., 2007). Obézní lidé také častěji mohou vyhledávat léčebnou pomoc, takže o nich mají vědci a lékaři větší povědomí (Gruca et al. 2007).

Téma záchvatů přejídání souvisí i s body image, jelikož nespokojenost s vlastním tělem může být významným faktorem pro vznik poruch příjmu potravy včetně záchvatů přejídání (Jacobi et al., 2004). Body image (tělesné sebepojetí) je multidimenzionální konstrukt, který má 3 složky – kognitivní, konativní a emotivní. Dále se dá ještě rozlišit na vzhled, zdatnost a zdraví (Shlegel a Fialová, 2023). Pojem zahrnuje sebepojetí a postoje související s vlastním tělem, včetně myšlenek, přesvědčení, pocitů i chování (Cash, 2004). Existuje řada termínů, kterými výzkumníci body image označují, například úcta k vlastnímu tělu, zkreslení těla či nespokojenost s vlastním tělem (Thompson et al., 1999). Rozlišujeme jak body image pozitivní, které můžeme definovat jako komplexní lásku a úctu k tělu (Wood-Barcalow et al., 2010), tak negativní, které nám neumožňuje být s vlastním tělem spokojeni (Moe, 1999). Konstrukt body image je ve 21. století důležitým předmětem zkoumání, kterému se věnuje mnoho studií, výzkumů i experimentů (Grogan, 2017).

Štíhlý ideál a jeho internalizace jsou považovány za důležité faktory pro rozvoj poruchového jedení, záchvatů přejídání i negativního body image. Pojem internalizace hubeného ideálu popisuje, do jaké míry je člověk ovlivněn společenskými tělesnými ideály (Thompson & Stice, 2001). Tyto ideály na nás působí prostřednictvím médií, rodiny a vrstevníků, případně nás ovlivňuje i kultura a společnost. Tyto nerealistické standardy krásy na nás poté mohou mít velký negativní vliv (Grogan, 2017). Například Schaeferová et al. (2019) popsali, že jen mírná úroveň internalizace hubeného ideálů může predikovat klinicky signifikantní poruchové jedení. Mezi protektivní faktory však můžeme zařadit bezpodmínečné sebezpřijetí a mindfulness (Astani, 2016), schopnost soucitu se sebou samým (Tylka et al., 2015), mediální gramotnost a kritické myšlení (McLeat et al., 2016) či feministická přesvědčení (Myers, 2022).

Ve výzkumné části práce se zabýváme souvislostmi záchvatů přejídání s body image a mírou internalizace tělesných ideálů. Naším cílem bylo více prozkoumat tuto problematiku ve výzkumném souboru české populace. Dílčími cíli bylo popsat záchvaty přejídání v kontextu věku a Body Mass Indexu. Za další cíl si klademe překlad nejnovější verze Škály stereotypizace tělesného ideálu do českého jazyka a popsání jejích psychometrických vlastností. Psychometrické vlastnosti jsme se rozhodli popsat i u Škály tělesného hodnocení pro adolescenty a dospělé, jelikož ji používáme u respondentek starších třiceti let, což je většinou věková hranice souborů ve výzkumech, které s metodou pracují.

Ve výzkumu používáme kvantitativní design. Pro získání dat jsme zvolili 3 metody – Škálu záchvatovitěho přejídání (BES), Škálu stereotypizace tělesného ideálu (IBSS) a Škálu tělesného hodnocení pro adolescenty a dospělé (BESAA), která má 3 subškály (vzhled, hmotnost a atribuci). Metoda IBSS byla převedena do češtiny, kdy jsme provedli obsahovou analýzu na 7 nezávislých překladech a definovali tak českou verzi metody. Poté byl proveden zpětný překlad, který jsme zaslali ke kontrole autorům, abychom se ujistili, že jsme zachovali stejný význam i obsah škály.

Tyto metody a několik demografických otázek tvořily náš online dotazník. Data byla sbírána od konce listopadu roku 2022 do konce ledna roku 2023 prostřednictvím sociálních sítí. Výzkumný soubor je složen z 361 žen ve věku od 20 do 65 let, který jsme získali samovýběrem a metodou sněhové koule.

Pro ověření jednotlivých hypotéz jsme použili test Spearmanova korelačního koeficientu. Mezi záchvaty přejídání a body image byla nalezena silná negativní korelace, která se ukázala být velmi vysoce signifikantní. Souvislost subškál metody BESAA se záchvaty přejídání se opět potvrdila být velmi vysoce signifikantní, kdy u subškál TH–

Vzhled a TH–Hmotnost jsme našli silnou negativní korelaci. U subškály TH–Atribuce byla korelace slabá v negativním směru.

Spojitosť mezi záchvaty přejídání a tělesným ideálem jsme také potvrdili, kdy nám vyšla velmi vysoce signifikantní slabá korelace v pozitivním směru. Souvislost s věkem vyšla velmi vysoce signifikantní se středně silnou negativní korelací. Hypotéza o spojitosti mezi záchvaty přejídání a Body Mass Indexem byla sice velmi vysoce signifikantní, ale korelace se ukázala být pouze slabá v pozitivním směru.

