

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

**VÝZNAM A SPECIFIKA VYBRANÝCH SKUPIN
ZAMĚŘENÝCH NA DUŠEVNÍ OBTÍŽE NA
SOCIÁLNÍ SÍTI FACEBOOK**

THE IMPORTANCE AND SPECIFICS OF SELECTED GROUPS FOCUSING ON
MENTAL HEALTH PROBLEMS ON THE FACEBOOK SOCIAL NETWORK



Magisterská diplomová práce

Autor: Bc. et Bc. Daniel Hlas

Vedoucí práce: PhDr. Jan Šmahaj, Ph.D.

Olomouc

2022

Na tomto místě bych rád poděkoval zejména PhDr. Janu Šmahajovi, Ph.D. za trpělivý a podnětný přístup při vedení práce. Za přínosné konzultace dále vděčím PhDr. Danielovi Dostálovi, Ph.D., doc. Mgr. Stanislavovi Ježkovi, Ph.D., doc. PhDr. Martině Hřebíčkové, Ph.D., DSc, doc. PhDr. Petrovi Květonovi, Ph.D., a samozřejmě všem probandům, kteří se výzkumu zúčastnili.

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou práci na téma Význam a specifika vybraných skupin zaměřených na duševní obtíže na sociální síti Facebook vypracoval samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedl jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne

Podpis

Obsah

ÚVOD	5
TEORETICKÁ ČÁST	6
1. Internet a sociální sítě.....	7
1.1 Současná míra užívání	7
1.2 Specifika internetu.....	8
1.2.1 Rychlost a dostupnost	8
1.2.2 Virtuální identita	9
1.2.3 Anonymita a omezená míra informací.....	9
1.2.4 Disinhibice	10
1.3 Digitální komunikace	11
1.4 Sociální síť Facebook	14
1.4.1 Profil	14
1.4.2 Veřejná a soukromá komunikace.....	15
1.4.3 Online komunity	15
1.5 Dopady na duševní zdraví.....	16
2. Skupina.....	18
2.1 Vymezení	18
2.2 Význam a dělení.....	19
2.3 Struktura, role a normy	21
2.4 Komunikace	22
2.5 Skupinový vliv	23
3. Pětifaktorový model osobnosti a metoda BFI-2	26
3.1 Lexikální přístup.....	26
3.2 Dispoziční přístup	27
3.3 Osobnostní inventář BFI-2	28
4. Zdraví	30
4.1 Vymezení	30
4.2 Percepce, hodnocení a řešení zdravotních potíží.....	31
4.3 Vztah k odborníkovi.....	34
4.4 Sociální opora a svépomocné skupiny.....	37
5. Vybrané současné výzkumy	41

VÝZKUMNÁ ČÁST	44
6. Výzkumný problém, cíle a otázky	45
7. Výzkumný design	47
7.1 Metoda sběru dat.....	47
7.1.1 Dotazník vlastní konstrukce	47
7.1.2 Osobnostní inventář BFI-2-S.....	52
7.1.3 Tvorba on-line testové baterie.....	53
7.2 Výběr výzkumného souboru.....	54
7.3 Popis výzkumného souboru	55
7.4 Předvýzkum	57
7.5 Průběh sběru dat	58
7.6 Etická hlediska a ochrana soukromí	60
8. Práce s daty a její výsledky.....	62
8.1 Dotazník vlastní konstrukce.....	62
8.2 Osobnostní inventář BFI-2-S.....	71
9. Diskuse	77
10. Závěry.....	84
11. Souhrn.....	86
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ A LITERATURY	88
SEZNAM PŘÍLOH	

ÚVOD

S rozšiřující se dostupností internetového připojení se staly sociální sítě nedílnou součástí moderní společnosti. Mimořádnou popularitu v této oblasti přitom získala zejména sociální síť Facebook, která slouží nejen ke komunikaci s konkrétními členy, ale také ke sdružování skupin různého zaměření. Výjimkou nejsou ani lidé trpící psychickými obtížemi či přímo diagnostikovaným duševním onemocněním. Ačkoliv jen v České republice takové skupiny čítají desetitisíce členů, jejich vědeckému studiu byla věnována pouze minimální pozornost.

Na to navazuje právě tato studie, která si klade za cíl přinést základní informace o vlivu a specifikách vybraných skupin zaměřených na duševní potíže na sociální síti Facebook. Součástí tohoto zkoumání je rovněž získání informací o osobnostních charakteristikách, díky čemuž je možné odhalit případné odlišnosti od běžné populace. Výsledky mají přinést hlubší porozumění a dostatek dat využitelných nejen v terapeutické péči. Získané informace mohou sloužit i jako odrazový můstek pro další studie, které v budoucnu jistě vzniknou.

TEORETICKÁ ČÁST

1. Internet a sociální sítě

O významné úloze internetové připojení v dnešní době jistě není třeba dlouhého popisu. Postačí zmínit, že velká část moderní společnosti si dnes již život bez internetu téměř neumí představit. Totéž uvádí také Ševčíková (2014), dle které je soudobá společnost do značné míry na elektronické komunikaci závislá, ať už jde o oblast sociální, kulturní nebo ekonomickou.

Pro úplnost dodejme, že podkapitoly 1.1, 1.2 a 1.3 do určité míry vychází z bakalářské práce autora této práce, která se rovněž zaměřovala na spojení kyberpsychologie a psychologie zdraví. I tyto podkapitoly nicméně byly revidovány, editovány a doplněny o výzkumné studie související se zde popisovaným tématem.

1.1 Současná míra užívání

Dle údajů internetové stránky Internetworldstats.com využívalo k 31. prosinci 2021 internetové připojení 66,2 % světové populace. Velké rozdíly nicméně najdeme napříč jednotlivými regiony, a zatímco v Africe internet využívá 43,1 % obyvatel, v Evropě jde už o 88,4 % a v Severní Americe dokonce 93,4 %.

Podobně velké rozdíly nicméně najdeme i mezi jednotlivými státy. Mezi země, ve kterých se internet užívá méně, patří Vatikán (60,1 %), San Marino (60,2 %), Bulharsko (66,7 %), Řecko (72,9 %) nebo Srbsko (73,4 %). Největší využití naopak nacházíme na Islandu (99 %), v Norsku (98,4 %) a v Lichtenštejnsku (98,1 %). Česká republika je s 87,7 % blízko Evropskému průměru (88,4 %), podobně jako například sousední Slovensko (84,9 %).

Pro účely této práce je nicméně důležitější podívat se na využívání sociální sítě Facebook. Na té má dle téhož zdroje účet 60,8 % obyvatel České republiky, 59,9 % obyvatel Slovenska a 57,3 % obyvatel Polska. Nejvyšší hodnoty zde lze pozorovat například u Švédska (82,6 %) nebo Dánska (78,1 %). Evropský průměr stanoven bohužel není, dle odhadu se ale Česko řadí spíše k zemím, které Facebook využívají méně, byť tento rozdíl není významný. Napříč různými státy lze rovněž pozorovat značné rozdíly v poměru dostupnosti internetu a počtu uživatelů zmíněné sociální sítě. Vysvětlením může být jak menší zájem ze strany daného obyvatelstva, tak působení konkurenční sociální sítě na daném území.

Margalit (2014) se pozastavuje nad paradoxem, že i lidé celodenně pracující na počítači si po příchodu domů raději sednou k dalšímu PC, místo aby vyhledali jinou činnost či osobní lidský kontakt. Jednu z příčin autorka vidí v kognitivní a emocionální náročnosti osobního

kontaktem. Člověk při fyzickém kontaktu automaticky (z části nevědomě) přijímá obrovské množství informací, pocházející například z řeči těla, meta-hlasu či monitorování situace kolem. On-line komunikace tak nabízí významně méně podnětů, při čemž člověk má možnost ji kdykoliv snadno přerušit. Zároveň není třeba do takové míry ovládat vlastní projevy, aby odpovídaly standardům slušného chování dané sociální situace. To odpovídá i pojetí Pease & Pease (2011), dle kterých při osobním kontaktu valnou většinu informací přijímáme prostřednictvím očí, nikoliv sluchu (a valná část informací tak přichází ze zmíněné řeči těla). Pro některé jedince proto online komunikace po opravdu náročném dni přece jen může být schůdnější volbou. Zároveň nicméně platí, že kontakt s lidmi či některé činnosti mohou energii generovat. Záleží tedy na osobnosti účastníků a dané situaci.

1.2 Specifika internetu

Internetový prostor se od toho reálného v mnoha ohledech pochopitelně významně liší. Tato podkapitola se proto věnuje popisu nejdůležitějších fenoménů, se kterými se při řešení další problematiky budeme opakovaně setkávat.

1.2.1 Rychlost a dostupnost

Jednou z hlavních výhod internetového připojení je snadná a okamžitá dostupnost k vyhledávanému obsahu. Není třeba překonávat geografické vzdálenosti (Taintor, 2002), při čemž počítat můžeme i s určitou bezbariérovostí. Ta může být důležitá například u lidí žijících na venkově, případně lidí pobývajících v zahraničí, kteří chtějí komunikovat v rodném jazyce. Kontakt prostřednictvím online komunikace navíc ocení uživatelé s určitým akutním či chronickým onemocněním (Lásková, 2010), případně fyzicky znevýhodnění jedinci (Hulanová, 2013; Klouda, 2010). Dle izraelské studie se nicméně nezdá, že by lidé s tělesným postižením on-line aktivit využívali více (Gur & Rimmerman, 2017).

Zmíněnou rychlostí rozumíme zejména rychlost započetí kontaktu, nikoliv rychlost samotného průběhu. U forem, které vyžadují psaní textu, se s touto nutností může kontakt naopak prodloužit. Dle Hulanové (2013) se například na chatovém internetovém poradenství totožná problematika probírá déle než v případě telefonického kontaktu. Lásková (2010) nicméně dodává, že více času na promýšlení a formulování sdělení, může být také pozitivním faktorem. Stejně tak může uživatel delší dobu přemýšlet nad textem, který obdržel od druhé osoby.

1.2.2 Virtuální identita

Virtuální identitu Šmahel (2003) popisuje jako virtuální reprezentaci sebe sama, která však není identitou v psychologickém slova smyslu. Součástí takové identity často bývá například přezdívka, určitá historie nebo status ve vybraných virtuálních komunitách. Tentýž autor upozorňuje, že to, co vkládáme do své virtuální reprezentace, je vědomé jen částečně, neboť součástí takové identity jsou naše fantazie, přání, komplexy či nevědomé tendence. Ačkoliv se uživatelé mohou domnívat, že virtuální identita plně odpovídá jejich reálné osobnosti, pravda to zpravidla bývá jen v určité míře.

Daná identita se totiž tvoří i na základě zkušenosti se sebou samým v kyberprostoru, kde je však naše chování typicky ovlivněno omezením úzkosti, větší otevřeností, větší komunikativností, ale i idealizací sebe sama (Šmahel, 2003). Tyto prvky podrobněji rozebereme v dalším textu.

S virtuální identitou úzce souvisí také otázka sebe prezentace, kterou Hartl a Hartlová (2010, s. 515) definují jako „proces, jehož prostřednictvím se člověk snaží ovlivnit dojem, kterým působí na druhé lidi“. Pospíšilová (2016) považuje za možné, že je součástí atraktivity sociální sítě Facebook právě možnost specifické sebe prezentace. Například Qiu et al. (2012) ve své studii dokázal, že se uživatelé na sociální síti Facebook snaží prezentovat pozitivnější emoce, než jak tomu dělají v reálném světě. Jiná studie zase poukázala na jisté rozdíly v užívání sociální sítě Facebook u mužů a žen. Ženy své fotografie více editují a více se srovnávají i s ostatními uživateli (Fox & Vendemia, 2016). Rovněž Haferkamp et al. (2012) poukázali na častější porovnání žen na sociálních sítích, při čemž ženy zároveň přidávají více portrétních fotografií, zatímco muži preferují fotografie celého těla.

1.2.3 Anonymita a omezená míra informací

Specifičnost internetové komunikace se odráží také v určité anonymitě, se kterou se pojí i omezené množství informací. Není tomu však tak, že bychom o druhém zpravidla nic nevěděli. Spíše je tomu tak, že je míra odhalení přesunuta do kompetence druhé osoby. Zároveň nicméně platí, že jsou uživatelem uvedené informace poměrně obtížně ověřitelné. V případě sociálních sítí přesto Ševčíková (2014) uvádí, že lidé většinou uvádějí reálné pohlaví či publikují vlastní fotografie a není tak běžné, že by většina lidí o své identitě výrazně a cíleně lhala.

Bez možnosti využít neverbální a paralingvistické projevy se zároveň zvyšuje riziko nedorozumění či nepřesného pochopení sdělení, byť některé formy internetové komunikace (například videokonference) umožňují částečnou kompenzaci (Klouda, 2010; Lásková, 2010). Dle Hulanové (2013) bez vizuálního kontaktu a možnosti zaznamenat řeč těl či tón hlasu máme omezenou také schopnost empatie. To potvrzuje rovněž Jakubeková (2010) dle které si je třeba dát pozor na vznikající projekce z nedostatku informací. Stejná autorka poukazuje na alespoň částečnou náhradu díky využití emotikonů či teazerů (různých slovních zkratk, například „lol“). I tak lze dle Kloudy (2010) jen obtížně odhadovat například krizi druhé osoby, takže hrozí podcenění či naopak přecenění daného stavu.

Vybíral (2015) potvrzuje, že někam (anonymně) napsat zároveň nevyžaduje takové odhodlání jako se někde ukázat se tváří v tvář. Taintor (2002) pak zmiňuje, že uživatelé nemusí řešit ani svůj vzhled a nemusí se tak bát jakéhokoliv posuzování.

1.2.4 Disinhibice

Disinhibiční efekt lze popsat jako zvýšenou uvolněnost, smělost a redukci zábran, což vede k větší otevřenosti a přímocárnosti (Horská et al., 2010). V digitálním prostoru tak lidé řeknou věci, které by za v reálném světě neřekli. Taktéž Lásková (2010) vidí kyberprostor jako přitažlivější pro stydlivé jedince.

Dle Jakubekové (2010, s. 16) však tento efekt může vést i k vyhledání internetového poradenství: "Mnohým klientům totiž velké vnitřní zábrany znemožňují vyhledání osobní psychologické pomoci. Těmito zábranami nejčastěji bývá strach, pocity studu, viny, nízké sebevědomí a další". Také ve studii Hlase (2018) uvedlo 34 % středoškolských studentů, že znají někoho, kdo má problém, který by řešil pouze na internetu.

1.2.5 Záznam

Internetovou komunikaci lze snadno zaznamenat, s čímž se pojí možnost pasivního poradenství. To Ptáček (2010) popisuje jako příjem informací v on-line prostoru bez přímé účasti poradce. V širším pojetí to znamená možnost (cíleného) nalezení textu o někom, kdo byl v obdobné situaci. Tím lze i bez přímého kontaktu s dalšími uživateli do značné míry získat jejich vyjádření včetně užitečných rad, tipů či názorů. Zároveň takový záznam předává informaci, že člověk, který řeší daný problém, není jediný.

1.3 Digitální komunikace

V kontaktu s druhými je zcela klíčová komunikace, kterou lze definovat jako určité spojení mezi jedinci, které zahrnuje percepce, (ne)úmyslný přenos informací či zpětnou vazbu (Sillamy, 2001). Hartl a Hartlová (2010) komunikaci pojímají jako dorozumívání se či sdělování. Připomínají pak, že komunikaci na rozdíl od jazyku najdeme také u zvířat. Možnosti a způsob mezilidské komunikace se však s nástupem a šířením moderních technologií razantně proměnil a způsobil tak revoluci ve způsobech naplňování sociálních potřeb (Horská et al., 2010).

Kvůli komunikaci a sdílení informací ostatně vznikl i samotný internet. Ačkoliv mělo internetové připojení primárně sloužit vojenským účelům (Peterka, 1995), netrvalo dlouho a internet se stal nedílnou součástí běžného života moderního člověka.

Internet se dnes již samozřejmě využívá i jinak – jako vyhledávač informací, zdroj zábavy, při práci i studiu (Horská et al., 2010). K přímé komunikaci koncových uživatelů se postupem času vyčlenily speciální aplikace, webové stránky a služby, třeba i v podobě seznamek či sociálních sítí. Norman (2017) pak výslovně uvádí, že se internet změnil z pouhého přenašeče souborů mezi počítači až na místo, kde žijeme své sociální životy.

Horská a kol. (2010) poukazují na zvláště výstižné vymezení důvodů přitažlivosti internetové komunikace. Jde o tzv. „motor tří A“ (*Triple A Engine*) Al Coopera, který se skládá z (1) přístupnosti (accessibility), (2) dostupnosti (affordability) a (3) anonymity (anonymity).

Dále se komunikace dělí na záměrnou a nezáměrnou, dle toho, nakolik si ji uvědomujeme (Výrost & Slaměník, 2008). V případě internetu převažuje složka záměrná, neboť řeč těla či paraverbální složka je z větší části skryta. Co napíšeme si navíc můžeme rozmyslet třeba i po relativně dlouhou dobu, což v osobní konverzaci jde jen stěží.

Komunikace na internetu je specifická také ve vyjadřování emocí či nálad. Emoce (z lat. *emovere*) jsou přitom pro psychický i interpersonální život mimořádně významné a je proto třeba jim věnovat zvýšenou pozornost (Plháková, 2005). V online prostředí je však projev emocí obtížně čitelný, byť k jisté kompenzaci dochází díky „smajlíkům“. Jedná se o slangové označení pro emotikon (z angl. *smile*), tedy obrázkovou komunikaci. V počátcích internetu šlo o pouhé složeniny písmen a znaků, které symbolicky nahrazovaly mimiku obličeje.