Pro ověření reliability škál IBSS a BESAA jsme využili Cronbachovy alfy a split-half reliability se Spearman-Brownovou formulí. U škály IBSS vyšla $\alpha = 0,85$ a $r = 85$. U škály BESAA jsme reliability celé metody stanovili na $\alpha = 0,95$ a $r = 0,95$. Cronbachova alfa pro jednotlivé subškály vyšla v rozmezí 0,67–0,93. Faktorovou strukturu jsme ověřili metodou hlavních komponent s rotací varimax. Pomocí faktorové analýzy jsme potvrdili, že metoda IBSS má jeden faktor a u škály BESAA jsme ověřili třífaktorový charakter.

Záchvaty přejídání, body image i internalizace hubených ideálů hrají v moderním světě stále důležitější roli. Jejich další zkoumání považujeme za žádoucí. Výsledky naší práce mohou být přínosné pro hlubší vzhled a pochopení do dané problematiky na našem území. Za přínos naší práce považujeme i přeloženou aktuální verzi metody IBSS, jelikož tak rozšiřuje nabídku metod na našem území.

SEZNAM LITERATURY

- Ålgars, M., Santtila, P., Varjonen, M., Witting, K., Johansson, A., Jern, P., & Sandnabba, N. K. (2009). The Adult Body: How Age, Gender, and Body Mass Index Are Related to Body Image. *Journal of Aging and Health*, 21(8), 1112–1132. <https://doi.org/10.1177/0898264309348023>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5. vydání). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Anixiadis, F., Wertheim, E. H., Rodgers, R., & Caruana, B. (2019). Effects of thin-ideal Instagram images: The roles of appearance comparisons, internalization of the thin ideal and critical media processing. *Body Image*, 31, 181–190. <https://doi.org/doi.org/10.1016/j.bodyim.2019.10.005>
- Astani, A. I. (2016). Mindfulness and unconditional self-acceptance as protective factors against thin ideal internalization. *Scientific Annals of Alexandru Ioan Cuza University of Iasi – Psychology*, 25(1), 37–46. <https://www.ceeol.com/search/article-detail?id=510795>
- Becker, A. E. (2004). Television, Disordered Eating, and Young Women in Fiji: Negotiating Body Image and Identity during Rapid Social Change. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 28(4), 533–559. <https://doi.org/10.1007/s11013-004-1067-5>
- Bell, L., & Rushforth, J. (2008). *Overcoming Body Image Disturbance: A Programme for People with Eating Disorders*. Routledge.
- Bessenoff, G. R. (2006). Can the Media Affect Us? Social Comparison, Self-discrepancy, and the Thin Ideal. *Psychology of Women Quarterly*, 30(3), 239–251. <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1111/j.1471-6402.2006.00292.x>
- Boone, L., Soenens, B., & Braet, C. (2011). Perfectionism, Body Dissatisfaction, and Bulimic Symptoms: the Intervening Role of Perceived Pressure to Be Thin and Thin Ideal Internalization. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 30(10), 1043–1068. <https://doi.org/doi.org/10.1521/jscp.2011.30.10.1043>

- Brewerton, T. D., Rance, S. J., Dansky, B. S., O'Neil, P. M., & Kilpatrick, D. G. (2014). A comparison of women with child-adolescent versus adult onset binge eating: Results from the National Women's Study. *International Journal of Eating Disorders, 47*(7), 836–843. <https://doi.org/10.1002/eat.22309>
- Brownley, K. A., Berkman, N. D., Peat, C.M., Lohr, K. N., Cullen, K. E., Bann, C. M., & Bulik, C. M. (2016). Binge-Eating Disorder in Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. *Annals of Internal Medicine, 156*(6), 409–420. <https://doi.org/10.7326/M15-2455>
- Burton, A. L., & Abbott, M. J. (2019). Processes and pathways to binge eating: development of an integrated cognitive and behavioural model of binge eating. *Journal of Eating Disorders, 7*(18), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s40337-019-0248-0>
- Byrne, S. M., & McLean, N. J. (2002). The cognitive-behavioral model of bulimia nervosa: A direct evaluation. *International Journal of Eating Disorders, 31*(1), 17–31. <https://doi.org/10.1002/eat.10002>
- Cambridge University Press. (2022). *Binge*. Cambridge Dictionary. Získáno 23. října 2022 z <https://dictionary.cambridge.org>
- Cash, T. F. (2004). Body image: past, present, and future. *Body Image, 1*(1), 1–5. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S1740-1445\(03\)00011-1](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S1740-1445(03)00011-1)
- Cash, T. F., & Smolak, L. (2011). *Body Image: A Handbook of Science, Practice, and Prevention* (2nd edition). The Guilford Press.
- Cohen, R., Newton-John, T., & Slater, A. (2017). The relationship between Facebook and Instagram appearance-focused activities and body image concerns in young women. *Body Image, 23*, 183–187. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2017.10.002>
- Cooper, M. J., Wells, A., & Todd, G. (2004). A cognitive model of bulimia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology, 43*(1), 1–16. <https://doi.org/10.1348/014466504772812931>
- Dakanalis, A., Carrà, G., Calogero, R., Fida, R., Clerici, M., Zanetti, M. A., & Riva, G. (2015). The developmental effects of media-ideal internalization and self-objectification processes on adolescents' negative body-feelings, dietary restraint, and binge eating. *European Child & Adolescent Psychiatry, 24*(8), 997–1010. <https://doi.org/10.1007/s00787-014-0649-1>

- Dakanalis, A., Timko, C. A., Carrà, G., Clerici, M., Zanetti, M. A., Riva, G., & Caccialanza, R. (2014). Testing the original and the extended dual-pathway model of lack of control over eating in adolescent girls. A two-year longitudinal study. *Appetite*, *82*(1), 180–193. <https://doi.org/doi.org/10.1016/j.appet.2014.07.022>
- Decaluwé, V., & Braet, C. (2005). The cognitive behavioural model for eating disorders: A direct evaluation in children and adolescents with obesity. *Eating Behaviors*, *6*(3), 211–220. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2005.01.006>
- Dostál, D. (2022). *Statistické metody v psychologii: studijní opora pro rok 2022/23 k předmětům BSMP1, DSMP1, BSMP2 a DSMP2*. Univerzita Palackého. Získáno 16.2.2023 z <https://dostal.vyzkum-psychologie.cz/>
- Duarte, C., Pinto-Gouveia, J., & Ferreira, C. (2014). Escaping from body image shame and harsh self-criticism: Exploration of underlying mechanisms of binge eating. *Eating Behaviors*, *15*(4), 638–643. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.08.025>
- Duarte, C., Pinto-Gouveia, J., & Ferreira, C. (2015). Expanding binge eating assessment: Validity and screening value of the Binge Eating Scale in women from the general population. *Eating Behaviors*, *18*, 41–47. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2015.03.007>
- Duarte, C., Pinto-Gouveia, J., & Ferreira, C. (2017). Ashamed and Fused with Body Image and Eating: Binge Eating as an Avoidance Strategy, *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *24*(1), 195–202. <https://doi.org/10.1002/cpp.1996>
- Erskine, H. E., & Whiteford, H. A. (2018). Epidemiology of binge eating disorder. *Current Opinion in Psychiatry*, *31*(6), 462–470. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000449>
- Etcoff, N., Orbach, S., Scott, J., & D Agostino, H. (2006). *Beyond Stereotypes: Rebuilding the Foundation of Beauty Beliefs*. Findings of the 2005 Dove Global Study. <https://fliphtml5.com/trmf/mxyo/basic>
- Evropská federace psychologických asociací. (2005). *Etický metakodex*. <https://europsy-bg.com/wp-content/uploads/2022/02/EFPA-Meta-Code-of-Ethics-original.pdf>
- Fairburn, C. G. (2013). *Overcoming Binge Eating: The Proven Program to Learn Why You Binge and How You Can Stop* (2nd edition). The Guilford Press

- Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (1994). Assessment of Eating Disorders: Interview or Self-Report Questionnaire?. *International Journal of Eating Disorders*, *16*(4), 363–370. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(199412\)16:4<363::AID-EAT2260160405>3.0.CO;2-#](https://doi.org/10.1002/1098-108X(199412)16:4<363::AID-EAT2260160405>3.0.CO;2-#)
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a „transdiagnostic“ theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, *41*(5), 509–528. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(02\)00088-8](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(02)00088-8).
- Ferreira, C., Trindade, I. A., & Martinho, A. (2016). Explaining rigid dieting in normal-weight women: the key role of body image inflexibility. *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, *21*(1), 49–56. <https://doi.org/10.1007/s40519-015-0188-x>
- Gillen, M. M. (2015). Associations between positive body image and indicators of men’s and women’s mental and physical health. *Body Image*, *13*, 67–74. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.01.002>
- Gormally, J., Black, S., Daston, S., & Rardin, D. (1982). *Binge Eating Scale*. College Park: University of Maryland. Česká verze – Hacová, T., & Dolejš, M. (2018). Škála záchvatovitého přejídání. Nepublikovaná česká verze.
- Gormally, J., Black, S., Daston, S., & Rardin, D. (1982). The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addictive Behaviors*, *7*(1), 47–55. [https://doi.org/10.1016/0306-4603\(82\)90024-7](https://doi.org/10.1016/0306-4603(82)90024-7)
- Grilo, C. M., Ivezaj, V., Lydecker, J. A., & White, M. A. (2019). Toward an understanding of the distinctiveness of body-image constructs in persons categorized with overweight/obesity, bulimia nervosa, and binge-eating disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, *126*, 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2019.109757>
- Grogan, S. (2017). *Body Image: Understanding body dissatisfaction in men, women and children* (3rd edition). Routledge.
- Grucza, R. A., Przybeck, T. R., & Cloninger, C. R. (2007). Prevalence and correlates of binge eating disorder in a community sample. *Comprehensive Psychiatry*, *48*(2), 124–131. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2006.08.002>