Přítom právě srovnání toho, co od druhého slyšíme s tím, co vidíme, vede k poznání toho, co se v člověku děje. Přesto samozřejmě není snadné odhalit vnitřní svět a jakýkoliv závěr je pouze pravděpodobný (Pease & Pease, 2011). Paže, chodidla, oči, osobní prostor i nejrůznější fenomény jako je třeba zrcadlení, to vše má svůj význam. Pro některé odborníky je například mimika mimořádně důležitým tématem. Ekman (2015) tvrdí, že je mimika evolučně daná, vrozená a základní emoce lze proto rozpoznat u všech kultur. Alespoň ty emoce, které za základní považuje on sám.

Opominout ostatně nelze ani význam parajazyku. „Parajazykem se rozumí v sociální psychologii soubor vokálních – hlasových projevů, vyskytujících se na pomezí mezi neverbální mimohlasovými prostředky a mluvenou řečí. Těmito projevy se zabývá také paralingvistika (...)“ (Janoušek, 2008, s. 223).

O to vše při online komunikaci přicházíme, a tak by se na první pohled mohlo zdát, že jde o značně ochuzený či dokonce méněcenný proces. Přesto i v případě internetové komunikace nalezneme řadu různorodých pozitiv, mezi které spadá například již zmíněná rychlost a dostupnost. Horská et al. (2010) pak dokonce hovoří o možnosti zlepšení sociálních dovedností u některých disponovaných jedinců. Kim (2017) doplňuje, že online komunikace dává příležitost navodit kontakt pro ty, kteří by tak jinak neučinili, kam můžeme zařadit například lidi se sociální fobií. S tím souhlasí také Cain (2012), dle které online komunikace dost možná posílila sociální život introvertů. Stejná autorka ve své knize uvádí, že v rámci svého výzkumu nabyla dojmu, že spousta introvertů byla skrze e-mail citelně vřelejší a milejší, než jak působili v reálném životě. Přesto uznává, že ne každý introvert internetovou komunikaci vidí pozitivně a samozřejmě ne každý ji využívá.

Prostředí internetu lze využít i pro precipitorní (*precipitor* = spouštěč) řešení mezilidských konfliktů, jelikož lze jednat z bezpečné vzdálenosti. Témata se tak mohou jen otevřít (načít) a teprve následně dořešit osobně (Horská et al., 2010). Zároveň se tak do jisté míry lze distancovat od případné nepříznivé asociace, kdy již pouhý pohled na druhého vzbudí negativní emoce, což samozřejmě není vždy žádoucí.

V širším měřítku online komunikace dokonce plní roli demokratizačního prvku (Kim, 2017). Kdokoliv, ať už je němý, mimořádně přemýšlivý či extrémně introvertně zaměřený, může svůj názor snadno a rychle sdělit velkému počtu lidí (například skrze sociální sítě či vlastní články).

Internetová interakce je spíše kvantitativní než kvalitativní. Vztahy jsou povrchnější. Komunikující se zároveň více zaměřuje na sebe sama, své prožívání, což navíc posiluje egoistické tendence. Kvůli své jednoduchosti a dostupnosti může být taková komunikace zároveň upřednostňována, což může vést ke zhoršení sociálních dovedností (Horská et al., 2010).

V internetové komunikaci nelze opomenout ani již dříve zmíněný disinhibiční efekt. Vybíral (2010) za důsledek disinhibice považuje větší hovornost či snazší "skamarádění". Jako negativní aspekt disinhibice pak označuje větší agresivitu, vulgarismus, obtěžování a snadnější rozčílení. Suler (2004) popisuje šest faktorů disinhibice:

1) disociativní anonymita – v rámci anonymity dochází k jisté oddělenosti od reálné identity, což souvisí s menší zodpovědností a zranitelností, ale i větší agresí,

2) neviditelnost – komunikující se nevidí (mimo videokonferenci) a neslyší (mimo videokonferenci a VOIP),

3) asynchronicita – v komunikaci existuje možnost odložit svou reakci, tedy spojení kdykoliv snadno přerušit,

4) solipsistická introjekce – do určité míry zkreslené představy o druhé osobě, které se vytváří na základě chybějících informací,

5) disociativní představivost – uživatel může svou osobu v kyberprostoru (ne)vědomě stylizovat do jiné identity. Vytváří tak umělou osobnost, kterou zároveň chápe jakožto existující v jiném prostoru,

6) minimalizace autority – autorita dává svůj status mimo jiné najevo svým vzhledem či řečí těla. Jelikož u řady forem online komunikace o tyto zdroje informací přicházíme, snižuje se také míra autoritativnosti.

Jeden z nevíтанých jevů je i tzv. „*flaming*“, tj. rozohnění neboli rozvášnění se. Znamená nezdvořilost, hrubé vyjadřování, projevování vnitřních negativních emocí (Horská et al., 2010). Stejní autoři ještě dodávají, že v reakci na to vznikly různé netikety (anglicky *netiquette*), tedy pravidla slušného chování na internetu.

Existovat přitom mohou i jisté kulturní rozdíly. Dle studie Whitea et al. (2018) britští respondenti ve svých komentářích a obrázcích častěji odkazovali na vlastní užívání alkoholu či drog, zatímco italští probandi měli tendenci spíše vyjadřovat urážlivý obsah či osobní informace.

Pojmy z oblasti informačních technologií jako je třeba chat, email či skypování, se staly nedílnou součástí našeho jazyku. Netýkají se přitom jen mladé populace (Hanuš, 2010). Dle Škoviery a Václavové (2013) se tento jazyk do značné míry překrývá s řečí využívanou v SMS. Zároveň je ale pravdou, že psaný text je náročný pro dysortografy (klad písmen, pravopis) i jiné poruchy dys. Klienti s nižším intelektem zase mohou mít problémy porozumět psanému slovu (Hulanová, 2013).

1.4 Sociální síť Facebook

Sociální sítě (Social Network Sites neboli SNS) jsou důležitým komunikačním kanálem dnešní společnosti. Macháčková (2014a) zmiňuje definici Elissona (2007), který sociální síť popisuje jako internetovou službu s možností veřejného profilu, který se může propojit s dalšími uživateli, stejně jako lze prohlížet účty dalších osob. Podívejme se nyní na základní strukturu jedné z nejznámějších sociálních sítí současnosti – Facebooku.

1.4.1 Profil

Přístup k sociální síti Facebook je podmíněn vytvořením vlastního účtu neboli registrací. Na základě tohoto kroku každý uživatel získá vlastní profil. Ten úzce souvisí s virtuální identitou daného uživatele, byť jde o identitu spíše nepřímou, neboť uživatel může vkládat prakticky jakékoliv informace sám (Macháčková, 2014a). Tato identita se následně zobrazuje při komunikaci s ostatními.

Ačkoliv lze publikovat i některé informace do jisté míry osobní, Macháčková (2014a) upozorňuje, že mnoho informací naopak osobních není a nemáme se tak neustále zabývat tím, zda je někdo může zneužít. Táž autorka nicméně upozorňuje, že někdy může být obtížné odhadnout možné zneužití daných dat v budoucnu, jelikož jednou zveřejněnou informaci již v podstatě nelze vzít zpět.

Jak naznačila již definice uvedená výše, také na sociální síti Facebook je možné propojení s jinými uživateli, které si lze přidávat do tzv. seznamu přátel. Dle Macháčkové (2014a) sociální síť nabízí možnost kontrolované sebe prezentace, jejíž nedílnou součástí je právě profil. Daného uživatele je možné vyhledat, do jisté míry si prohlédnout jeho profil a získat tak třeba první dojem, aniž by o to daný člověk musel vůbec vědět.

1.4.2 Veřejná a soukromá komunikace

Specifika digitální komunikace popsala již podkapitola 1.3, v na tomto místě tak bude věnována pozornost popisu komunikace na samotné sociální síti Facebook. Na té je možné komunikovat jak soukromě s konkrétními jedinci v uzavřeném prostoru, tak veřejně, tedy v prostoru dostupném všem uživatelům. Ve druhém případě můžeme rozlišit (1) vytváření tzv. příspěvků neboli vláken na veřejně dostupných Facebookových stránkách či ve Facebookových skupinách, (2) publikování komentářů k již existujícím příspěvkům, (3) dávání tzv. líků, tedy emotikonů hodnotící konkrétní příspěvek či komentář.

Dle Wohna et al. (2016) uživatelé vnímají líky a jiné paralingvistické digitální projevy jako sociální oporu, což platí zejména u uživatelů s nižším sebevědomím. Takoví uživatelé jsou nicméně citlivější i vůči negativním komentářům.

Specifickým případem jsou uzavřené skupiny, které mohou mít desítky tisíc členů a ve kterých bychom mohli hovořit o poloveřejném vystupování. Naše aktivita je totiž veřejně dohledatelná velkým množstvím lidí, stále však musí jít o členy dané skupiny.

1.4.3 Online komunity

Vedle konkrétních uživatelů či stránek připomínající webové stránky existují na sociální síti Facebook také skupiny. Ty zpravidla zakládá jedinec, který je ve skupině následně tzv. správcem. Odhlédneme-li od nezákonných a neetických norem, které jsou do jisté míry upraveny podmínkami samotné společnosti Facebook, má správce ve skupině takřka neomezenou moc. Rozhoduje o přijetí či vyloučení jednotlivých členů, může stanovovat pravidla skupiny a může smazat i příspěvek, který jiní členové uveřejnili ve společném prostoru skupiny (na tzv. zdi). Někteří správci dokonce podmiňují samotné zveřejnění příspěvků členů tím, že daný příspěvek musí nejdříve zkontrolovat a schválit.

Na tyto skupiny můžeme nahlížet jako na určité online komunity, které Macháčková (2014b) popisuje jako skupiny tvořící specifické společenství, jenž se setkává na internetové platformě v rámci společného zájmu či tématu. Tatož autorka nicméně zmiňuje i Smithe & Kollocka (1999), kteří takové použití termínu kritizují. Komunity totiž vnímají jako více propojené celky, které tak těm na internetu neodpovídají.

Ačkoliv existují i skupiny s pravděpodobným negativním vlivem (skupiny zaměřené na sebepoškození, podporu poruch příjmu potravy...), mají skupiny také potenciál pomáhat

(podpůrné či svépomocné skupiny). Macháčková (2014b) dále poukazuje na absenci empirických dat o tom, jak online komunity na své členy reálně působí.

1.5 Dopady na duševní zdraví

O možných dopadech digitálních technologií na lidské zdraví se vedou dlouhodobé debaty a realizuje se řada různorodých studií, které často reagují na aktuální dění. Například Liu (2020) odhalil vliv digitálních médií (včetně sociálních sítí) na zvýšenou míru preventivního chování vůči onemocnění Covid-19, byť není jisté, zda tohoto efektu nebylo dosaženo zvýšenými obavami, které digitální média mohly vzbudit.

Vzhledem k tématu této práce se nicméně zaměříme především na studie o duševním zdraví. Studie z Nového Zélandu s 18 438 participanty zkoumala míru distresu (tedy negativního, zatěžujícího stresu) za stejnou jednotku času u různých aktivit včetně užívání digitálních technologií či všedních činností v reálném světě. Zatímco užívání internetu k distresu nevedlo, užívání sociálních sítí již ano. Autoři toto zjištění doplňují komentářem, dle kterého jde o relativně nízkou míru distresu a pouze nadmíra užívání sociálních sítí by tedy vedla k citelnému negativnímu efektu (Stronge, et al., 2019). Tomu odpovídají i výsledky studie Brailovskaia et al. (2019), která našla pozitivní korelaci mezi závislostí na Facebooku (Facebook Addiction Disorder - FAD), zvýšenou hladinou stresu a symptomy deprese.

Sampasa-Kanyinga & Lewis (2015) se zabývali časem stráveným na sociálních sítích ve vztahu k psychickému zdraví dětí a dospívajících (věkový průměr 14,1). 25,2 % respondentů užívalo sociální sítě více než 2 hodiny denně, 54,3 % méně než 2 hodiny denně a 20,5 % je užívalo nepříliš často či vůbec. Užívání sociálních sítí po více než 2 hodiny denně autoři spojili s horším sebehodnocením duševního zdraví a zvýšeným distresem. Je nicméně otázkou, zda se jedná o důsledek užívání sociálních sítích či zda lidé s horším duševním zdravím vyhledávají sociální sítě častěji.

Objevily se také studie, které sociální sítě sledovaly podrobněji. Výzkum Escobar-Viera et al. (2018) poukázal na zcela opačné dopady na depresivní symptomatiku v závislosti na typu používání sociálních sítí. Zatímco u aktivních uživatelů (dávání liků, psaní komentářů, vytváření příspěvků) depresivní symptomy klesaly, u pasivních uživatelů naopak stoupaly. Ke zcela shodným výsledkům přitom dospěla také metaanalýza Course-Choio & Hammonda (2021).

Zajímavé upřesnění dokládá také studie Lowe-Calverley & Pontes (2020), která dokázala, že při znepřístupnění nejdůležitějších funkcí na chytrých telefonech signifikantně klesne jejich používání. Autoři tím poukazují na fakt, že digitální zařízení (zde chytrý telefon) je pouhé médium, které člověk sám o sobě nevyhledává. Klíčový je obsah, ke kterému se skrze digitální zařízení dostaneme. Takové pojetí vylučuje například diskuse o závislosti na chytrém telefonu.

Z výsledků výše uvedených studií je zřejmé, kolik faktorů při užívání internetu a sociálních sítí ovlivňuje konečný dopad na psychické zdraví. V tuto chvíli studie nabízí rozmanité a někdy částečně protichůdce výsledky, které bude třeba detailněji objasnit v dalším vědeckém zkoumání.

2. Skupina

Říká se, že člověk je tvor společenský a není proto velkým překvapením, že nás členství ve skupinách provází celým životem. U lidské bytosti zároveň platí, že bez rané péče vůbec nepřežije, což Nakonečný (2020, s. 411) komentuje slovy, že, „skupinová příslušnost je životní nutností“.

2.1 Vymezení

Definovat skupinu je obtížnější úkol, než by se mohlo na první pohled zdát. Dokazuje to množství lišících se vymezení napříč autory, kteří se nicméně shodují v některých styčných bodech. Ty zmiňují zejména: (1) počet lidí vyšší než jedna, (2) společný znak, (3) vzájemnou propojenost, (4) existující interakci a (5) uvědomování si příslušnosti k dané skupině u jednotlivých členů.

Jednu ze stručnějších definic, která však nabízí o to univerzálnější platnost, předkládá Sillamy (2001, s. 196), který skupinu považuje za „strukturovaný lidský soubor, jehož prvky se navzájem ovlivňují“. Dle Lovaše (2008, s. 321) jde zase o „určitý počet lidí (množina lidí), kteří mají něco společného“. K tomu nicméně na stejném místě dodává „Z hlediska jejich povahy, způsobu fungování a vlivu je nejdůležitější, zda jedinci, kteří je tvoří, vytvářejí vnitřně propojený celek“.

Dle Myerse (2010, citováno v Nakonečný, 2020, s. 409) jsou skupinou „dvě nebo více osob, které jsou ve vzájemné interakci a vzájemně se ovlivňují po dostatečnou dobu a přemýšlí o sobě navzájem jako my“. Hartl & Hartlová (2010, s. 531) zase hovoří o „seskupení osob, které spojuje určitý znak či vztah“. Sám Nakonečný (2020) pak skupinu vymezuje pomocí tří podstatných znaků. Skupinu určuje:

1. Formální, ideové či jinak vytvořené seskupení, které něco společně vykonává a které se nazývá termínem „my“.
2. Vzájemná znalost, neboť jedinci jsou ve vzájemné interakci, mají své role a normy.
3. Společná činnost se zaměřením na uspokojení potřeb či dosažení jiných potřeb.

Lovaš (2008) k této situaci přímo uvádí, že je poměrně obtížné konkretizovat, do jaké míry musí být takové vztahy těsné, což komplikuje přesnější definici skupiny. To odpovídá popisu Hartla & Hartlové (2010), kteří mezi skupiny řadí dva členy, ale i národ či dokonce celé lidstvo. Dle Sillamyho (2001) se všechny skupiny vzájemně prolínají.

Nejednotnost mezi autory nicméně nacházíme u míry vzájemného propojení jednotlivých členů. S tím úzce souvisí i velikost takové skupiny, což řadu autor vede k používání pojmu „malé skupiny“ (viz Lovaš (2008); Urban (2017); a další). Termín malý je dle Nakonečného (2020) potřeba, neboť i velké skupiny mohou mít vědomí „my“, aniž by je sociální skupina zkoumala. Také dle Lovaše (2008) má v případě skupiny sociální psychologie na mysli množství jedinců, kteří tvoří propojený celek.

Nakonečný (2020, s. 408) uvádí, že „veliké skupiny jsou početné soubory osob s nějakou společnou demografickou charakteristikou, zatímco malé skupiny tvoří osoby, které se navzájem znají, navzájem spolu komunikují a jsou formálně nebo neformálně integrovány nějakým společným cílem“. Tentýž autor nicméně uvádí, že v psychologii není definice malých skupin jednotná.

Někteří autoři se pokoušejí malé a velké skupiny oddělit pomocí počtu členů (viz Urban, 2017; Řehan, 2007; a další). Autor této práce se nicméně přiklání spíše k pojetí Nakonečného (2013, s. 155), dle kterého „pojem malá skupina není vymezován kvantitativně, nýbrž vztahově“.