- Guss, J. L., Kissileff, H. R., Devlin, M. J., Zimmerli, E., & Walsh, B. T. (2002). Binge Size Increases with Body Mass Index in Women with Binge-Eating Disorder. *Obesity, 10*(10), 1021–1029. <https://doi.org/https://doi.org/10.1038/oby.2002.139>
- Hacová, T. (2018). *Záchvaty přejídání a jejich souvislost s impulzivitou a depresivitou* [Bakalářská diplomová práce, Univerzita Palackého v Olomouci]. Informační systém Univerzity Palackého. <https://stag.upol.cz/portal/studium/prohlizeni.html>
- Hausenblas, H. A., & Fallon, E. A. (2006). Exercise and body image: A meta-analysis. *Psychology and Health, 21*(1), 33–47. <https://doi.org/doi.org/10.1080/14768320500105270>
- Hawkins, N., Scott Richards, P., Mac Granley, H., & Stein, D. M. (2010). The Impact of Exposure to the Thin-Ideal Media Image on Women. *Eating Disorders, 12*(1), 35–50. <https://doi.org/doi.org/10.1080/10640260490267751>
- Holmes, M., Fuller-Tyszkiewicz, M., Skouteris, H., & Broadbent, J. (2015). Understanding the link between body image and binge eating: a model comparison approach. *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, 20*(1), 81–89. <https://doi.org/10.1007/s40519-014-0141-4>
- Huberty, J. L., Ransdell, L. B., Sidman, C., Flohr, J. A., Shultz, B., Grosshans, O., & Durrant, L. (2008). Explaining Long-Term Exercise Adherence in Women Who Complete a Structured Exercise Program. *Research Quarterly for Exercise and Sport, 79*(3), 374–384. <https://doi.org/10.1080/02701367.2008.10599501>
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G., & Kessler, R. C. (2007). The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry, 61*(3), 348–358. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.03.040>
- Cheng, D., & Wei, M. (2022). Modified Dual Pathway Model for Binge Eating: The Role of Emotion Dysregulation. *The Counseling Psychologist, 50*(4), 536–560. <https://doi.org/10.1177/00110000221077936>
- Jacobi, C., Hayward, C., de Zwaan, M., Kraemer, H. C., & Agras, W. S. (2004). Coming to Terms With Risk Factors for Eating Disorders: Application of Risk Terminology and Suggestions for a General Taxonomy. *Psychological Bulletin, 130*(1), 19–65. <https://doi.org/https://doi.org/10.1037/0033-2909.130.1.19>

- Kemp, S. (2022). *Digital 2022: October Global Statshot Report*. DATAREPORTAL. <https://datareportal.com/reports/digital-2022-october-global-statshot>
- Keski-Rahkonen, A. (2021). Epidemiology of binge eating disorder: prevalence, course, comorbidity, and risk factors. *Current Opinion in Psychiatry*, 34(6), 525–531. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000750>
- Kessler, R. C., Berglund, P. A., Chiu, W. T., Deitz, A. C., Hudson, J. I., Shahly, V., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M. C., Benjet, C., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., de Graaf, R., Maria Haro, J., Kovess-Masfety, V., O'Neill, S., Posada-Villa, J., Sasu, C., Scott, K., et al. (2013). The Prevalence and Correlates of Binge Eating Disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biological Psychiatry*, 73(9), 904–914. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2012.11.020>
- Kviatkovská, K., Albrecht, J., & Papežová, H. (2016). Psychogenní přejídání, současné a alternativní možnosti terapie. *Česká a slovenská Psychiatrie*, 112(6), 275–279. <http://cspychiatr.cz/detail.php?stat=1120>
- Lampard, A. M., Byrne, S. M., McLean, N., & Fursland, A. (2011). An evaluation of the enhanced cognitive-behavioural model of bulimia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 49(9), 529–535. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.06.002>
- Langmeier, J., & Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie* (2. aktualizované vydání). Grada.
- Latner, J. D. (2012). Body Weight and Body Image in Adults. *Encyclopedia of Body Image and Human Appearance*, 1, 264–269. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-384925-0.00044-4>
- Lee, & Lee. (2021). Social media photo activity, internalization, appearance comparison, and body satisfaction: The moderating role of photo-editing behavior. *Computers in Human Behavior*, 114. 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2020.106579>
- Lewer, M., Bauer, A., Hartmann, A. S., & Vocks, S. (2017). Different Facets of Body Image Disturbance in Binge Eating Disorder: A Review. *Nutrients*, 9(12). <https://doi.org/https://doi.org/10.3390/nu9121294>