Skupiny na sociální síti Facebook je z hlediska velikosti či vzájemného propojení bohužel obtížné zhodnotit. Zatímco oficiální počet členů námi vybraných skupin dosahuje jednotek až desítek tisíc, počet aktivních členů, kteří jsou součástí probíhajících interakcí bývá řádově nižší. S vědomím takových specifik a obecných odlišností mezi on-line a off-line skupinami, tato kapitola komentuje obecně platné teorie z pohledu námi zkoumané populace. To má vést k jejich bližšímu popisu a hlubšímu porozumění.

2.2 Význam a dělení

Smyslem formování skupin je vidina uspokojení lidských potřeb (Urban, 2017). Stejného názoru je také Nakonečný (2020), který však upozorňuje, že v některých případech jde o zprostředkovanou cestu. V případě pracovních skupin tak může jít o získání finančních prostředků, které následně uspokojení potřeb umožní. Takové motivaci pak odpovídají také cíle dané skupiny.

Jinou, neméně důležitou motivací, je rovněž obecná lidská potřeba vyhledávat společnost jiných lidí a navazovat s nimi kontakty (Slaměník, 2008). Tentýž autor dále připomíná dnes už tradiční studii Schachtera (1959), dle které potřeba afiliace stoupá v případě ohrožení, strachu či nejistoty. V jeho experimentu probandí čekající na silný elektrický šok preferovali

čekání s jinými lidmi, než aby čekali sami. V kontrolní skupině, která měla obdržet jen slabý šok, pokusné osoby naopak preferovali samotu.

Nakonečný (2020) cituje tradiční studii Newcomba (1950), která poukazuje na významný vliv podobných postojů při vytváření skupin. Newcomb na kolejích sledoval 17 studentů z různých univerzit, kteří se dříve neznali. Po čtyřech měsících se mezi nimi vytvořily tři skupiny, které se od sebe odlišovaly právě postoji. Studenti s podobnými postoji tak tvořili jednu skupinu. S tím se ztotožňuje také Urban (2017), podle kterého jsou společné ideje a světonázory tím důležitější, čím větší skupina vlastně je. Rovněž Lovaš (2008) uvádí, že homogenita členů úzce souvisí s jejich vznikem, přičemž skupiny vytváří ti, kteří si jsou podobní. Ti, kteří se naopak liší, ze skupiny často odcházejí.

Odborná literatura skupiny dělí dle řady různorodých znaků. Mezi nejčastěji diferenciací patří rozlišení formální a neformální skupiny. Hartl & Hartlová (2010) vidí rozdíl v řízení vnitřních vztahů, které ve formální skupině udávají pevně daná pravidla, zatímco v neformální se odvíjí dle sympatií a antipatií.

Lovaš (2008) vidí rozdíl ve způsobu vzniku jak samotné skupiny, tak její struktury. Formální skupiny vznikají cíleně, často na základě zdroje, který v dané skupině následně není ani přítomen. Skupina se pak řídí dle stanové struktury a pravidel. Může jít například o pracovní skupiny uvnitř větší firmy. Kopecká (2015) u formálních skupin popisuje také směřování k určitému cíli. Tatáž autorka pak vznik neformálních skupin vysvětluje jako spontánní iniciativu svých členů. S ohledem na dříve řečené bychom tak mohli říct, že jejich zdrojem bývají členové, kteří v oné skupině následně obvykle setrvávají. Z tohoto hlediska bychom o skupinách na sociální síti Facebook mohli hovořit jako o skupinách neformálních.

Vzhledem k tématu této práce je účelné popsat ještě druhé dělení, do kterého spadají skupiny otevřené a uzavřené. Členem otevřených skupin se staneme snadno a relativně rychle, zatímco uzavřené skupiny členství podmiňují mnoha požadavky, čímž vstup výrazně ztěžují či dokonce znemožňují (Kopecká, 2015). Urban (2017) pro změnu skupiny vyžadující splnění jistých podmínek označuje jako výběrové, zatímco jako uzavřené označuje skupiny za takové, kde je extrémně obtíž až nebezpečné vstupovat.

Většina skupin zaměřených na psychické obtíže na sociální síti Facebook je přístupna po schválení členství správcem. K udělení takového členství je obvykle nutné odpovědět na několik otázek, které se nejčastěji ptají na motivace ke členství v dané skupině či to, zda uživatel má některou konkrétní diagnózu. Jak odpovědi na takové otázky správci nakonec

hodnotí, je velmi různorodé. Ze zkušenosti autora tohoto textu nicméně vyplývá, že diagnóza duševního onemocnění u nových členů většinou vyžadována není.

2.3 Struktura, role a normy

Ať už jsou důvody ke vzniku skupiny jakékoliv, jisté je, že prakticky v každé skupině přirozeně vzniká určitá **struktura**. Tu dle Urbana (2017) tvoří systém statusů a rolí, jenž dle Nakonečného (2020) vznikají jako přirozený produkt individuálních rozdílů a interakcí jednotlivých členů. Tentýž autor přibližuje, že ve skupině vznikají sympatie, antipatie, ale i lhostejnost vůči ostatním, z čehož pramení následná sociometrická pozice. Ta následně odpovídá neformální struktuře.

Zmíněné **role** lze výstižně definovat jako „očekávané chování osoby, jejíž statut známe“ (Sillamy, 2001, s. 183). Lovaš (2008) upřesňuje, že jde o očekávání samotné skupiny, při čemž zmíněné chování se týká především jak chování v dané skupině, tak chování mimo ni. Formování role přitom významně ovlivňuje plnění potřeb dané skupiny. Ta totiž kladně hodnotí chování, které má pro cíle skupiny pozitivní konsekvence. Nakonečný (2020) doplňuje, že nemusí jít o přímé plnění takových cílů, ale může jít i o cesty nepřímé, například když člen vylepšuje atmosféru ve skupině.

Helus (2018) dodává, že k roli její představitel může mít různorodý vztah. V podstatě ideálním stavem je, když dojde k identifikaci s danou rolí. Člen skupiny ale může danou skupinu také odmítat, a to jak veřejně, tak vnitřně (pak hovoříme o fenoménu takzvané masky).

Takřka u kohokoliv ve skupině může docházet také ke konfliktu rolí (Nakonečný, 2020), a kupříkladu jediná osoba může mít tendenci jednat spravedlivě v roli správce celé skupiny, ale zároveň jednat shovívavě kvůli prohřešku dlouholetého kamaráda. Z toho samozřejmě pramení možný nerovný přístup k jednotlivým členům. Tentýž autor doplňuje, že se do konfliktu může dostat i role mimo skupinu, a zmíněný správce může chtít jednak věnovat dostatek času řízení skupiny, ale zároveň může být časově vytížený v roli výdělečné osoby, manžela či partnera.

Ve skupinách obvykle nacházíme i jejího **vůdce** neboli lídra, kterému bývá připisována ústřední role. Kopecká (2015) vůdci přisuzuje nejvyšší status, vliv na ostatní, možnost rozhodovat o pozicích ostatních či možnost řešit spory ostatních. Helus (2018) popisuje tři základní styly vedení ze strany vůdce:

- volný neboli liberální styl – ponechávání volného průběhu dění ve skupině. Členové se řídí dle vlastního uvážení a mohou dělat téměř cokoliv. Vedoucí nicméně zachovává základní řád,
- demokratický styl – lídr rozhoduje spolu se členy, využíván je sebekontrola, autoregulace a spoluzodpovědnost. U tohoto stylu najdeme nejvíce otevřené vztahy, kooperaci a projevování zájmu o druhé,
- autokratický styl – vůdce vše řídí, vše kontroluje a o všem pevně rozhoduje. Úkolem ostatních je především poslušnost.

Sociální sítě mají relativně jednoduchou strukturu, která stojí na rovnocenném postavení všech členů s výjimkou jednoho nebo více správců, popřípadě moderátorů. Ti jsou v pozici vůdce neboli lídra.

Na zmíněnou strukturu a role navazují také **normy**, které skupinu ovlivňují hned v několika rovinách. Hartl & Hartlová (2010) role popisují jako závazný způsob chování, podle Kopecké (2015) normy řídí také prožívání a dle Nakonečného (2020) dokonce i myšlení a postoje. Lovaš (2008) dodává, že normy standardně prosazují sankce, které mohou být jak pozitivní (odměny), tak negativní (tresty).






Skupiny na sociální síti Facebook stojí z hlediska norem na pomezí formálních a neformálních skupin. Řada skupin totiž funguje zcela volně a nemá takřka žádná pravidla, zatímco v jiných skupinách správci využívají výhradního práva vytvořit jakékoliv pravidla skupiny, které přímo neodporují zásadám Facebooku či zákonným normám. Dodržování těchto norem může správce dle vlastního uvážení řešit upozorněním, domluvou či dokonce přímým vyloučením člena ze skupiny. Jiné skupiny nicméně pravidla nemají nebo jsou vytvářeny na základě domluvy členů se správcem, což připomíná spíše neformální skupiny, kde normy vznikají v průběhu společných činností a často mají charakter nepsaný.

2.4 Komunikace

Jak výrazně specifická on-line komunikace ve skutečnosti je, bylo popsáno již v podkapitolách 1.2 a 1.3. Ke komunikaci má však co říct také sociální psychologie, která tento proces zkoumá v rámci jednotlivých skupin. My se ve stručnosti podíváme na koncepty, které jsou platné i ve skupinách na sociálních sítích.

Svou roli hraje také druh komunikační sítě, které Staehle (1980, citováno v Nakonečný, 2020) dělí na hvězdu, ypsilon, řetěz, kruh a plnou strukturu, jak ilustruje obrázek 1. V případě skupin na sociální síti Facebook připadají v úvahu pouze hvězda a plná struktura.

Obrázek 1: Popis komunikačních sítí dle koncepce W. H. Staehleho

	hvězda	Y	řetěz	kruh	Plná struktura
Posuzovací kritéria					
Centralizace	velmi vysoká	vysoká	střední	nízká	velmi nízká
Komunikační kanály	velmi málo	málo	středně	středně	velmi mnoho
Vedení	velmi vysoké	vysoké	střední	nízké	velmi nízké
Skupinová spokojenost	malá	malá	střední	střední	velká
Individuální spokojenost	velká	velká	střední	malá	velmi malá

Plná struktura zde představuje možnost komunikace mezi všemi členy, zatímco struktura hvězda značí autokratický styl vedení ze strany vůdce. V případě námi pozorovaných skupin přitom záleží na druhu posuzované komunikace. Členové se zpravidla mohou kontaktovat navzájem pomocí přímých zpráv, stejně jako si mohou komentovat již publikované příspěvky, což připomíná plnou strukturu. Situace se nicméně různorodá u publikování příspěvků.

2.5 Skupinový vliv

Skupina na své členy nepřetržitě působí a tím ovlivňuje jejich chování i osobnost (Helus, 2018). Mezi nejvíce diskutované fenomény na toto téma patří **konformita**, kterou Řehan (2007, s. 22) výstižně definuje jako „vyhovění skupinovému vlivu jedincem“. Tento jev přitom nelze podceňovat, neboť na konformitě (a podřízení normám) do značné míry závisí existence celé skupiny (Lovaš, 2008).

O něco konkrétněji hovoří Slaměník (2007), který zmiňuje změnu názoru nebo chování. Nejčastěji jde o podřízení se normám. Takové podřízení přitom nemusí vyžadovat přímé jednání ze strany daného člena. Ten se totiž může podřít i tak, že mlčí a nevyjadřuje tedy svůj protest.

Helus (2018) popisuje dva druhy konformity. Osobní konformita značí jev, kdy jedinec mění svůj názor dle většiny a pozměněný názor přijímá za svůj. Naopak deklarativní konformita platí v situaci, kdy si člen skupiny ponechává svůj názor, zatímco veřejně deklaruje většinový názor.

Nakonečný (2020) poukazuje na zajímavý experiment Hoffmana (1957), ve které se v rámci kožně-galvanické reakce objevila vyšší úzkost u osob, které měly jiné mínění než většina skupiny. Právě proto lze konformismus chápat jako cestu (či obranu) sloužící k redukci vlastní úzkosti. Hartl & Hartlová (2010) zase dodávají, že konformita je motivována získáním odměn a vyhnutím se trestům v rámci platných norem.

Za speciální případ konformity lze označit tzv. **poslušnost**, v rámci které již nepůsobí skupina jako celek, ale především autorita (často jde o vůdce). Jedná se o vyhovění žádosti jiné osoby, při čemž nejde o rozkaz či nařízení. Naopak v případě přímého rozkazu či nařízení hovoříme o poslušnosti (Slaměnik, 2007).

Krech et al. (1969, citováno v Nakonečný, 2020) si všimli hned několika zajímavých procesů: (1) konformita u stejného jedince kolísá v čase, byť mezi lidmi stále platí jisté interindividuální odlišnosti, (2) jakmile se jedinec ocitne mimo skupinu (opustí ji), navrácí se v některých případech k původním názorům, (3) skupinovému tlaku je méně odoláno u složitějších problémů.

Třetí bod připomíná situaci může, kdy se ve skupinách na sociálních sítích debatuje o lécích či některých léčebných metodách, které často vyžadují určitou znalost zdravotnických věd, a neznalí této problematiky tak mohou mít sklony ke konformismu. Mimo to má na konformismus vliv jsou-li členové skupiny jedinci podobní či skládají se ze specialistů (E. Aronson).

Vedle konformismu je neméně důležitým tématem také konflikt jedince se skupinou, který vyvstává v situacích, kdy skupina nenaplnuje cíle jedince. Nebo naopak když je vlivem jedince omezeno dosažení cíle celé skupiny. Individuum v praxi stojí proti jednotlivým členům, kteří skupinu tvoří (Nakonečný, 2020). V případě námi sledovaných skupin na sociálních sítích lze nicméně předpokládat relativně jednoduché řešení – jedinec může začít preferovat jednu z mnoha jiných skupin s podobným zaměřením.

Dalším významným jevem je také **polarizace**, kterou Hartl & Hartlová (2010, s. 411) definují výstižným termínem „vyhranění, vyhrocení“. Ve skupině jde především o situaci, kdy je některá záležitost diskutována. Jak uvádí Řehan (2007), v diskuzi se obvykle objeví

i radikálnější názory hodnocení jedním nebo druhým směrem, což vede k posunu daným směrem i u těch, kteří již měli podobný názor, byť ne tolik vyhrocený. Možným vysvětlením posunu je snaha lépe podložit vlastní tvrzení proti opozici a zabezpečit tak směřování vlastního názoru.

Další možná vysvětlení tohoto fenoménu popisuje celá řada teorií (podrobněji Lovaš, 2008). Pro účely této práce je nicméně důležité především to, že v námi sledovaných skupinách může docházet k polarizaci postojů včetně postojů k odborníkům či předepsaným lékům. Dle zkušenosti autora této práce přitom ve většině skupin převažuje spíše kritika, a skupinový vliv by tak mohl vést ke zvýšení nedůvěry vůči odborné péči. Jak tomu je v námi sledovaných skupinách nicméně odhalí teprve výsledky této studie, které budou následně interpretovány v kapitole 9. Diskuse.

3. Pětifaktorový model osobnosti a metoda BFI-2

K pěti faktorům osobnosti různí autoři dospěli odlišnými cestami. V této kapitole si vznik zmíněných faktorů přiblížíme, při čemž v závěru si představíme i jednu z oblíbených současných metod k jejich měření.

Chceme-li popsat chování konkrétního člověka, abychom popsali, co od něj v určitých situacích přibližně můžeme očekávat, použijeme k tomu přídavná jména (člověka můžeme označit za dominantního, agresivního, klidného...). Takové vlastnosti lze nicméně chápat nejméně dvěma způsoby: (1) může jít o pouhou deskripci viditelných projevů daného člověka, nebo (2) vnitřní determinantu chování spojenou s určitou dispozicí (Hřebíčková, 2010).

Ořipravenost k chování se určitým konkrétním způsobem můžeme označit jako osobnostní rysy, které Hartl & Hartlová (2010, s. 509) definují jako „relativně stálou vlastnost člověka projevující se v jeho chování a jednání“. Rysy lze také chápat jako dimenze osobnosti, odvozené z kvantifikovatelných dat, při čemž konkrétního jedince můžeme zařadit na úsečku s dvěma krajními extrémy (Hřebíčková, 2010). Psychologie rysů zároveň předpokládá, že v lidské osobnosti existují relativně trvalé dispozice nebo rysy, jenž spouští či regulují psychické procesy a chování (Cakirpaloglu, 2012).

3.1 Lexikální přístup

Lexikální neboli taxonomický přístup se zakládá na obecné lexikální hypotéze, dle které lze rozdíly mezi osobnostmi nalézt v samotném jazyce (řeči). Tu jako první zformulovat Galton, který rovněž shromáždil zhruba 5000 slov používaných k popisu osobnosti (Hřebíčková, 2010). Na tento směr později navázali Allport s Odbertem, kteří uskutečnili analýzu anglických slov popisujících lidskou osobnost. Tímto způsobem získali 17 953 termínů, jejichž počet následně výrazně zredukovali. Odstranili totiž nejasné termíny, synonyma a další nevyhovující slova (Cakirpaloglu, 2012). Dle téhož autora považoval Allport rysy za skutečně existující v samotných lidech, které proto mají neurologický základ. Nejde tak o pouhé označení, které si vymysleli samotní lidé k označování konkrétních osob.