- Luo, Y., Parish, W. L., & Laumann, E. O. (2005). A population-based study of body image concerns among urban Chinese adults. *Body Image*, 2(4), 333–345. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2005.09.003>
- Mackenzie, J., & Harris, L. (2015). Binge eating symptomatology, BMI, and health. *Journal of Eating Disorders*, 3(1). <https://doi.org/10.1186/2050-2974-3-S1-O59>
- Makino, M., Tsuboi, K., & Dennerstein, L. (2004). Prevalence of eating disorders: a comparison of Western and non-Western countries. *Medscape General Medicine*, 6(3). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15520673/>
- Mason, T. B., & Lewis, R. J. (2014). Profiles of Binge Eating: The Interaction of Depressive Symptoms, Eating Styles, and Body Mass Index. *Eating Disorders*, 22(5), 1–11. <https://doi.org/doi.org/10.1080/10640266.2014.931766>
- McLean, S. A., Paxton, S. J., & Wertheim, E. H. (2016). Does Media Literacy Mitigate Risk for Reduced Body Satisfaction Following Exposure to Thin-Ideal Media?. *Journal of Youth and Adolescence*, 45(8), 1678–1695. <https://doi.org/10.1007/s10964-016-0440-3>
- Mendelson, B. K., McLaren, L., Gauvin, L., & Steiger, H. (2002). The relationship of self-esteem and body esteem in women with and without eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 31(3), 318–323. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/eat.10011>
- Mendelson, B. K., Mendelson, M. J., & White, D. R. (1997). *Body-Esteem Scale for Adolescents and Adults*. Montreal: Concordia University. Česká verze – Váňová, A., Pipová, H., & Suchá, J. (2022). Škála tělesného hodnocení. Nepublikovaná česká verze.
- Mendelson, B. K., Mendelson, M. J., & White, D. R., (1997). Manual for the body-esteem scale for adolescents and adults. *Research Bulletin* 16(2), 1–12.
- Mendelson, B. K., Mendelson, M. J., & White, D. R. (2001). Body-Esteem Scale for Adolescents and Adults. *Journal of Personality Assessment*, 76(1), 90–106. https://doi.org/10.1207/S15327752JPA7601_6

- Mingoia, J., Hutchinson, A. D., Wilson, C., & Gleaves, D. H. (2017). The Relationship between Social Networking Site Use and the Internalization of a Thin Ideal in Females: A Meta-Analytic Review. *Frontiers in Psychology*, 8(1351). <https://doi.org/doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01351>
- Modica, C. (2019). Facebook, body esteem, and body surveillance in adult women: The moderating role of self-compassion and appearance-contingent self-worth. *Body Image*, 29, 17–30. <https://doi.org/doi.org/10.1016/j.bodyim.2019.02.002>
- Moe, B. (1999). *Understanding the causes of a negative body image*. The Rosen Publishing Group.
- Mustelin, L., Raevuori, A., Hoek, H. W., Kaprio, J., & Keski-Rahkonen, A. (2015). Incidence and weight trajectories of binge eating disorder among young women in the community. *International Journal of Eating Disorders*, 48(8), 1106–1112. <https://doi.org/10.1002/eat.22409>
- Myers, T. A. (2022). What about being a feminist is protective? An examination of constructs related to feminist beliefs as moderators of the relationship between media awareness and thin-ideal internalization. *Body Image*, 41, 248–261. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2022.03.001>
- Papežová, H., & Hanusová, J. (2012). *Poruchy příjmu potravy: příručka pro pomáhající profese*. Klinika adiktologie, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze a Všeobecné fakulní nemocnice v Praze ve vydavatelství Togga.
- Perloff, R. M. (2014). Social Media Effects on Young Women's Body Image Concerns: Theoretical Perspectives and an Agenda for Research. *Sex Roles*, 71, 363–377. <https://doi.org/doi.org/10.1007/s11199-014-0384-6>
- Pidgeon, A., & Harker, R. A. (2013). Body-focused Anxiety in Women: Associations with Internalization of the Thin-ideal, Dieting Frequency, Body Mass Index and Media Effects. *Open Journal of Medical Psychology*, 2(4), 17–24. <https://doi.org/10.4236/ojmp.2013.24B004>
- Polivy, J., & Herman, P. (2007). Is the Body the Self? Women and Body Image. *Collegium Antropologicum*, 31(1), 63–67. <https://hrcak.srce.hr/file/43180>

- Puhl, R. M., & Gloor, J. L. (2012). Physical Appearance and Stigma. *Encyclopedia of Body Image and Human Appearance*, 2, 588–594. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-384925-0.00093-6>
- Saules, K. K., Collings, A. S., Hoodin, F., Angelella, N. E., Alschuler, K., Ivezaj, V., Saunders-Scott, D., & Wiedemann, A. A. (2009). The contributions of weight problem perception, BMI, gender, mood, and smoking status to binge eating among college students. *Eating Behaviors*, 10(1), 1–9. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2008.07.010>
- Schaefer, L. M., Burke, N. L., & Thompson, J. K. (2019). Thin-ideal internalization: How much is too much?. *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 24, 933–937. <https://doi.org/doi.org/10.1007/s40519-018-0498-x>
- Schlegel, P., & Fialová, L. (2023). *Body image a pohybové aktivity mládeže*. Karolinum.
- Smink, F. R. E., Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Current Psychiatry Reports*, 14(4), 406–414. <https://doi.org/10.1007/s11920-012-0282-y>
- Srivastava, P., Felonis, C. R., Clancy, O. M., Wons, O. B., Abber, S. R., & Juarascio, A. S. (2021). Real-time predictors of body dissatisfaction in females with binge eating: an ecological momentary assessment study. *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 27(4), 1547–1553. <https://doi.org/10.1007/s40519-021-01296-0>
- Stevens, A., & Griffiths, S. (2020). Body Positivity (#BoPo) in everyday life: An ecological momentary assessment study showing potential benefits to individuals' body image and emotional wellbeing. *Body Image*, 35, 181–191. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2020.09.003>
- Stice, E. (1994). Review of the Evidence for a Sociocultural Model of Bulimia Nervosa and an Exploration of the Mechanisms of Action. *Clinical Psychology Review*, 14(7), 633–661. [https://doi.org/0272-7358\(94\)00029-8](https://doi.org/0272-7358(94)00029-8)
- Stice, E. (1999). Clinical Implications of Psychosocial Research on Bulimia Nervosa and Binge-Eating Disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 55(6), 669–779. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-4679\(199906\)55:6<675::AID-JCLP2>3.0.CO;2-3](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(199906)55:6<675::AID-JCLP2>3.0.CO;2-3)