Ve 40. letech se o identifikaci hlavních charakteristik osobnosti zachycených začal snažit také Cattell (Hřebíčková, 2010). Ten zahájil vlastní sémantickou analýzu Allportova a Odbertova seznamu slov, který očistil od synonym a nepřesných pojmů, aby získal 171

termínů (z původních 17 953). Na základě další korelace odhalil 35 uskupení, které měly vyjadřovat 35 osobnostních škál. Ty byly využity pro vzájemném hodnocení u 200 respondentů, načež výsledky Cattell podrobil faktorové analýze. Výsledkem bylo 16 finálních faktorů, ze kterých se dle Cattella skládá každá osobnost (Cakirpaloglu, 2012). Dle Říčana (2010) bylo Cattellovým cílem dospět faktorovou analýzou k popisu základních vlastností osobnosti, které by postihly co možná největší rozmanitost lidské povahy. Název Big Five neboli Velká pětka pochází z dílny Goldberga, který taktéž využil termínů ze slovníku ve spojení s faktorovou analýzou. Goldberg si nicméně byl vědom, že těchto pět faktorů nevysvětlí všechny rozdíly mezi lidmi a faktory chápal, jako abstraktní termíny obsahující řadu dílčích, specifitějších charakteristik (Hřebíčková, 2010).

Ve své další publikaci Hřebíčková (2011) popisuje hlavní škály (dle lexikálního přístupu) následovně: Extraverzi vyjadřují přídavná jména značící mluvnost, aktivitu, společenskost. U přívětivosti, celkově nejrobustnější škály, jde zejména o dobrosrdečnost, snášenlivost a termíny postulující morálku. Škála svědomitosti je spojena se vztahem k práci, povinností, pilností, pracovitostí, usilovností a pečlivostí. Naopak nejméně robustní je faktor emocionální stability, kam spadá vyrovnanost, přiměřené reagování na podněty, klid a rozvaha. V pátém faktoru, intelektu, najdeme chytrost, bystrost, vzdělanost, tvořivost a talent.

3.2 Dispoziční přístup

Dle dispozičního neboli dotazníkového přístupu můžeme osobnostními rysy použít nejenom k deskripci, ale rovněž k explanaci. Oproti lexikálnímu přístupu, založeném na analýze přídavných jmen, se u dispozičního přístupu setkáváme s analýzou dotazníkových položek, respektive škál (Hřebíčková, 2010).

Costa a McCrae využili shlukovou analýzu, založenou na Cattellově šestnácti faktorovém modelu, a dospěli ke třem obecnějším faktorů. Šlo o extraverci, neuroticismus a otevřenost ke zkušenosti, které se staly základem nového dotazníku - tzv. dotazníku NEO. Tato zkratka vznikla z anglických ekvivalentů neuroticism, extraversion, openness, přesněji řečeno prvních písmen těchto tří pojmů (Říčan, 2010). Později Costa a McCrae na základě Goldbergova výzkumu sestavili inventář se 40 škálami (dle Goldberga) a 40 škálami z vlastního modelu NEO. Následně provedli faktorovou analýzu, která poukázala na faktory přívětivost a svědomitost, o které doplnili svůj původní model (Hřebíčková, 2010).

V rámci dispozičního přístupu, konkrétně NEO inventáře, lze hlavní škály popsat následovně: Extraverze značí do jaké míry je člověk společenský, aktivní, energický, případně asertivní a družný. Přívětivost charakterizuje míru přívětivosti k druhým, tendenci k důvěřování, čestnému jednání, ohleduplnosti a starostlivosti. Svědomitost vypovídá o míře plnění povinností, připravenosti řešit úkoly, pořádkumilovnosti, disciplinovanosti, ale i rozvážnosti či cílevědomosti. Otevřenost vůči zkušenostem pak značí míru otevření vůči novým zkušenostem včetně ochoty ověřovat politické a religiózní hodnoty či preferování nového a rozmanitého. Poslední faktor – neuroticismus - vypovídá o míře vyrovnávání se s psychickou zátěží, zahrnuje úzkostnost, hostilitu, depresivitu, impulzivitu i zranitelnost. (Hřebíčková, 2010).

Bez ohledu na to, jak se tyto dva přístupy mohou zdát odlišné, dospívají ke stejným závěrům, tedy pěti faktorům osobnosti, které se do značné míry shodují Hřebíčková (2010). Tatáž autorka hovoří o dvou hlavních rozdílech mezi těmito přístupy. Za prvé lexikální přístup zařazuje vlastnosti týkající se vřelosti do faktoru přívětivosti, zatímco Costa a McCrae je zařazují pod škálu extraverze. ještě větším rozdílem je však pátý faktor, který v lexikálním přístupu bývá označován jako kultura, imaginace či intelekt, zatímco NEO model používá označení otevřenost vůči zkušenosti.

3.3 Osobnostní inventář BFI-2

Vznik osobnostního inventáře BFI popisuje Hřebíčková et al. (2020) následovně: V období začátků již zmíněného NEO inventáře začínal John a jeho kolegové pracovat na The Big Five Inventory. Nejdříve bylo analyzováno 300 položek Adjective Check Listu, čímž byla získána přídatná jména korespondující se škálami velké pětky. S takto vybranými termíny byli dále posuzováni dostatečně známí lidé ze stran respondentů, z čehož vzniklo 100 přídatných jmen. Řadou dalších kroků při zohlednění maximální srozumitelnosti výsledných pojmů bylo dosaženo 44 položek u plné verze a 11 položek u zkrácené verze BFI.

Vývoj druhé verze dotazníku byl motivován přidáním možnosti rozlišovat tři subškály pro každou z pěti hlavních škál (celkem tedy 15 subškál). Tentokrát bylo zohledněno také rovnoměrné rozložení položek pro oba póly daných škál, čímž eliminovali tendenci odpovídat jedním směrem. I tentokrát jsme se dočkali zkrácené škály BFI-2-XS s patnácti položkami, kterou doplnila také druhá zkrácená verze BFI-2-S s 30 položkami (Hřebíčková et al., 2020).

V rámci přípravy české verze metodu přeložily tři na sobě nezávislé překladatelky, které následně na základě diskuse vytvořily české znění. To následně další překladatelka přeložila do angličtiny, a tento překlad byl předložen autorům metody. Dle jejich komentářů byly některé položky mírně upraveny (Hřebíčková et al., 2020). Autorka dále uvádí, že na základě koeficientu kongruence bylo dosaženo vysoké míry shody české a americké verze.

Nutno dodat, že se jedná o metodu, ve které respondent souhlasí nebo nesouhlasí s krátkými výroky na pětibodové likertově škále. Dle dělení Svobody et al. (2013) jde tedy o osobnostní inventář, nikoliv dotazník. Jedná se zároveň o veřejně dostupnou metodu, kterou si může dohledat každý. O platnosti či neplatnosti daných výroků přitom rozhoduje samotný respondent a jedná se tak o sebesposuzovací metodu, která nemusí vždy vést k přesnému či objektivnímu posouzení.

4. Zdraví

Ačkoliv se řada lidí běžně domnívá, že termín zdraví dobře zná, přesný a komplexní pohled na něj je mezi laiky spíše vzácností (Danzer, 2010). Z definicí zdraví přitom úzce souvisí také vymezení nemoci, na kterém stojí rovněž diagnostika duševních poruch. Tato kapitola se zdravím a konceptům s ním spojeným poroto náležitě věnuje.

4.1 Vymezení

Samotné vymezení lidského zdraví procházelo dynamickými změnami napříč historií a jinak tomu není ani v současné době (Palová & Jochmannová, 2022). Tytéž autorky poukazují na multidimenzionální povahu tohoto pojmu, který má natolik komplexní povahu, že jakákoliv definice znamená určitou redukci a zjednodušení. S takovým pojetím souhlasí také Orel (2020), který zdůrazňuje celostní pohled na lidskou bytost, jež zahrnuje složku tělesnou (somatickou), psychickou (duševní), sociální (vztahovou) a spirituální (duchovní). Tatáž publikace upozorňuje také na význam času a prostoru, na základě čehož člověka považuje za o bio-psycho-sociálně-spirituální jednotku v čase a prostoru.

Z etymologických slovníků lze vyčíst, že původně termín „zdraví“ v řečtině, latině a dalších jazycích znamenal „celek“. Z tohoto důvodu lze zdraví či nemoc definovat dle toho, zda námi vymezená část funguje v rámci kompletního celku (Křivohlavý, 2001).

Hartl & Hartlová (2010, s. 691) dále zmiňují definici Světové zdravotnické organizace z roku 2007, která zdraví chápe jako „stav prostý tělesného, duševního a sociálního strádání“. Nás vzhledem k zaměření této práce samozřejmě zajímá především zdraví duševní, které dle stejného zdroje „neznamená pouhou nepřítomnost nemoci či poruchy, ale stav, kdy je člověk schopen adaptace na prostředí a situace, dokáže přijímat vše, co život přináší příjemného, včetně sexuality a citového života vůbec“.

Orel (2020) nicméně upozorňuje na obtížnost vymezení duševního zdraví, u kterého bývá hranice mezi zdravím a patologií mnohdy neostrá, kontinuální a nejasná. Aby bylo možné rozlišit, kdy člověka léčit a kdy jej pouze podporovat v jeho stále relativně zdravém stavu, musíme sáhnout po diagnostických kritériích, která zdraví a nemoc dokážou rozlišit.

Tím se ovšem dostáváme k tématu **normy**, na které lze nahlížet z různých úhlů. Například Vágnerová (2014) rozlišuje hned dvě pojetí normy. Tím první je statistické pojetí, které se zakládá na četnosti či intenzitě kvantifikovatelných jevů. To umožňuje určení průměru a odlehklých hodnot, při čemž to, co se ve společnosti neobjevuje často, bývá většinou

posuzováno jako abnormální. Takový přístup lze považovat za srozumitelný a zároveň relativně objektivní. Druhé, sociokulturní pojetí vychází očekávání dané společnosti a její kultury. Abnormalitě tak odpovídá neplnění představ o sociálních rolích. Tuto normu přitom v podstatě ovlivňuje jen střední a vyšší vrstva. Tato norma zároveň určuje postoje k lidem, kteří se nějakým způsobem liší, a čím více se odlišuje, tím více abnormálně bývá hodnoceno. Taková norma může existovat i v jednotlivých skupinách, jak o tom pojednává podkapitola 2.3 Struktura, role a normy

Orel (2020) již zmíněné normy doplňuje o normu věkovou (odpovídá normalitě určitého věku), mediální (vymezení prostřednictvím masmédií, internetu, sociálních sítí...), právní (dle zákonných norem), individuální (dána konkrétním jedincem) a normu odbornou, založenou na aktuálním vědeckém poznání, ze které pramení například i Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN).

Ve shodě s poznatky Palové & Jochmannové (2022) se pro účely této práce dopustíme jistého zjednodušení a zdraví od nemoci rozlišíme dle normy vědecké – konkrétně již zmíněné MKN ve své desáté revizi (World Health Organization, 1990).

4.2 Percepce, hodnocení a řešení zdravotních potíží

Vnímání, hodnocení a řešení (zdravotních) potíží se odehrává na základě dlouhé řady faktorů. Všechny tři složky nicméně přehledně shrnuje Teorie krize, která popisuje tři kroky, jež člověka s onemocněním čekají (Moos & Schaefer, 1984, citováno v Křivohlavý, 2002):

- 1) Kognitivní zhodnocení situace včetně zvážení vážnosti onemocnění a očekávaných důsledků. Důležitou roli zde sehrává vlastní obraz dané nemoci a dostupné informace, které lze sbírat z okolního prostředí.
- 2) Proces adaptace na již zhodnocenou situaci z vlastního pohledu, na což navazují kroky upravující prostředí pro následující období.
- 3) Třetí a zároveň poslední krok je samotné zvládnutí daného onemocnění, k čemuž je zapotřebí zvládnout vlastní emoce (beznaděj, vztek, strach, úzkost...) i samotnou situaci (provést potřebné úkoly, využít dostupné informace, nalézt nové postupy...). Do tohoto kroku patří rovněž objevení nového smyslu, a to v situaci, která může vypadá zdánlivě chaoticky.

Součástí Teorie krize je rovněž popis dvou možných vyústění uvedených kroků. Dojít může buďto k adaptaci a zvládnutí daného onemocnění (lze pozorovat zejména u zralých

osobnosti) nebo dojde k maladaptaci, nezvládnutí, propadnutí beznaději. Který z těchto dvou protikladných pólů nakonec bude zvolen, závisí na řadě okolností, které ve stručnosti popisuje následující text.

V odborné literatuře nelze přehlédnout popis způsobů či strategií, které jsou uplatňovány v obtížných životních situacích. Jejich cílem je co největší minimalizace negativních dopadů a adaptace na nové skutečnosti. V angličtině se pro tento proces používá termín coping (Vymětal, 2003).

Křivohlavý (2002) rozlišuje: (1) strategie aktivní, ve kterých pacient hledá způsoby řešení, je iniciativní a uplatňuje veškeré své možnosti pro dosažení vytyčeného cíle – vyléčení, a (2) strategie únikové (vyhýbavé), kdy trpící řešení ignoruje, odmítá ho nebo se mu vyhýbá (například v případě stanoveného lékařského zákroku). Tentýž autor nicméně upozorňuje na paradoxní situaci, kdy aktivní strategie může vést negativním důsledkům – například při vyhledání alternativní medicíny v situaci, kdy je primárně zapotřebí zákrok medicíny tradiční. Tento princip platí i obráceně a pasivní strategie může přinést třeba potřebnou úlevu před následujícím nápoem náročných terapií.

V současnosti bývá diskutována také tzv. **resilience**, kterou rozumíme odolnost ve smyslu zvládnání stresu a zátěžových situací. Většina studií se zabývala resiliencí jedince, kam spadá například temperament, komunikace, sebevědomí, vybrané schopnosti, vztahy či sociální podpůrná síť. Od 80. let 20. století se nicméně pozornost přesouvá také k resilienci rodinné, při čemž v poslední době se pozornost zaměřuje také na komunity, ve kterých se zkoumá například sociální opora (Sobotková, 2009).

Vymětal (2003) dále upozorňuje na klíčový vliv informací, které do jisté míry udávají, jak člověk situaci hodnotí, prožívá a řeší. Jde především o informace o konkrétních onemocněních, jejich prognóze a případné léčbě. Ty mohou být získány z mnoha zdrojů, včetně internetu. Rainie & Fox (2000) ve své americké studii zjistili, že 55 % lidí s přístupem internetu jej využívají získávání zdravotních informací, při čemž 92 % z nich při posledním vyhledávání našlo užitečné informace.

Křak et al. (2017) ve své studii zjistili, že důvodem k hledání informací o zdraví na internetu jsou: rychlost přístupu k takovým informacím oproti dlouhým čekacím lhůtám vůči u klasických odborníků, aktuálně probíhající nemoc, nemoc někoho blízkého, zvědavost a touha dozvědět se více. Dalším zjištěním rovněž bylo, že ženy takové informace vyhledávají častěji, zvláště pokud mají vlastní děti. Naopak odrazujícím dojmem působí chaos

v informacích na internetu či snížená důvěra v informace od anonymních autorů, při čemž lékaře označují za výrazně spolehlivější zdroj informací v oblasti zdraví.

Křivohlavý (2001), jež se psychologii zdraví soustavně věnuje, mezi další faktory ovlivňující zdraví řadí smysluplnost života, smysl pro humor, kladné sebehodnocení, sebedůvěru, nezdolnost (hardiness) a vnímaná osobnost zdatnost neboli self-efficacy. Ve své novější publikaci (2012) pak popisuje také vliv optimismu, který brání bezmoci a má pozitivní vliv na sebeovládání, sebeřízení, sebekázeň, a dokonce i míru sociální opory.

Hodnocení i řešení zdravotního stavu nicméně předchází jeho samotné vnímání, které přitom ovlivňuje řada okolností. Mezi nimi jsou dle Křivohlavého (2002) rozdíly mezi lidmi, kdy každý jednotlivec symptomy vnímá s jinou intenzitou (podobně jako například bolest). Na jedné straně lidé příznaky podceňují (hovoří se o tzv. bluntingu), na straně druhé naopak přeceňují i ten nejmenší podnět (jde o tzv. vigilanci).

Monitorování vlastních příznaků nicméně ovlivňuje i osobní zaměření, kde například lidé intenzivně zainteresovaní v pracovních/školních činnostech (tzv. typ chování A), řadu příznaků pochopitelně přehlédnou. Není proto divu, že se u těchto lidí častěji objevují kardiovaskulární onemocnění. Typ chování B se sledování vlastního těla věnuje o poznání více, při čemž tráví čas i jinými, často zdraví prospěšnými, činnostmi (Křivohlavý, 2002).

Svou roli mohou sehrát také obranné mechanismy, které vychází z psychoanalytické koncepce (Baštecká, 2003). Ty lze chápat jako vnitřní strategie, umožňující vyřešit situace, které ohrožují naše sebepojetí (Vymětal, 2003). Tentýž autor poukazuje na možné selektivní vnímání, kdy nevidíme nám nepříjemné věci, případně takové věci snadno a rychle zapomínáme. Obranné mechanismy tak mohou omezit uvědomování si různých příznaků, čímž do jisté míry omezují akceschopnost trpícího.

S vnímáním onemocnění úzce souvisí i kognitivní ohodnocení dle R. S. Lazaruse. Baštecká (2003) ho popisuje následovně: prvotní posouzení hledá příčiny nepříznivých jevů, zvažuje míru ohrožení a hledá vysvětlení v konkrétních diagnózách. Jde tedy o snahu popsat daný podnět. Na to navazuje druhotné hodnocení, které hledá cestu k řešení nastalého podnětu. Je zvažována rovněž vlastní léčba a návštěva odborníka.

Opominout nelze ani vliv negativního emocionálního stavu. Lidé vykazující vyšší neuroticismus objevují příznaky zhoršeného zdravotního stavu dříve. Obdobně lidé v negativnějším emocionálním stavu (stres, deprese...) si příznaků všimají více. Jedná se o logický důsledek, neboť takto ladění lidé mohou mít z příznaků větší strach. Můžeme zde

zařadit také náladu, která ovlivňuje, čemu věnujeme pozornost. Člověk ve špatné náladě může vnímat a hodnotit vše negativněji, což se ukázalo i v sebehodnotících škálách, kde lidé zadávali horší nejen momentální, ale dokonce i minulý stav (Křivohlavý, 2002).

Roli zřejmě hrají také osobnostní charakteristiky – například introverti jsou zaměřeni na vlastní já a vnímají tak příznaky citlivěji než extraverti, kteří se orientují především na vnější svět (Křivohlavý, 2002). Friedmaan et al. (1993, citováno v Křivohlavý, 2001) zmiňuje také osobnostní charakteristiku svědomitosti (consciousness), který u univerzitních studentů zjistil, že žili celkově déle. Je totiž možné, že preferovali zdraví prospěšnější aktivity a lépe zvládali také různorodé problémy.

4.3 Vztah k odborníkovi

Ačkoliv do nemoci člověka lékař či jiný odborník vstupovat nemusí, často tomu tak dříve nebo později je. Na interakci s odborníkem a vztah k němu nicméně působí celá řada faktorů. Zola (1973, citováno v Křivohlavý, 2002) popisuje model pěti faktorů, které mají vliv na chování daného jedince při narušení zdraví včetně rozhodnutí o vyhledání odborné pomoci.

- 1) Míra znepokojení nad příznaky.
- 2) Kvalita daných příznaků.
- 3) Míra ohrožení vztahů s druhými (zejména nejbližšími).
- 4) Míra „překážení“ při plnění zamýšlených činností (např. dokončení diplomové práce, odjezd na dovolenou).
- 5) Povaha sociálních sankcí, které se objevují kvůli zhoršenému zdravotnímu stavu (např. negativní sankce od zaměstnavatele).

Významný vliv na rozhodnutí o návštěvě lékaře má rovněž přesvědčení člověka o zhoršování pozorovaných příznaků.

Tabulka 1: Popis možností návštěvy odborníka v případě zdravotních potíží

Závažnost příznaků	Navštíví odborníka	Nenavštíví odborníka
Vážné	OK	Chyba
Nedůležité	Chyba	OK

Zdroj: Mírně upravená tabulka Křivohlavého (2002)

Jak zobrazuje tabulka 1, hned dvě možné rozhodnutí ze čtyř vedou k nesprávnému rozhodnutí a riziku negativních důsledků. Pokud nemoc odbornou péči vyžaduje a my odborníka nevyhledáme, zdravotní stav se pravděpodobně zhorší, a bude vyžadovat delší a nákladnější léčbu, což mu jeho okolí může klást za vinu. V opačném případě, (tzv. falešný signál) lékaře zbytečně navštívíme, aniž by to příznaky vyžadovaly, což může vést k pocitům hanby před zdravotním personálem, rodinou, partnerem či zaměstnavatelem, člověk se cítí jako „citlivka“ (Křivohlavý, 2002).

V praxi se přitom setkáváme se dvěma protikladnými extrémů – člověk k lékaři chodí buď příliš pozdě, nebo naopak přijde kvůli příznakům falešným či takovým, které lze vyléčit svépomocí (Křivohlavý, 2002). Tentýž autor upozorňuje, že 70-90 % lidí přitom má dostatečné příznaky na to, aby návštěva odborníka dávala smysl. Ženy přitom vyhledávají zdravotnická zařízení častěji než muži, ačkoliv se do srovnání nezapočítává péče o těhotné či rodící pacientky (Baštecká, 2003). Lidé s pocitem ohrožení zároveň usnadňují diagnostický proces i samotnou terapii, zatímco lidé bagatelizující danou nemoc se odborné péče vyhýbají či příliš nespolupracují (Vymětal, 2003).

Baštecká & Goldmann (2001) dává do popředí setkání s lékařem primární péče vzájemný vztah. Ten nabývá na významu zejména u chronických nemocí, kam bychom ostatně mohli zařadit i většinu psychických onemocnění. Autorka poukazuje na Michaela Balinta, který viděl příčinu nefunkční léčby u praktických lékařů právě v poruše vzájemného vztahu. Netřeba dodávat, že vztah a důvěra jsou pochopitelně neméně důležité i ve světě duševních onemocnění.

Vymětal (2003) hovoří o pracovním společenství, které zahrnuje odborníka, trpícího, případně i osoby z jeho okolí (nejčastěji příbuzné). Setkat se můžeme také s termínem terapeutické spojenectví, které se užívá jak v psychoanalytické škole (Baštecká & Goldmann, 2001), tak kognitivně-behaviorálním směru (Becková, 2018).

Setkání v rámci pracovního vztahu má určitý rámeček a obsah. Rámeček zahrnuje technické záležitosti jako je čas, prostředí, etická pravidla či vymezení úhrad. Patří zde také samotný vztah včetně jeho možností a limitů. Obsah pracovního vztahu pak představuje jeho smysl. Udává směřování společné spolupráce včetně konkrétních postupů a stává se zakázkou neboli kontraktem. Spadá zde rovněž uvědomění, co která strana chce a potřebuje. Někdy do vztahu vstupuje i třetí strana s vlastní zakázkou, což může situaci do jisté míry zkomplikovat (Baštecká, 2003)

Klient od odborníka ale neočekává jen vyšetření, stanovení diagnózy a vytyčení konkrétní léčby, ale i sociální oporu, v jejímž pozadí je důvěra vůči danému odborníkovi a prosociální postoj (Křivohlavý, 2002). Baštecká & Goldmann (2001) hovoří o přijetí a podpoře pacienta, což má napomáhat zmenšení nerovnosti pracovního vztahu. Jeho nerovnost je dle autorky dána:

1. faktem, že se pacient obrací na odborníka, potřebuje od něj pomoc,
2. cílem a průběhem pracovního vztahu, který zvětšuje závislost na odborníkovi,
3. nutností důvěry a svěřeni se odborníkovi, nikoliv naopak.

Existuje přitom řada faktorů, které vztah mohou do značné míry narušit. Vedle předsudků vůči různým skupinám klientů, či naopak předsudků vůči odborníkům, roli hraje také samotná komunikace, prostřednictvím které se předávají informace, dospívá k rozhodnutí i vytváří pracovní vztah. Raudenská & Javůrková (2011) zmiňuje, že nespokojenost s komunikací z pohledu pacienta koreluje s celkovou spokojeností z daného setkání, ale i následnou spoluprací a dodržováním pokynů léčby.

Honzák (1999) uvádí, že ačkoliv lékaři se považují za dobré zprostředkovatele informací, pacienti jejich komunikační dovednosti hodnotí spíše negativně. Honzák na témže místě zmiňuje metaanalýzu McManuse (n.d.), který na základě 68 studií zjistil, že průměrně pouze 44 % pacientů dodržuje doporučení lékaře, při čemž takové chování spojuje se sociálním jevem v podobě compliance. Táž publikace dále zmiňuje i zajímavý výzkum Andrewse & Steptoe (n.d.), dle kterých bylo pouze 36 % pacientů spokojeno s komunikací lékaře.

Se vztahem ostatně úzce souvisí i jevy popisované sociální psychologii. Jedním z klíčových prvků je již zmíněná compliance, která v tomto pojetí znamená ochotu dodržovat pokyny lékaře. V psychiatrické péči jde zejména o užívání předepsaných léků, případně docházení na psychoterapii. Baštecká & Goldmann (2001) s ohledem na existenci řady studií upozorňuje, že nedostatečná compliance je v dnes již normou, neboť pacienti pokyny v různé míře často přehlížejí.

Raudenská & Javůrková (2011) zdůrazňuje faktor porozumění a možnosti znovuvybavení pokynů, které klient od odborníka získal. Křivohlavý (2002) upozorňuje, že lékař je prostřednictvím dlouhého studia, častou komunikací se zdravotnickým personálem a psaním odborných zpráv veden k tomu, aby hovořil specifickým odborným jazykem.

Výsledkem jsou termíny z anatomie a psychopatologie, názvy léků či odborných postupů a další – to vše ve jménu co možná nejpřesnějšího popisu.

Zmíněné znovuvybavení přitom ovlivňuje také rozumová úroveň pacienta, úzkostnost pacienta, zdravotnické vzdělání pacienta, pořadí předaných informací (nejlépe se pamatuje první podaná informace), množství předaných informací (čím více informací, tím hůře se pamatují) a informace, které pacient chápe jako nejdůležitější (Raudenská & Javůrková, 2011).

Vzhledem k existenci odborné pomoci dostupné na internetu bychom také mohli uvažovat nad tím, do jaké míry je o kontakt s odborníkem prostřednictvím digitálních technologií zájem. Zmínit můžeme studii zaměřenou na internetové poradenství (Hlas, 2018). Výsledky ukázaly, že středoškolští studenti by v 39 % případů měli zájem o internetový kontakt se školním psychologem, přičemž podobné množství (41 %) by internetové poradenství přímo upřednostnilo před školním psychologem. Tomu odpovídá i to, že 34 % dotázaných ví o někom, kdo problém nechce řešit osobně či po telefonu, ale skrze IP by jej řešil. 68 % dotázaných nicméně nechtělo odborníka dostupného na sociální síti Facebook.

4.4 Sociální opora a svépomocné skupiny

Onemocnění zasahuje nejen samotného postiženého, ale zároveň hrubým narušením jeho sociálních vztahů (Honzák, 1999). Tím narážíme na téma sociální opory, kterou Křivohlavý (2001, s. 94) definuje jako „pomoc, která je poskytována druhými lidmi člověku, který se nachází v zátěžové situaci“, při čemž taková opora výrazně ovlivňuje i prožívání dané nemoci (Vymětal, 2003).

Vliv sociální opory přitom působí ve dvou rovinách. V obecnější rovině poskytuje prakticky nepřetržité působení na konkrétního člověka a obvykle vede ke zlepšení fyzického i psychického stavu. Druhé pojetí sociální oporu chápe jako nárazník vůči nepříznivým faktorům a zátěžovým situacím, což v angličtině označujeme termínem „buffering effect“ (Křivohlavý, 2001).

Chiu & Chang (2015) ve své studii zkoumali vztah mezi počtem přátel na sociální síti Facebook a zmíněným buffering efektem. Dle jejich zjištění vyšší počet přátel skutečně souvisí s větším pomocí, limitem je ale počet přátel s hranicí okolo hodnoty 200. U lidí s počtem přátel převyšující tuto hranici totiž nebyla nalezena signifikantně vyšší míra

zkoumaného efektu. Autoři tento jev připisují možnému efektu přihlížejícího (bystander effect), u kterého uživatelé nejednají, neboť se spoléhají na ostatní přítomné. Pro srovnání můžeme zmínit studii Christofidese et al. (2009), ve které studenti udávali počet přátel na sociální síti Facebook v rozmezí 25 až 1000, s průměrnou hodnotou 297,07 a směrodatnou odchylkou 173,21.

Tifferet (2020) provedl metaanalýzu 30 nezávislých studií s celkem 17 000 participanty, v rámci kterých zkoumal spojitost mezi pohlavím a sociální podporou na sociálních sítích. Výsledky prokázaly, že ženy na sociálních sítích více sociální podpory získávají ($d=0,14$) i dávají ostatním ($d=0,36$). Barker (2009) ženy skupinám na sociálních sítích zároveň připisují vyšší hodnotu, při čemž tato hodnota koreluje s vyšší mírou aktivity v těchto skupinách.

Nedostatečná míra sociální opory zároveň vede k vyhledávání odborné pomoci, pociťují-li pacient nepohodu (Baštecká & Goldmann, 2001). Stejní autoři poukazují na význam sociální opory i prostřednictvím často popisovaného Philippsova efektu, který značí, že lidé častěji umírají po dnu narození nežli před ním, neboť pociťují viditelný propad sociálních kontaktů po narozeninách.

Není proto divu, že se dle Křivohlavého (2001) psychologie zdraví věnuje sociálnímu rozměru mimořádnou pozornost, což má dokazovat i publikování více než tisíce článků na téma sociální opory v posledních letech. Tentýž autor sociální oporu definuje jako „pomoc, která je poskytována druhými lidmi člověku, který se nachází v zátěžové situaci“ (2001, s 94).

Baštecká & Goldmann (2001) rozlišují sociální oporu strukturální a funkční. Strukturou je myšleno množství vztahů s ostatními, případně členství ve skupinách a společenské role. Funkce sociální opory pak odkazuje na kvalitu takových vztahů. Pouze strukturální oporu však tito autoři označují za dobře ověřený prediktor úmrtnosti, zatímco vliv funkční opory je méně jasný.

Křivohlavý (2001) upozorňuje, že sociální opora existuje jak v dyadickém vztahu, tak v širším sociálním kontextu, kdy bychom hovořili o sociální síti (supportive network). Na to tentýž autor navazuje rozlišením tří úrovní sociální opory. Na mikroúrovni najdeme oporu poskytnutou nejbližší osobou, například rodičem či partnerem. Mezoúroveň pak zahrnuje pomoc ze strany určité skupiny, která pomáhá jednomu ze svých členů (zde bychom mohli zařadit i námi zkoumané skupiny na sociálních sítích). Tato skupina však může pomáhat i jiným lidem, pokud se ocitnou v nouzi – může jít třeba o charitu, která pomáhá.

Makroúroveň sociální opory pak zahrnuje pomoc z pohledu celé společnosti, kam by spadala sociální či ekonomická péče vůči potřebným nebo například pomoc uprchlíkům jiných států.

Podobně vyznívá také definice Hartla & Hartlové (2010), dle kterých sociální oporu tvoří nejen partner, rodina či přátelé, ale také členové komunity včetně svépomocných skupin. Mezi ty ostatně patří také námi zkoumané skupiny na sociální síti Facebook. Odlišit bychom měli také skupinu podpůrnou, která se do značné míry skupině svépomocné podobá. Rozdíl je ale v účasti odborníka, který je přítomen pouze ve skupině podpůrné (Hartl & Hartlová, 2010). Zároveň nejde o skupinové poradenství, které dle Procházky et al. (2014) cílí na jedince s problémy, které však nejsou natolik závažné, aby vyžadovaly léčbu nebo změnu osobnosti. Jak nicméně napovídá už samotný název, i zde musí být poradce (odborník).

Jaroš (2014) svépomocné skupiny popisuje jako uskupení pacientů se stejným nebo obdobným onemocněním, kteří se pravidelně scházejí a vzájemně si pomáhají. Hartl & Hartlová (2010, s. 532) svépomocnou skupinu definují jako „pomoc jednoho druhému; nejčastěji skupina lidí, která řeší své problémy bez účasti odborníka, na rozdíl od skupiny podpůrné; má řadu shodných rysů se skupinovou psychoterapií“. Napříč literaturou se lze setkat rovněž s připomínkou, že za první takovou skupinu jsou považováni Anonymní alkoholici (1935), při čemž dnes se již jen v USA existuje okolo 500 000 skupin (Hartl & Hartlová, 2010).

Vymětal (2010) svépomocné skupiny považuje za zvláštní formu skupinové práce, ve které se nachází silný terapeutický náboj. Takovou skupinu pak řadí na hranici mezi přirozenou a uměle vytvořenou skupinu, při čemž počet takových skupin celosvětově odhaduje řádově na stovky tisíc. Svěpomocnou skupinu autor považuje za vhodné doplnění odborné péče, které má u nás jistou budoucnost.

Svěpomocné skupiny dle Jaroše (2014) napomáhají k novým sociálním kontaktům, vytváření přátelských vztahů a trávení volného času. To vše má vést k získání nových informací, emoční podpoře, sdílení zkušeností, zvyšování sebevědomí a maximalizaci motivace v rámci boje s daným onemocněním. Bártlová (2003) zdůrazňuje společné prožívání situací, které vede ke snazšímu řešení složitých zdravotnických problémů.

Jaroš (2014) zmiňuje i limit v podobě finanční náročnosti. Může být nutné pronajímat si místnost pro setkávání, případně hradit další výdaje spojené s výlety a jinými aktivitami. Vztáhneme-li takové pojetí do on-line prostoru, finanční prostředky zde zapotřebí nejsou,

byť můžeme uvažovat zase o jiných limitech. Baštecká (2003) k tomu dodává vliv na rozhodování, kdy se pacient například rozhoduje, zda podstoupit určitou formu léčby. Lidé s podobnou diagnózou a zkušeností s takovou léčbou totiž působí důvěryhodně, aneb takzvaně „ví o čem mluví“.

Dle Bártlové (2003) jsou svépomocné skupiny reakcí na přílišnou institucionalizaci tradiční medicíny, které se pacientům jako lidským bytostem do jisté míry odcizily. Svépomocné skupiny v tomto pojetí tak uspokojují potřeby, které nedokázala uspokojit tradiční léčba.

Významnou součástí svépomocných skupin dobře vysvětlují i věty „nejsem s tím a na to sám“ (Baštecká, 2003, s. 65). Člověk tak někam patří a získává identitu člena dané skupiny. Tadáž autorka přesto upozorňuje, že doba členství by měla být omezena na 1-2 roky, neboť jinak může omezovat růst jedince, jelikož mohou příliš upevňovat identitu nemocného s konkrétním onemocněním.

5. Vybrané současné výzkumy

Řada studií se věnovala osobnostním rysům pětifaktorového modelu ve vztahu k užívání sociálních sítí, při čemž výsledky se v některých místech zdají být spíše nekonzistentní.

Wilson et al. (2010) spojují užívání sociálních sítí s vyšší mírou extraverte a nižší mírou svědomitosti, při čemž ke stejným závěrům dospěli také Ryan & Xenos (2011) v případě sociální sítě Facebook. Rovněž Stienger et al. (2013) našli vyšší míru svědomitosti u uživatelů, kteří ze sociální sítě Facebook odcházeli (rušili si účet). To vede k poznatku, že uživatelé s nižší svědomitostí mohou na sociálních sítích naopak zůstat. Obdobné výsledky přinesli Schredl & Göritz (2019), kteří na vzorku 1349 zjistili korelaci mezi užíváním sociálních médií a vyšší mírou extraverte i negativní emocionalita.