- Stice, E. (2001). A prospective test of the dual-pathway model of bulimic pathology: Mediating effects of dieting and negative affect. *Journal of Abnormal Psychology, 110*(1), 124–135. <https://doi.org/10.1037//0021-843X.110.1.124>
- Stice, E., Gau, J. F., Rohde, P., & Shaw, H. (2017). Risk Factors that Predict Future Onset of Each DSM-5 Eating Disorder: Predictive Specificity in High-Risk Adolescent Females. *Journal of Abnormal Psychology, 126*(1), 38–51. <https://doi.org/0.1037/abn0000219>
- Stice, E., Maxfield, J., & Wells, T. (2003). Adverse effects of social pressure to be thin on young women: An experimental investigation of the effects of „fat talk“. *International Journal of Eating Disorders, 34*(1), 108–117. <https://doi.org/10.1002/eat.10171>
- Stice, E., Rohde, P., Butryn, M., Menke, K. S., & Marti, C. N. (2015). Randomized Controlled Pilot Trial of a Novel Dissonance-Based Group Treatment for Eating Disorders. *Behaviour Research and Therapy, 65*, 67–75. <https://doi.org/doi.org/10.1016/j.brat.2014.12.012>
- Stice, E., Schupak-Neuberg, E., Shaw, H. E., & Stein, R. I. (1994). Relation of Media Exposure to Eating Disorder Symptomatology: An Examination of Mediating Mechanisms. *Journal of Abnormal Psychology, 103*(4), 836–840. <https://doi.org/doi.org/10.1037/0021-843X.103.4.836>
- Stice, E., Spangler, D., & Agras, W. S. (2001). Exposure to Media-Portrayed Thin-Ideal Images Adversely Affects Vulnerable Girls: A Longitudinal Experiment. *Journal of Social and Clinical Psychology, 20*(3), 683–698. <https://doi.org/doi.org/10.1521/jscp.20.3.270.22309>
- Stice, E., & Van Ryzin, M. J. (2019). A prospective test of the temporal sequencing of risk factor emergence in the dual pathway model of eating disorders. *Journal of Abnormal Psychology, 128*(2), 119–128. <https://doi.org/10.1037/abn0000400>
- Stokes, R., & Frederick-Recascino, C. (2003). Women’s Perceived Body Image: Relations with Personal Happiness. *Journal of Women & Aging, 15*(1), 17–29. <http://www.haworthpressinc.com/store/product.asp?sku=J074>

- Swami, V., Weis, L., Barron, D., & Furnham, A. (2018). Positive body image is positively associated with hedonic (emotional) and eudaimonic (psychological and social) well-being in British adults. *The Journal of Social Psychology, 158*(5), 541–552. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/00224545.2017.1392278>
- Tavakol, M., & Dennick, R. (2011). Making sense of Cronbach's alpha. *International Journal of Medical Education, 2*, 53–55. <https://doi.org/10.5116/ijme.4dfb.8dfd>
- Telch, C. F., Pratt, E. M., & Niego, S. H. (1998). Obese Women with Binge Eating Disorder Define the Term Binge. *International Journal of Eating Disorders, 24*, 313–317. [10.1002/\(sici\)1098-108x\(199811\)24:3<313::aid-eat9>3.0.co;2-p](https://doi.org/10.1002/(sici)1098-108x(199811)24:3<313::aid-eat9>3.0.co;2-p)
- Tester, M. L., & Gleaves, D. H. (2006). Self-Deceptive Enhancement and Family Environment: Possible Protective Factors Against Internalization of the Thin Ideal. *Eating Disorders, 13*(2), 187–199. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/10640260590919071>
- Thompson, J. K., Heinberg, L. J., Altabe, M., & Tantleff-Dunn, S. (1999). *Exactng Beauty: Theory, Assessment, and Treatment of Body Image Disturbance*. American Psychological Association
- Thompson, J. K., Schaefer, L. M., & Dedrick, R. F. (2018). On the measurement of thin-ideal internalization: Implications for interpretation of risk factors and treatment outcome in eating disorders research. *International Journal of Eating Disorders, 51*(4), 363–367. <https://doi.org/10.1002/eat.22839>
- Thompson, J. K., & Stice, E. (2001). Thin-Ideal Internalization: Mounting Evidence for a New Risk Factor for Body-Image Disturbance and Eating Pathology. *Current Directions in Psychological Science, 10*(5), 181–183. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.00144>
- Tiggemann, M., & Lynch, J. E. (2001). Body image across the life span in adult women: The role of self-objectification. *Developmental Psychology, 37*(2), 243–253. <https://doi.org/10.1037//0012-1649.37.2.243>
- Tiggemann, M., Polivy, J., & Hargreaves, D. (2009). The Processing of Thin Ideals in Fashion Magazines: A Source of Social Comparison or Fantasy?. *Journal of Social and Clinical Psychology, 28*(1). <https://doi.org/doi.org/10.1521/jspc.2009.28.1.73>

- Tiggemann, M., & Rothblum, E. D. (1988). Gender differences in social consequences of perceived overweight in the United States and Australia. *Sex Roles, 18*, 75–86. <https://doi.org/doi.org/10.1007/BF00288018>
- Treasure, J., Leslie, M., Chami, R., & Fernández-Aranda, F. (2018). Are transdiagnostic models of eating disorders fit for purpose? A consideration of the evidence for food addiction. *European Eating Disorders Review, 26*(2), 83–91. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/erv.2578>
- Tylka, T. L., Russell, H. L., & Neal, A. A. (2015). Self-compassion as a moderator of thinness-related pressures' associations with thin-ideal internalization and disordered eating. *Eating Behaviors, 17*, 23–26. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.12.009>
- Tylka, T. L., & Wood-Barcalow, N. L. (2015). What is and what is not positive body image? Conceptual foundations and construct definition. *Body Image, 14*, 118–129. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.04.001>
- Udo, T., & Grilo, C. M. (2018). Prevalence and Correlates of DSM-5 – Defined Eating Disorders in a Nationally Representative Sample of U.S. Adults. *Biological Psychiatry, 84*(5), 345–354. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2018.03.014>
- Van den Berg, P., Thompson, J. K., Obremski-Brandon, K., & Covert, M. (2002). The Tripartite Influence model of body image and eating disturbance. *Journal of Psychosomatic Research, 53*(5), 1007–1020. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(02\)00499-3](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(02)00499-3)
- Van Strien, T., Engels, R. C. M. E., Leeuwe, J. V., & Snoek, H. M. (2005). The Stice model of overeating: Tests in clinical and non-clinical samples. *Appetite, 45*(3), 205–213. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2005.08.004>
- Váňová, A. (2022). *Soucit se sebou a self-efficacy v kontextu poruch příjmu potravy a body image* [Bakalářská diplomová práce, Univerzita Palackého v Olomouci]. Informační systém Univerzity Palackého. <https://stag.upol.cz/portal/studium/prohlizeni.html>
- Verplanken, B., & Velsvik, R. (2008). Habitual negative body image thinking as psychological risk factor in adolescents. *Body Image, 5*(2), 133–140. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2007.11.001>

- Warren, C. S., Gleaves, D. H., Cepeda-Benito, A., del Carmen Fernandez, M., & Rodriguez-Ruiz, S. (2005). Ethnicity as a protective factor against internalization of a thin ideal and body dissatisfaction. *Eating Disorders*, 37(3), 241–249. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/eat.20102>
- Wasilenko, K. A., Kulik, J. A., & Wanic, R. A. (2007). Effects of Social Comparisons with Peers on Women’s Body Satisfaction and Exercise Behavior. *International Journal of Eating Disorders*, 40(8), 673–765. <https://doi.org/doi/epdf/10.1002/eat.20433>
- Witcomb, G. L., Arcelus, J., & Chen, J. (2013). Can cognitive dissonance methods developed in the West for combatting the ‘thin ideal’ help slow the rapidly increasing prevalence of eating disorders in non-Western cultures?. *Shanghai Archives of Psychiatry*, 25(6), 332–340. <https://doi.org/10.3969/j.issn.1002-0829.2013.06.002>
- Wolfe, B. E., Baker, C. W., Smith, A. T., Kelly-Weeder, S., & Walsh, B. T. (2009). Validity and utility of the current definition of binge eating. *International Journal of Eating Disorders*, 42(8), 674–686. <https://doi.org/10.1002/eat.20728>
- Wood-Barcalow, N. L., Tylka, T. L., & Augustus-Horvath, C. L. (2010). “But I Like My Body”: Positive body image characteristics and a holistic model for young-adult women. *Body Image*, 7(2), 106–116. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2010.01.001>
- World Health Organization. (2010). *A healthy lifestyle – WHO recommendations*. Získáno 3. ledna 2023 z <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/a-healthy-lifestyle---who-recommendations>
- World Health Organization. (2016). *International statistical classification of diseases and related health problems* (10. vydání). <https://icd.who.int/browse10/2019/en>
- Yiu, A., Murray, S. M., Arlt, J. M., Eneva, K. T., & Chen, E. Y. (2017). The importance of body image concerns in overweight and normal weight individuals with binge eating disorder. *Body Image*, 22, 6–12. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2017.04.005>

PŘÍLOHY

1. Český a cizojazyčný abstrakt bakalářské diplomové práce
2. Dotazník IBSS – český překlad
3. Přepis korelační matice s mírou významnosti

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Souvislost body image a hubeného ideálu se záchvaty přejídání u dospělých žen

Autor práce: Adriana Husťáková

Vedoucí práce: Helena Pipová, Ph.D.