K částečně odlišným závěrům dospěli Zúñiga et al. (2017), kteří zkoumali vztah pětifaktorového modelu ke třem typům užívání sociálních sítí, a to na vzorku probandů z 20 států (N = 21 314). Pozorována byla frekvence užívání, míra sociální interakce i čtení novinek (co je nového, co se děje ve světě či okolní komunitě). Se všemi třemi proměnnými pozitivně korelovala extraverte, přívětivost a svědomitost, zatímco negativní emocionalita korelovala negativně. Různorodé užívání pak vykazuje otevřenost vůči zkušenost, která je prediktorem frekvence užívání sociálních sítí, při čemž není prediktorem získávání informací a interakcí s ostatními.

Utz et al. (2012) nicméně poukázali na nekonzistentní výsledky napříč studiemi, které spojitost mezi pětifaktorovým modelem a sociálními sítěmi hledali, a to i v případech se zaměřením na podobnou cílovou skupinu či totožnou sociální síť. Autoři přesto dodávají, že nejsilnějším prediktorem užívání sociálních sítí se ukázala být extraverte.

Zajímavou studii přednesl také Park et al. (2009). Ten u studentů identifikoval čtyři motivy využívání Facebookových skupin, kterými jsou: socializace (potkat zajímavé lidi, být součástí komunity, být v kontaktu s druhými, získat sociální oporu.), zábava (potěšení, legrace, pobavení), získávání informací (o událostech, novinkách v okolí, službách a produktech) a vlastní prestiž (okolí vyvíjelo tlak, aby měl uživatel Facebook, umožní mu to vypadat stylověji a navázat více kariérních kontaktů).

Přímo svépomocným skupinám na sociálních sítích se naneštěstí věnuje až překvapivě málo studií. Jednu z mála kvalitativních studií uskutečnila Bojková (2012), která se zaměřila na online svépomocné skupiny zaměřené na oběti domácího násilí. Pomocí

polostrukturovaných rozhovorů hovořila s osmnácti členkami, které pocházely z USA, Velké Británie, Austrálie a Kanady. Drtivá většina respondentek navštěvovala online komunitu existující na sociální síti Facebook. Autorka u respondentek pozorovala (1) redukci negativních pocitů včetně stresu, (2) zvýšení odvahy a pocitu kompetence, (3) preferování psychologické pomoci před čerpáním informací, (4) při pozitivních pocitech členek zvýšenou aktivitu či naopak omezení kontaktu se skupinou, (5) při negativních pocitech zvýšenou aktivitu ve skupině a snahu pocity ventilovat. Členky u svépomocných skupin také vítaly snadnou dostupnost, možnost anonymity, sociální oporu a pocit pospolitosti založený na obdobné zkušenosti ostatních. Za negativum naopak označili budování závislosti na dané skupině.

Mustafa et al. (2015) pro změnu zkoumali facebookovou skupinu určenou rodičům dětí s autistickým spektrem. Autor v průběhu dvou týdnů analyzoval 320 příspěvků, ve kterých převažovaly zejména příspěvky popisující vlastní zkušenost (32 %) a příspěvky požadující či poskytující informace (27,5 %). Třetím nejčastějším tématem byly příspěvky (nepřímo) vyžadující emocionální podporu jiných členů (22,5 %). Dalším zajímavým poznatkem je použití reálných fotografií v drtivé většině případů, což poukazuje na absenci snahy o anonymitu. Autor dále uvádí, že 90 % členů zveřejňující příspěvky byly matky dětí s autistickým spektrem, pro které byla skupina důležitou sociální oporou.

Teufel et al. (2013) zkoumali Facebookové skupiny či stránky věnované tématice hubnutí ve smyslu poruch příjmu potravy. Autoři našli 118 skupin, z toho 27 tzv. pro-ana skupin zaměřených na hubnutí (a splňující kritéria PPP), 24 svépomocných skupin, 29 edukačních skupin (snaha informovat veřejnost o problematice PPP), a 34 anti-ana skupin (osvěta zaměřena přímo na členky pro-ana skupin). Nejvyšší aktivita byla naneštěstí nalezena ve skupinách pro-ana.

Zhang et al. (2013) analyzoval příspěvky ve svépomocné Facebookové skupině zaměřené na Diabetes mellitus. Příspěvky se týkaly zejména výměny informací, osobních zkušeností, názorů a rad. Členové si zároveň poskytovali sociální oporu a povzbuzení, při čemž důležitou úlohu v tomto ohledu hrála aktivita správce. Autoři si všimli také vlivu časového hlediska, kdy se většina aktivity (77,7 %) odehrávala od pondělí do čtvrtka, zatímco nejmenší aktivita byla v pátek (6,4 %).

Skupina byla složena převážně z lidí trpící tímto onemocněním, nicméně část skupiny tvořilo okolí lidí s tímto onemocněním (nejčastěji rodina, primárně matky takto nemocných). Autoři nicméně zmiňují i výzkumníka z univerzity či propagátora knihy, taneční terapie a neziskové organizace. Interakce se nejčastěji týkaly výměny informací (74 %), vyjadřování emoci či nabízení sociální podpory (25 %) či řešení záležitostí komunity (5,4 %).

VÝZKUMNÁ ČÁST

6. Výzkumný problém, cíle a otázky

Jak naznačil již úvod na straně pět, výzkumný problém této studie se věnuje vybraným skupinám zaměřeným na psychické potíže na sociální síti Facebook. Konkrétně jde o skupiny bez jasného vymezení cílové populace, ve kterých se objevují převážně lidé trpící psychickými obtížemi či přímo diagnostikovaným psychickým onemocněním. Nejde tak o skupiny přímo zaměřené na okolí takových lidí, stejně jako nejde o skupiny spadající pod některou instituci. Ve volnějším pojetí tak můžeme hovořit o skupinách svépomocných, byť v těchto skupinách mohou být i lidé, kteří sami zmíněnými potížemi netrpí. Právě takovým skupinám se dosud věnovalo jen omezené množství studií, z čehož pramení i nedostatečná nabídka takových informací. Konkrétněji řečeno chybí data o tom, jaké názory, emoce, chování či motivace u členů převažují, jak členy samotná skupina vlastně ovlivňuje či jaké sociodemografické a osobnostní složení u členů převládá.

Právě na tuto málo probádanou oblast navazuje tato studie, jejíž výzkumná otázka zní: jaký význam a specifika mají vybrané skupiny zaměřené na psychické potíže na sociální síti Facebook? Z pohledu cílů vědeckého poznání jde tedy o čistě deskriptivní povahu studie a dle vymezení Fejrenčíka (2000) tak slouží k popisu a prohloubení orientace v dané problematice.

Hlavním cílem této studie je odpovědět na uvedenou výzkumnou otázku, zatímco dílčím cílům pak odpovídají jemněji diferencované výzkumné úkoly:

- 1) Popsat sociodemografickou strukturu skupiny.
- 2) Popsat hlavní motivaci ke členství ve skupině.
- 3) Popsat účel, ke kterému je skupina využívána.
- 4) Určit časovou dotaci, kterou členové skupině věnují.
- 5) Určit, do jaké míry je pro členy snadné svěřit se skupině nebo odborníkovi.
- 6) Určit, zda se členové cítí bezradní vůči problémům ostatních ve skupině.
- 7) Popsat, jak členové vnímají úlohu správce skupiny.
- 8) Popsat zdravotní anamnézu členů, kteří jsou ve skupině kvůli vlastním potížím.
- 9) Popsat, jaký má skupina vliv na duševní stav svých členů.
- 10) Určit, zda se osobnostní charakteristiky v testu BFI-2-S liší u členů skupin a běžné populace.

Výzkumný úkol číslo deset vyžaduje využití statistického testu z oblasti tzv. inferenční statistiky. Z tohoto důvodu bylo vytvořeno pět statistických hypotéz, jejichž znění je následující:

H1: Hrubý skór škály extraverze v testu BFI-2-S se u členů vybraných skupin na sociální síti Facebook liší od průměrného hrubého skóru na téže škále u běžné populace.

H2: Hrubý skór škály přívětivost v testu BFI-2-S se u členů vybraných skupin na sociální síti Facebook liší od průměrného hrubého skóru na téže škále u běžné populace.

H3: Hrubý skór škály svědomitost v testu BFI-2-S se u členů vybraných skupin na sociální síti Facebook liší od průměrného hrubého skóru na téže škále u běžné populace.

H4: Hrubý skór škály negativní emocionalita v testu BFI-2-S se u členů vybraných skupin na sociální síti Facebook liší od průměrného hrubého skóru na téže škále u běžné populace.

H5: Hrubý skór škály otevřenost mysli v testu BFI-2-S se u členů vybraných skupin na sociální síti Facebook liší od průměrného hrubého skóru na téže škále u běžné populace.

7. Výzkumný design

S ohledem na výzkumnou otázku, výzkumný cíl a výzkumné úkoly byl zvolen kvantitativní přístup, jehož výhodou je možnost získání velkého množství snadno kvantifikovatelných dat (Walker, 2013). Kvantitativní metodika, založená na proudu pozitivismu, sebou nicméně nese i jisté limity. Vychází totiž z jistého zjednodušení problematiky, kvůli kterému pak může scházet širší kontext (Ferjenčík, 2010).

Z hlediska typologie výzkumů byl zvolen orientační výzkum (někdy nazývaný mapujícím výzkumem), jehož úkolem je dle Ferjenčíka (2010) cílená orientace a porozumění problému, a který je většinou právě deskriptivního charakteru. Dle téhož autora je tento výzkumný plán volen v případech, kdy o dané problematice máme jen velmi málo nebo žádné informace.

7.1 Metoda sběru dat

Za metodu sběru dat byl zvolen dotazník, který je vzhledem k subjektivním výpovědím založen na introspekci dané osoby (Svoboda et al., 2013). Ferjenčík (2010) dotazník přirovnává ke standardizovanému interview v písemné podobě, při čemž upozorňuje i na některé limity. Mezi ty patří nemožnost položit doplňující otázky či riziko omezené srozumitelnosti položek u některých respondentů, zatímco Svoboda et al. (2013) za hlavní nevýhodu považuje možnost záměrného zkreslení společensky přijatelnějším směrem. Hlavní rizika v našem případě snížila na minimum pečlivá příprava testové baterie a provedení předvýzkum, viz podkapitola 7.4. Zmíněnou testovou baterii, složenou ze dvou samostatných metod, nyní přiblíží body 7.1.1 a 7.1.2.

7.1.1 Dotazník vlastní konstrukce

Na základě dlouhodobého pozorování zde popisovaných skupin vytvořil autor této práce dotazník vlastní konstrukce, jehož položky si kladou za cíl získat základní informace o sledovaných skupinách. Dle obsahu jednotlivých položek se odvíjí také formát dotazníku, u kterého byla zohledněna maximální jednoduchost a snaha o získání co nejpodrobnějších informací v oblastech vytyčeného zájmu. Jednotlivé položky byly rovněž očíslovány a jejich znění doprovází upřesňující pokyny k administraci.

V první části nalezneme úvodní text popisující cíle studie, cílovou populaci (včetně vymezení věkového omezení), členění dotazníku a odhadovanou časovou náročnost. Součástí tohoto textu je také obeznámení s anonymitou, dobrovolností a zpracováním

osobních údajů včetně uvedení příslušných zákonných norem. Nechybí ani uvedení jména autora, zastřešující instituce a e-mailového kontaktu.

První část obsahuje také položky týkající se na pohlaví, věk, nejvyšší dosažené vzdělání a jméno skupiny, ve které byl dotazník otevřen. Poslední položka první části se dotazuje, zda je respondent ve skupině kvůli vlastním potížím, blízké osobě trpící psychickými obtížemi nebo snaze porozumět duševním obtížím v rámci studia či zaměstnání. Vzhledem ke značné odlišnosti těchto skupin vede odpověď na tuto položku k některým změnám u otázek ve druhé části.

Druhá část začíná stručným upřesněním termínu „odborník“, který se vyskytuje ve znění některých položek. Ten je pro potřeby této studie definován jako psycholog, psychiatr nebo psychoterapeut. Zbylá část instrukce upřesňuje chápání položek zaměřených na skupinu v případě, že je respondent členem více než jedné skupiny.

První dvě položky druhé části jsou polytomické. Zatímco první položka zjišťuje, jak dlouho je respondent členem dané skupiny, druhá položka se ptá na aktuální četnost návštěv. V případě, že je respondent členem více skupin, vypovídá o té, ve které bývá nejčastěji, na což ho upozornila již zmíněná instrukce. Znění otázek prezentuje tabulka 2 a tabulka 3.

Tabulka 2: Znění otázky 1 v dotazníku vlastní konstrukce

1. Členem skupiny jsem...
Doplňte jednu možnost.
...méně než 1 týden.
...1 týden až 1 měsíc.
...1 až 6 měsíců.
...6 měsíců až 1 rok.
...1 až 3 roky.
...více než 3 roky.

Tabulka 3: Znění otázky 2 v dotazníku vlastní konstrukce

2. V současné době skupinu navštěvuji...
Doplňte jednu možnost.
...několikrát denně.
...1× denně.
...několikrát týdně.
...1× týdně.
...několikrát za měsíc.
...1× měsíčně.
...několikrát za rok nebo méně.

Třetí položka, prezentovaná tabulkou 4, získává komplexní informace o typu využívání dané skupiny. Jedná se o položku Likertova typu, kde respondent vybírá odpověď dle míry souhlasu s daným tvrzením. Jelikož jde o relativně jednoznačné otázky, není zde použit tzv. střední stupeň odpovědi, což vede k rychlejší administraci, omezuje váhání nad zbytečně širokou škálou odpovědí a eliminuje možnost chybného pochopení této možnosti. Zároveň jde o polootevřenou otázku, díky čemuž je možné na konci položky napsat i jiné formy využívání skupiny. Po vytvoření této otázky bylo analyzováno zhruba 150 příspěvků z různých skupin, a ve všech případech bylo možné nalezené příspěvky zařadit do jedné z nabízených kategorií.

Tabulka 4: Znění otázky číslo 3 v dotazníku vlastní konstrukce

3. Skupinu využívám k...				
Na každém řádku vyberte jednu možnost.				
	Zcela nesouhlasím	Spíše nesouhlasím	Spíše souhlasím	Zcela souhlasím
...získávání informací o předepsaných lécích.				
...získávání informací o léčebných metodách.				
...získávání informací o projevech psychických onemocnění.				
...získávání kontaktů na konkrétní odborníky.				
...veřejným diskusím na nejrůznější témata.				
...soukromým konverzacím s konkrétními členy.				
...vypovídání se/sdílení vlastních názorů a zkušeností.				
Využíváte-li skupinu i k jiným účelům, odpověď můžete napsat zde:				

Otázky čtyři až dvanáct, prezentované tabulkou 5, představují polytomické položky Likertova typu. Ty v tomto případě nabízí i střední stupeň, který umožňuje vyřešit situace u složitějších a citlivějších otázek, u kterých se respondent nepřiklání ani na jednu stranu. Střední bod zde požadovala rovněž respondentka v rámci předvýzkumu, viz podkapitola 7.4.

Otázka čtyři a pět zjišťuje pocíťovanou důvěru ke skupině a odborníkům. Právě svépomocná skupina na sociální síti totiž může být cílovým místem pro ty, kteří z různých důvodů nedůvěřují odborné péči. S tím souvisí také otázka 6, která získává informaci o ověřování informací ze skupiny u odborníků. Vzhledem k tomu, že se ve skupině často řeší problematika předepsaných léků, ověřuje položka 7 vliv skupiny na důvěru v tyto léky. Osmá položka se zabývá často zmiňovanou bezradností členů skupiny, kteří ostatním chtějí

pomoci, ale nevědí jak na to. Z odpovědí lze uvažovat o potřebě odborníků v těchto skupinách. Devátá a desátá položka je zaměřena na roli správce, zatímco jedenáctá se ptá, zda by na místě správce nebyl preferován přímo odborník. Dvanáctá položka, prezentovaná výhradně členům, kteří jsou ve skupině kvůli vlastním problémům, zkoumá jimi vnímaný vliv skupiny na případné zlepšení psychického stavu.

Tabulka 5: Znění otázek 4 až 12 v dotazníku vlastní konstrukce

Na každém řádku vyberte jednu možnost.	Zcela nesouhlasím	Spíše nesouhlasím	Ani nesouhlasím, ani souhlasím	Spíše souhlasím	Zcela souhlasím
4. Ke skupině cítím dostatek důvěry, abych se v ní dokázal/a svěřit se svými problémy.					
5. K odborníkům cítím dostatek důvěry, abych se jim dokázal/a svěřit se svými problémy.					
6. Informace získané ve skupině konzultuji s odborníkem.					
7. Vlivem skupiny méně důvěřuji předepsaným lékům.					
8. Někdy chci ve skupině ostatním pomoci, ale nevím jak na to.					
9. Věřím, že by měl správce skupiny usměrňovat dění ve skupině.					
10. Přál/a bych si, aby správce skupinu usměrňoval více než nyní.					
11. Preferoval/a bych skupinu moderovanou odborníkem.					
12. Díky skupině se cítím psychicky lépe.					

Polytomické položky 13 až 19, prezentované tabulkou 6, se ptají na zdravotní anamnézu respondentů. Vzhledem k obsahu těchto otázek byly rovněž položeny jen členům, kteří jsou ve skupině kvůli vlastním potížím. Otázka 19 pak ověřuje, zda dříve zjišťovaný pokles důvěry v předepsané léky mohl vést i k omezení jejich užívání. Vzhledem k citlivosti těchto otázek byla z etických důvodů přidána možnost „Nechci odpovídat“.

Tabulka 6: Znění otázek 13 až 19 u členů, kteří jsou ve skupině kvůli vlastním potížím

Na každém řádku vyberte jednu možnost.	Ano	Ne	Nechci odpovídat
13. Diagnostikoval vám odborník psychické onemocnění?			
14. Byl/a jste v minulosti hospitalizován/a?			
15. Docházíte aktuálně na psychoterapii?			
16. Jste aktuálně v péči psychiatra?			
17. Máte předepsané léky na váš duševní stav?			
18. Předepsal vám tyto léky praktický lékař?			
19. Omezil/a jste na základě informací ze skupiny užívání předepsaných léků?			

Dvacátá položka, prezentovaná tabulkou 7, žádá o uvedení diagnózy, kterou stanovil odborník. Jedná se o jedinou nepovinnou otázku, na což je proband v instrukci rovněž patřičně upozorněn. Jelikož si probandi nemusí pamatovat oficiální název diagnózy, zatímco jiní pro změnu znají jen anglický termín nebo číselný údaj dle MKN-10, zůstala otázka otevřená. Zvažován byl také seznam všech dostupných diagnóz, šlo by ale o poměrně nepřehledné řešení, které by navíc pro respondenty bylo časově náročné. V případě seznamu hlavních kategorií MKN-10 by zase mohla být potíž v jejich příliš abstraktních názvech, u kterých laikovi nemusí být zřejmé, které diagnózy pod ně spadají. Jelikož se položka ptá přímo na diagnózu určenou odborníkem, lze ji v kombinaci s otázkou třináct využít i jako validizační škálu neboli lži skór. Tím lze odhalit chybné vyplnění dotazníku z důvodu nedostatečné pozornosti nebo zadávání náhodných odpovědí.

Tabulka 7: Znění otázky 20 u členů, kteří jsou ve skupině kvůli vlastním potížím

20. Stanovil-li vám odborník diagnózu psychického onemocnění, uveďte prosím její název.

Tato otázka není povinná.

Text odpovědi:

Jak bylo zmíněno již dříve, dotazník rozlišuje mezi třemi motivacemi účasti ve skupině, na základě které nabízí odlišné otázky. Smyslem tohoto opatření je zamezení pokládání nevhodných a zároveň citlivých otázek respondentům, kterých se otázky netýkají a zároveň zpřehlednění dotazníku pro tyto skupiny. Jeli respondent ve skupině kvůli vlastním potížím, zobrazí se mu všech dvacet výše uvedených otázek. Jeli ve skupině z jiného důvodu, zobrazí se mu pouze prvních jedenáct otázek, ke kterým se přiřadí jedna otázka navíc.

Tu prezentuje tabulka 8, a jejím cílem je zjistit vztah mezi respondentem a osobou, kvůli které člen ve skupině je. Tato otázka je polootevřená a vedle nabízených odpovědí proto nabízí možnost odpovědět libovolným textem.

Tabulka 8: Znění otázky 12 u členů, které ve skupině nejsou kvůli vlastním potížím

12. Jste-li ve skupině kvůli blízkým osobám, uveďte, o koho se jedná:
Jde-li o více osob, zvolte tu, která je pro vás největší motivací.

Partner/ka
Rodič
Vlastní dítě
Jiný rodinný příslušník
Kamarád/ka
Jiná odpověď:

Řazení položek odpovídá spojování obsahově podobných otázek do logických celků, při zohlednění analogické formy položek pro možnost rychlejší administrace. Mezi první položky byly řazeny takové, které lze označit za jednoduché, příjemné a zřetelně související s tematikou výzkumu (i z laického pohledu). To u respondentů umožňuje vzbudit zájem, důvěru a poskytnout přesvědčení o jejich schopnosti dané položky administrovat. Následuje hlavní sled otázek s mírně vyšší obtížností, na což teprve navazují otázky s potenciaálně citlivou tematikou.

7.1.2 Osobnostní inventář BFI-2-S

Výběr konkrétního osobnostního inventáře byl do značné míry zúžen existencí autorských práv, která u většiny existujících metod znemožňují jejich veřejné publikování v digitálním prostoru. Zvolena proto byla metoda BFI-2, která je veřejně dostupná i v českém jazyce, při čemž byly ověřeny také její psychometrické vlastnosti. S ohledem na počet otázek v dotazníku vlastní konstrukce a faktu, že popis osobnostních rysů je jen jeden z moha výzkumných úkolů, byla zvolena zkrácená verze BFI-2-S. Ta obsahuje 30 položek, její administrace je rychlá a psychometrické vlastnosti jsou více než uspokojivé, viz dále.

Základní informace o této metodě byly popsány již v podkapitole 3.3. Na tomto místě je proto věnována pozornost zejména základním psychometrickým vlastnostem českého znění metody, které ve studii ověřovala Hřebíčková et al. (2020).

Autorka metodu předložila 1733 studentům středních a vysokých škol ve věkovém rozmezí 15-26 let, s průměrným věkem 20,06 a směrodatnou odchylkou 2,53. Po šesti měsících metodu znovu vyplnilo 85 respondentů. Z výsledků vyplynulo, že škály BFI-2 vykazují uspokojivou míru vnitřní konzistence v rozmezí 0,81 až 0,89, s průměrnou hodnotou 0,85 pro Cronbachův koeficient alfa. Retestová reliabilita se pohybovala v rozmezí 0,81 až 0,90, s průměrnou hodnotou 0,80.

Pozorovat bylo možné i jisté rozdíly mezi skóry obou pohlaví. Ženy vykazovaly nepatrně nižší extraverci (Cohenovo $d = -0,02$), vyšší přívětivost ($d = 0,35$), vyšší svědomitost ($d = 0,14$), vyšší negativní emocionalitu ($d = 0,52$) a větší otevřenost mysli ($d = 0,10$). Dle komentáře Hřebíčkové et al. (2020) se pohlaví výrazněji neliší v případě extraverce, svědomitosti a otevřenosti mysli, zatímco se liší v míře přívětivosti a negativní emocionality.

Šedesáti-položková metoda BFI-2 v sobě obsahuje také položky dvou zkrácených verzí, konkrétně třiceti-položkové BFI-2-S a patnácti-položkové BFI-2-XS. Jak bylo zmíněno již výše, zde byla zvolena metoda BFI-2-S, která dle Hřebíčkové et al. (2020) rekonstruuje 91 % škálových skóre plné verze. Počítat je nicméně nutné s o něco nižší reliabilitou škál, která se pohybuje od 0,70 do 0,81, s průměrnou hodnotou 0,75. V případě retestové reliability jde pak o rozmezí 0,76 až 0,89, s průměrnou hodnotou 0,84. České znění metody BFI-2-S si lze prohlédnout v příloze č. 4, která zde byla umístěna se souhlasem docentky Hřebíčkové.

Jelikož zde citovaná studie uvádí pouze průměrné skóre jednotlivých škál u metody BFI-2, byli autoři studie osloveni s žádostí o poskytnutí průměrných hodnot v případě zkrácené verze BFI-2-S. Této žádosti bylo vyhověno.

7.1.3 Tvorba on-line testové baterie

Obě metody byly převedeny do online podoby prostřednictvím služby Formuláře Google (<https://docs.google.com/forms>), která umožňuje bezplatnou tvorbu, editaci i následnou administraci. Testová baterie byla rozdělena do tří sekcí, které se zobrazují samostatně a připomínají tak samostatné strany. První dvě části odpovídají dotazníku vlastní konstrukce, při čemž úvodní instrukce byla upravena tak, aby zohledňovala rovněž druhou metodu. Do instrukce bylo doplněno také upozornění na jistá specifika při administraci na mobilních zařízeních.

Třetí, a tedy poslední část obsahovala osobnostní inventář BFI-2-S, pod který byla umístěna otevřená otázka umožňující napsání libovolného komentáře či připomínky. Po

odeslání formuláře bylo zobrazeno potvrzení o přijatých datech, poděkování a znovu e-mailový kontakt na autora studie.

Pro každou skupinu na sociální síti Facebook, ve které byl dotazník publikován, byl vytvořen unikátní odkaz. Ten obsahoval předvyplněnou skupinu, ve které byl otazník otevřen, což umožnilo získání těchto informací bez toho, aby název skupiny vybíral samotný respondent. Názvy mnoha skupin jsou totiž velmi podobné a vzhledem k jejich velkému počtu by takový výběr byl také časově náročný.

Tabulka 9: Popis struktury testové baterie

Část testové baterie	Obsah
	Úvodní instrukce
Část 1	Sociodemografické údaje
	Zjištění hlavní motivace
	Vymezení vybraných termínů
Část 2	Hlavní sada otázek zaměřená na skupinu
	Otázky týkající se zdravotního stavu
Část 3	Osobnostní inventář BFI-2-S
	Možnost zpětné vazby
Po odeslání	Potvrzení, poděkování, kontakt

7.2 Výběr výzkumného souboru

Výběr výzkumného souboru probíhal ve dvou krocích. Nejdříve byla vybrána klíčová slova odpovídající názvům diagnóz či jejich nadřazeným kategoriím v sekci F00-F99 v 10. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí. Tyto klíčová slova byla následně použita při vyhledávání skupin na sociální síti Facebook.

Vzhledem k existenci vysokého počtu takových skupin byl výběr zúžen na skupiny, které v době hledání měly alespoň 100 členů. Vynechány byly také skupiny přímo zaměřené na okolí lidí trpících psychickými obtížemi, stejně jako nebyly vybrány skupiny spravované institucemi. Vybrané skupiny proto nebyly pod odborným vedením a ve volnějším pojetí je tak můžeme označit za skupiny svépomocné.

Kritériím vyhovělo 57 skupin, jejichž správci byli osloveni soukromou zprávou, která žádala o souhlas s účastí jejich skupiny v dané studii. Pokud měla skupina více správců, byl kontaktován ten, který byl ve skupině aktivní jako poslední. Pokud správce neodpověděl,

byl kontaktován správce následující. Správci 39 skupin souhlasili s uskutečněním studie, zatímco jeden správce naopak účast odmítl. Šlo o správce, který spravoval hned tři samostatné skupiny, ve kterých obratem publikoval příspěvky odsuzující studie zaměřené na duševní onemocnění. Tyto tři skupiny proto byly ze studie vyřazeny. Ve třech případech správce nereagoval a neumožnil ani vstoupení do skupiny, což účast těchto skupin znemožnilo.

Ve 12 případech správce nereagoval po dobu přesahující sedm kalendářních dnů, ačkoliv vstup do samotné skupiny umožnil. Nejpravděpodobnějším vysvětlením takové situace je zapadnutí soukromé zprávy do spamu, čehož si správce nebyl vědom. V těchto případech byl příspěvek s žádostí o účast ve studii zveřejněn po zmíněných 7 kalendářních dnech, ve kterých správce nereagoval, při čemž správce na zveřejnění příspěvku mohl dále reagovat.

V 11 případech na toto zveřejnění správci nereagovali nebo ho dodatečně podporovali (například dáváním liků a komentářů). V jednom případě správce příspěvek po hodině od publikování smazal se zdůvodněním, že studie neodpovídá účelu skupiny. Na žádnou komunikaci již dále nereagoval. Přestože v této skupině dotazník vyplnilo osm lidí, byla tato skupina vyřazena, jelikož účastníkům již nebylo možné nabídnout ani souhrnné výsledky. Celkem se tedy studie zúčastnilo 50 vybraných skupin, jejíž seznam lze najít v příloze 4. Seznam obsahuje také počet členů v momentě publikování příspěvku s žádostí o účast ve studii.

Druhý krok spočíval v publikování příspěvků s žádostí o zúčastnění se studie ve zmíněných skupinách na sociální síti Facebook. Vzhledem k legislativnímu rámci a citlivosti otázek mířících na duševní onemocnění, byla studie vyhrazena členům nad 18 let, na což byli účastníci upozorněni v úvodní instrukci i v příspěvku na Facebooku, při čemž nižší věk nebylo možné zadat ani v položce tazající se na věk. Z metodologického hlediska výběru vzorku se tedy jedná o samovýběr, u kterého je třeba počítat s tím, že se do studie přihlásí zejména jedinci s určitými charakteristikami, například vyšší mírou ochoty.

7.3 Popis výzkumného souboru

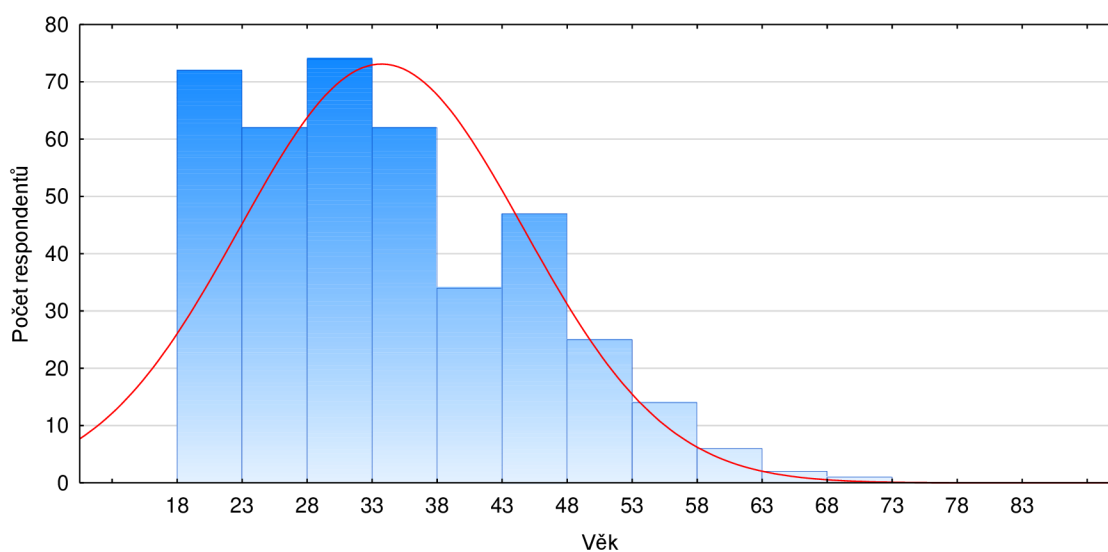
Po logické a formální kontrole dat bylo do výzkumného souboru zahrnuto 399 respondentů (N=399). Tabulka 10 prezentuje základní popisnou statistiku výzkumného souboru z hlediska věku a pohlaví. Povšimnou si lze zejména výrazného zastoupení žen (85,46 %), zatímco věkový průměr se napříč pohlavími pohybuje okolo 30-36 let.

Tabulka 10: Popisná statistika výzkumného souboru dle věku a pohlaví

Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost	Věk			
			Průměr	Sm. odch.	Minimum	Maximum
Muž	52	13,03 %	35,90	11,28	19	62
Žena	341	85,46 %	33,20	10,82	18	69
Ani jedno	6	1,50 %	30,33	9,83	18	45
Celkem	399	99,99 %	33,51	10,89	18	69

Vzhledem k existenci mnoha poznatků o nerovnoměrném využívání internetu (a sociálních sítí) napříč věkovými skupinami, byl vytvořen také histogram zobrazující tento fenomén u výběrového souboru. Jak zobrazuje obrázek 2, se stoupajícím věkem skutečně klesá počet respondentů ve výzkumném souboru.

Obrázek 2: Histogram věkové struktury výběrového souboru



Výzkumný soubor z pohledu nejvyššího dosaženého vzdělání dále popisuje tabulka 11. Z výsledků je patrné, že převažují absolventi střední školy s maturitou (43,36 %) a střední školy bez maturity (21,30 %), kteří dohromady tvoří 64,66 % vzorku.

Tabulka 11: Absolutní a relativní četnost dle pohlaví a nejvyššího dosaženého vzdělání

Nejvyšší dosažené vzdělání	Pohlaví			Absolutní četnost	Relativní četnost
	Muži	Ženy	Ani jedno		
Základní vzdělání	4	37	0	41	10,28 %
Střední škola bez maturity	18	65	2	85	21,30 %
Střední škola s maturitou	16	155	2	173	43,36 %
Vyšší odborná škola	2	12	0	14	3,51 %
Bakalářský titul	5	38	0	43	10,78 %
Magisterský nebo inženýrský titul	6	31	2	39	9,77 %
Doktorský titul nebo vyšší	1	3	0	4	1,00 %
Celkem	52	341	6	399	100 %

7.4 Předvýzkum

Zveřejnění dotazníků ve skupinách předcházela fáze předvýzkumu, v rámci kterého byla otestována jak funkčnost testové baterie v rámci Formulářů Google, tak srozumitelnost a jednoznačnost instrukcí, otázek a odpovědí. Účastníci byli požádáni, aby si všimli jakýchkoliv problémů či nejasností, a vše si pečlivě poznamenali pro možnost podrobného zhodnocení po dokončení testu. Předvýzkum zahrnoval 2 muže a 8 žen ve věkovém rozpětí 20 až 42 let. Nejvyšší dosažené vzdělání se pohybovalo od základní vzdělání po magisterský titul.