Počet stran a znaků: 79 stran, 128 141 znaků

Počet příloh: 3

Počet titulů použité literatury: 116

Abstrakt (800–1200 zn.): Cílem této práce je popsat a prozkoumat souvislosti mezi záchvaty přejídání, body image a internalizací tělesných ideálů. První část práce se věnuje teoretickému ukotvení dané problematiky. Výzkumná část se zabývá postupem a výsledky výzkumu, pro který jsme zvolili kvantitativní design. Sběr dat probíhal prostřednictvím online dotazníku, kdy bylo využito tří nástrojů – Škály záchvatovitěho přejídání (BES), Škály stereotypizace tělesného ideálu (IBSS) a Škály tělesného hodnocení pro adolescenty a dospělé (BESAA). Výzkumný soubor byl tvořen 361 ženami ve věku od 20 do 65 let. Korelace mezi záchvaty přejídání a body image vyšla jako silná v negativním směru. Pozitivní souvislost mezi záchvaty přejídání a internalizací tělesných ideálů jsme také potvrdili. Dílčím cílem práce bylo ověření spojitosti záchvatů přejídání s věkem a Body Mass Indexem, které také vyšly jako velmi vysoce signifikantní. Práce se dále zabývá převodem nejnovější verze metody Ideal-Body Stereotype Scale (IBSS) do českého jazyka a ověřením jejích psychometrických kvalit. Cronbachovu alfu jsme stanovili na $\alpha = 0,85$, takže metodu považujeme za reliabilní. Psychometrické vlastnosti jsme se rozhodli popsat i u škály BESAA.

Klíčová slova: záchvaty přejídání, body image, internalizace hubeného ideálu, BES, BESAA, IBSS

ABSTRACT OF THESIS

Title: Relationship between body image and thin ideal with binge eating in adult women

Author: Adriana Husťáková

Supervisor: Helena Pipová, Ph.D.

Number of pages and characters: 79 pages, 128 141 characters

Number of appendices: 3

Number of references: 116

Abstract (800–1200 characters): The aim of this paper is to describe and explore the links between binge eating, body image and the internalization of body ideals. The first segment of the thesis is devoted to the theoretical anchoring of the issue. The research part deals with the research procedure and results, for which we have chosen a quantitative design. Data collection was conducted through an online questionnaire, using three instruments – the Binge Eating Scale (BES), Ideal-Body Stereotype Scale (IBSS) and Body-Esteem Scale for Adolescents and Adults (BESAA). The research population consisted of 361 women aged between 20 and 65 years. The correlation between binge eating episodes and body image came out as strong in the negative direction. The positive association between binge eating episodes and internalization of body ideals was also confirmed. A sub-objective of this study was to test the associations of binge eating episodes with age and Body Mass Index, which also came out as highly significant. The thesis also deals with the translation of the latest version of the IBSS scale into Czech language and the verification of its psychometric qualities. Cronbach's alpha was set at $\alpha = 0.85$, so we consider the method to be reliable. We also decided to describe the psychometric properties of the BESAA scale.

Key words: binge eating, body image, thin-ideal internalization, BES, BESAA, IBSS

ŠKÁLA STEREOTYPIZACE TĚLESNÉHO IDEÁLU

Prosím vyberte odpověď, která vyjadřuje Váš souhlas s následujícími výroky za **poslední měsíc**:

	rozhodně nesouhlasím	nesouhlasím	neutrální	souhlasím	rozhodně souhlasím
1. Štíhlé ženy jsou atraktivnější	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Vysoké ženy jsou atraktivnější	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Ženy s vypracovaným tělem jsou atraktivnější	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Ženy, co jsou ve formě, jsou atraktivnější	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Hubené ženy jsou atraktivnější	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Ženy s dlouhýma nohama jsou atraktivnější	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Ženy s křivkami jsou atraktivnější	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Vytvarované ženy jsou atraktivnější	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Příloha č. 3

Příloha č. 3: Přepis korelační matice s mírou významnosti

IBSS	BES	TH Atribuce	TH Hmotnost	TH Vzhled	BESAA	BMI	váha	výška	Proměnné
0,01	-0,35***	-0,15**	0,00	0,06	0,00	0,30***	0,27***	0,04	věk
0,09	0,02	0,01	-0,06	-0,02	-0,04	-0,06	0,40***		výška
0,03	0,19***	-0,30***	-0,50***	-0,30***	-0,43***	0,87***			váha
-0,01	0,20***	-0,35***	-0,53***	-0,33***	-0,46***				BMI
-0,20***	-0,58***	0,63***	0,94***	0,94***					BESAA
-0,23***	-0,58***	0,51***	0,83***						TH Vzhled
-0,20***	-0,58***	0,47***							TH Hmotnost
0,01	-0,19***								TH Atribuce
0,16**									BES

Pozn.: * $0,01 \leq p < 0,05$; ** $0,001 \leq p < 0,01$; *** $p < 0,001$.