Dva respondenti poukázali na obtížné odpovídání u otázek číslo 4 až 12 v rámci čehož byl u této sekce do Likertovy škály přidán také prostřední bod. Další proband si vyžádal třetí, nebinární možnost pohlaví, která byla rovněž přidána. V jednom případě respondent připomínky neměl, ale z kontroly odpovědí se ukázalo, že byly využity jen dvě krajní možnosti odpovědí, které ležely na levé straně. Důvodem bylo použití mobilního zařízení s malým displejem, na kterém se tři možnosti na pravé straně zobrazují pouze při záměrném posunutí doprava. Z tohoto důvodu bylo do instrukce přidáno upozornění, že na mobilních zařízeních může být nutné posunout sloupec odpovědí pro zobrazení všech možností. Poslední respondent poukázal na příliš abstraktní slova v osobnostním inventáři, který však z pochopitelných důvodů nelze editovat. Předvýzkum probíhal po jednotlivcích, aby každá

připomínka mohla být ihned zvažena, zapracována a otestována na dalších účastnících. Data účastníků předvýzkumu následně nebyla zařazena do finální analýzy dat.

7.5 Průběh sběru dat

Vytvořenou testovou baterii bylo nutné publikovat v jednotlivých skupinách, k čemuž je zapotřebí účet na sociální síti Facebook. Vzhledem k tomu, že sociální síť Facebook v současné době podrobně ověřuje nově vytvořené účty, byla zvolena publikace daného příspěvku z účtu autora této studie.

Riziko ovlivnění studie takovým krokem z důvodu dřívějšího působení autora v těchto skupinách je nízké hned z několika důvodů. Za prvé autor studie v drtivé většině skupin nikdy neprojevil žádnou aktivitu, jelikož nebyl ani jejich členem. Ve zbylých případech pak šlo o mnoho měsíců starou aktivitu, která navíc nebyla v žádném ohledu výrazná či jakkoliv kontroverzní.

Vzhledem k tomu, že účastníkům byla nabídnuta pouze odměna ve formě skupinových výsledků, při čemž měli vyplňovat hned dva po sobě jdoucí dotazníky, existovalo reálné riziko nedostatku získaných respondentů. Z celkového počtu členů daných skupin navíc nebylo možné určit, kolik jich je starších 18 let a kolik jich je přítomno ve více skupinách najednou. Ve skupinách se stovkami až tisíci členy navíc příspěvek autora této studie mohl snadno zapadnout pod novějšími příspěvky jiných členů.

To vše vedlo k rozhodnutí postupného publikování příspěvku v různých skupinách v různých dnech. Zvýšila se tak pravděpodobnost, že členové více skupin příspěvek alespoň jednou uvidí. To mohlo hrát důležitou roli i v případech, kdy někteří členové skupiny nenavštěvují příliš často.

Určité riziko představovala také možnost psaní komentářů pod příspěvkem s žádostí o zúčastnění se studie. Pokud by zde členové vkládali negativní komentáře ohledně této studie, mohlo by to vést ke zkreslení výsledků či omezené ochotě jiných členů k účasti. Na straně druhé by i při zakázání takových komentářů členové mohli reagovat pomocí smajlíků a vytváření jiných příspěvků hovořících o této studii, které by bylo vzhledem k celkovému počtu skupin obtížné monitorovat. Na zákaz komentářů by navíc mohli negativně reagovat také správci.

Z tohoto důvodu byly komentáře povoleny, což několik účastníků využilo k dotazu na zadavatele či cíle studie. Ačkoliv tyto informace nabízela úvodní instrukce v první části

testové baterie, byly těmto respondentům informace podány v řádu několika minut. V jednom případě účastnice napsala, že nesouhlasí s tím, že by odborník byl pouze psycholog, psychiatr nebo psychoterapeut. Zde bylo odpovězeno, že tato zjednodušená definice slouží pouze pro potřeby této konkrétní studie, na což již nereagovala. Všechny ostatní komentáře se dále týkaly pouze informace, že danou testovou baterii vyplnili. Právě takové chování bylo očekáváno a může být chápáno jako motivace k účasti, neboť se respondent může pochlubit svou ochotou a ukázat se tak veřejně v pozitivním světle. Zároveň takové komentáře mohly motivovat jiné členy k účasti.

V jednom případě bylo během několika vteřin po publikaci příspěvku s žádostí o zúčastnění se studie zjištěno, že daný odkaz je sice funkční, ale nevyplňuje skupinu, ve které byl dotazník otevřen. To bylo dáno tím, že odkaz končící názvem skupiny měl na konci tečku, což sociální síť Facebook přeložila jako obyčejný text (nikoliv součást odkazu). Tento odkaz byl opraven v řádu sekund, zatímco v mezidobí dotazník nevyplnil žádný respondent.

Po deseti dnech od publikování studie v poslední vybrané skupině došlo k invazi Ruské federace na Ukrajinu, což téměř ve všech pozorovaných skupinách vedlo k výrazným projevům strachu, smutku a jiných negativních emocí. Mnozí členové avizovali významné zhoršení svých psychických problémů. V tomto bodě hrozila výrazná kontaminace nových odpovědí, například ve škále negativní emocionality u osobnostního inventáře BFI-2-S. S ohledem na to, že již několik dnů nepřibývaly žádné odpovědi, byl tedy sběr dat ukončen.

Odkaz, který vede na online testovou baterii, nicméně zůstává stále funkční. Po jeho rozkliknutí je uživateli poděkováno za jeho zájem o danou studii, nicméně je vzápětí informován, že sběr dat byl již ukončen. Také je zde uveden e-mailový kontakt na autora studie, aby jej mohli zájemci z jakéhokoliv důvodu kontaktovat.

Návratnost se u jednotlivých skupin pohybovala od 0 do 4,08 % s průměrnou hodnotou 0,58 %. Tato hodnota má ale pouze orientační charakter, a to hned ze dvou důvodů. Za prvé není znám údaj, kolik členů z dané skupiny je starší 18 let a kolik se jich tedy mohlo zapojit. Druhá výtká se týká postupného zveřejňování dotazníku v různých skupinách, což u některých členů mohlo vést k účasti ve skupině, kde byl dotazník uveden dříve.

7.6 Etická hlediska a ochrana soukromí

Vzhledem k publikaci testové baterie z osobního účtu na sociální síti Facebook mohlo dojít ke střetu rolí vůči autorovi studie u lidí, kteří jej nějakým způsobem znají. Toto riziko do značné míry eliminoval samotný předvýzkum, kterého se zúčastnili v podstatě všichni členové, kteří autora znají, čímž se vyřadili z konečného výzkumu.

Z etického hlediska byla zvažována také doba, která bude správcům skupiny dána na možnost odpovědět na zasloupanou zprávu s žádostí o zúčastnění se studie. V mnoha případech totiž bylo nutné postupně kontaktovat tři a více správců, což mohlo průběh studie neúměrně prodloužit. Každý správce tak na odpověď dostal nejméně 7 kalendářních dnů, při čemž mnoho z nich mělo časovou dotaci delší. Současně platilo, že i po publikování příspěvku s žádostí o zúčastnění se studie mohl správce tento příspěvek kdykoliv smazat a účast skupiny tak zvrátit.

Ošetřeny byly také některé citlivější otázky, které se ptají na zdravotní anamnézu respondentů. Ve všech takových případech měl respondent možnost otázku buď zcela vynechat (případ otázky 20), případně zadat možnost „Nechci odpovídat“ (případ otázek 13 až 19).

Významnou etickou problematikou je rovněž ochrana osobních údajů, tedy údajů umožňující identifikovat konkrétní účastníky studie. Tuto problematiku upravuje zejména zákon č. 110/2019 Sb. o zpracování osobních údajů a Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 neboli GDPR. Mezi takové údaje patří také IP adresy a data zaznamenaná jako cookies v prohlížeči. Služba Google Formuláře nicméně IP adresy účastníků nezaznamenává a zároveň byla služba nastavena tak, aby neuchovávala žádná vložená data z administrace. Pokud tak účastník z jakéhokoliv důvodu zavřel okno s formulářem nebo formulář otevřel znovu, všechna dříve zadaná data zde chyběla. To znemožnilo například čtení dat, které na daném přístroji někdo zadal před současným uživatelem.

Ačkoliv všechna sbíraná data byla zcela anonymní a nebyla uložena žádná informace poukazující na konkrétní jedince, museli všichni účastníci této studie udělit informovaný souhlas. Respondenti byli poučeni o povaze výzkumného projektu, získali informace o cílech studie, cílové populaci i časové náročnosti. Obeznamení byli o své anonymitě, dobrovolné účasti a nutnosti zpracování osobních údajů, při čemž citovány byly také příslušné zákonné normy. Samozřejmostí bylo uvedení jméno autora studie, zastřešující

instituce a kontaktu, který byl uveden na začátku i konci studie. Účastníkům byla přislíbena také odměna formou skupinových výsledků s informací, že budou zveřejněny v daných skupinách.

8. Práce s daty a její výsledky

Tato kapitola prezentuje způsob vyhodnocení dat a samotné výsledky, které v důležitých bodech doplňuje i náležitý komentář. Řazení výsledků zároveň odpovídá řazení otázek v již zmíněné testové baterii. Nejdříve jsou proto zobrazeny odpovědi na dotazník vlastní konstrukce, na což navazují výsledná data osobnostního inventáře BFI-2-S.

Do studie se zapojilo celkem 430 respondentů. Dva z nich byli vyřazeni na základě závěrečného komentáře, ve kterém zmiňovali technické potíže či výrazné problémy s rozhodováním vlivem momentálního zdravotního stavu. Další dva probandi byli vyřazeni na základě zadání diagnózy v textovém poli, zatímco u předchozí položky zadali, že žádnou diagnózu nemají (v obou případech šlo o diagnózu stanovenou odborníkem). Jejich odpovědi tak poukazovaly na nedbale vyplněný dotazník či nevěnování dostatku pozornosti instrukcím. Jak bylo zmíněno již dříve, osm respondentů bylo vyřazeno na základě vyřazení celé skupiny ze studie kvůli smazání příspěvku samotným správcem. Vyřazeno bylo také 19 probandů, kteří na všechny otázky v dotazníku odpovídali prostřednictvím dvou až tří odpovědí umístěných nalevo. Pravděpodobně totiž využili mobilní telefon a nepřečetli si pozorně úvodní instrukci, která upozorňuje, že u mobilních zařízeních bývá nutné posunout sloupec odpovědí pro zobrazení všech možností. Tento problém se v jednom případě vyskytl také v pilotní studii. Celkem tak bylo vyřazeno 31 dotazníků, na základě čehož jich zbylo 399.

8.1 Dotazník vlastní konstrukce

Odpovědi na otázky z první části baterie týkající se sociodemografické struktury výzkumného souboru byly zodpovězeny již v podkapitole 7.3 Popis výzkumného souboru. Tato kapitola proto věnuje pozornost položkám zbývajícím.

Tabulka 12 dále zobrazuje zastoupení hlavních důvodů členství ve skupině, kde dle dřívějších předpokladů převažuje motivace vlastních potíží (85,71 %). Zanedbatelného podílu nicméně nedosahují ani zbylé dvě skupiny.

Tabulka 12: Základní popisná statistika dle pohlaví a motivace ke členství

Důvod členství ve skupině	Pohlaví	Absolutní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Kvůli vlastním potížím	Muži	44	342	85,71 %
	Ženy	292		
	Ani jedno	6		
Blízká osoba, která trpí psychickými potížemi	Muži	2	30	7,52 %
	Ženy	28		
Snaha porozumět duševním obtížím v rámci studia či zaměstnání	Muži	6	27	6,77 %
	Ženy	21		

První otázka druhé části testové baterie zjišťovala dobu členství v dané skupině. Tabulka 13 zobrazuje četnosti jednotlivých odpovědí, mezi kterými si lze povšimnout zejména převahy odpovědí v kategorii *1 až 6 měsíců* (32,33 %), *1 až 3 roky* (26,82 %) a období mezi nimi – *6 měsíců až 1 rok* (18,05 %). Většina probandů tak je ve skupině řádově měsíce až roky.

Tabulka 13: Absolutní a relativní četnost odpovědí u otázky číslo 1

1. Členem skupiny jsem...	Absolutní četnost	Relativní četnost
...méně než 1 týden	14	3,51 %
...1 týden až 1 měsíc.	34	8,52 %
...1 až 6 měsíců	129	32,33 %
...6 měsíců až 1 rok.	72	18,05 %
...1 až 3 roky	107	26,82 %
...více než 3 roky.	43	10,78 %

Tabulka 14 na další straně prezentuje četnosti odpovědí u otázky číslo 2. Z výsledků lze vyčíst, že nejvíce respondentů skupinu navštěvuje několikrát týdně (33,08 %), 1× denně (22,56 %) nebo dokonce několikrát denně (18,30 %).

Tabulka 14: Absolutní a relativní četnost odpovědí u otázky číslo 2

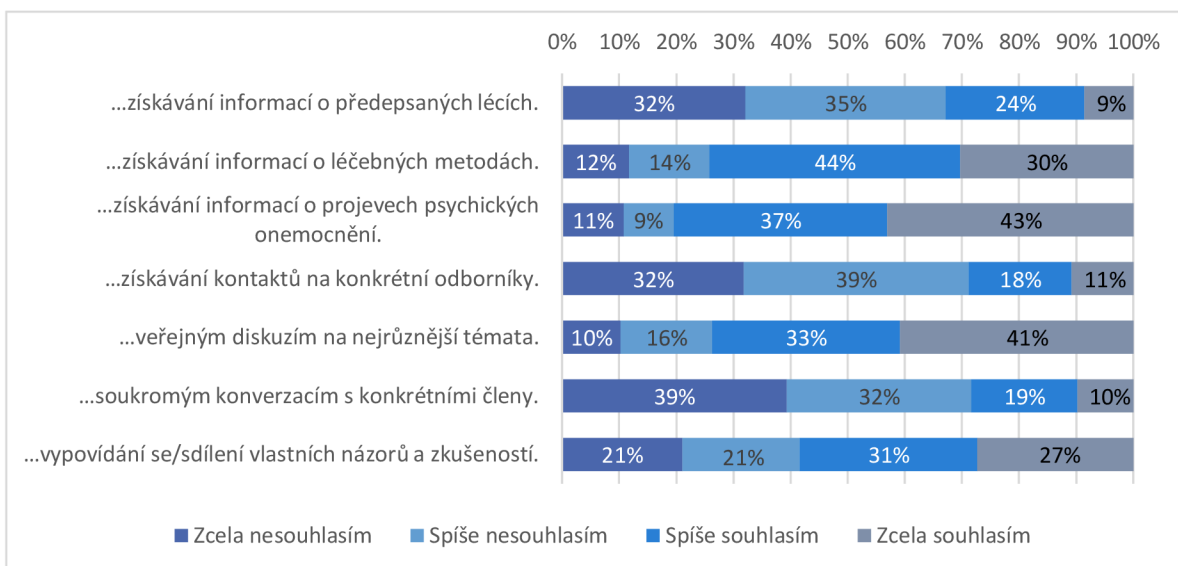
2. V současné době skupinu navštěvují...	Absolutní četnost	Relativní četnost
...několikrát denně.	73	18,30 %
...1× denně.	90	22,56 %
...několikrát týdně.	132	33,08 %
...1× týdně.	45	11,28 %
...několikrát za měsíc.	39	9,77 %
...1× měsíčně.	16	4,01 %
...několikrát za rok nebo méně.	4	1,00 %

Tabulka 15 a graf na obrázku 3 prezentují výsledky u otázky číslo tři, při čemž hodnoty v grafu jsou pro lepší přehlednost zaokrouhleny na celá čísla. Ta mapuje, k jakému účelu je skupina využívána. V první řadě převažuje získávání informací o projevech psychických onemocnění (80,45 %), získávání informací o léčebných metodách (74,19 %) a veřejné diskuze na nejruznější témata (73,68 %) a K čemu skupina naopak příliš využívána není, jsou soukromé konverzace s konkrétními členy (28,32 %), získávání kontaktů na konkrétní odborníky (28,82 %) a získávání informací o předepsaných lécích (32,83 %).

Tabulka 15: Absolutní četnost odpovědí u otázky číslo 3

3. Skupinu využívám k...	Zcela	Spíše	Spíše	Zcela
	nesouhlasím	nesouhlasím	souhlasím	souhlasím
...získávání informací o předepsaných lécích.	128	140	97	34
...získávání informací o léčebných metodách.	47	56	175	121
...získávání informací o projevech psychických onemocnění.	43	35	149	172
...získávání kontaktů na konkrétní odborníky.	127	157	72	43
...veřejným diskusím na nejruznější témata.	41	64	131	163
...soukromým konverzacím s konkrétními členy.	157	129	74	39
...vypovídání se/sdílení vlastních názorů a zkušeností.	84	82	124	109

Obrázek 3: Relativní četnost odpovědí u volné odpovědi otázky číslo 3



Součástí třetí otázky bylo také textové pole s možností zaznamenat i jiné účely, ke kterým daný respondent skupinu využívá. Tuto možnost využilo 25 dotázaných, při čemž ve dvou případech odpovědi zcela odpovídaly již nabízeným kategoriím. Většina odpovědí vykazovala vzájemné podobnosti, což umožnilo jejich zařazení do k tomuto účelu vytvořených kategorií. Ve jednom případě odpověď obsahovala odpovědi více a jeden respondent tak byl zařazen do dvou kategorií. Vše zobrazuje tabulka 16.

Tabulka 16: Absolutní četnosti odpovědí u volné odpovědi otázky číslo 3

n	Název kategorie	Popis kategorie
7	Není sám/a, kdo má ten problém	Získání pocitu, že člen není jediný, kdo řeší podobný problém
6	Pomoc ostatním	Snaha zúročit své znalosti a zkušenosti pro pomoc ostatním členům
3	Spravování skupiny	Spravování skupiny z pozice správce
2	Řešení problému	Hledání řešení daného problému
2	Získání poznatků o skupině a ostatních členech	Získávání informací o jiných členech v rámci studia či zvědavosti, jaké informace společnost má
2	Získání naděje	K získání naděje, povzbuzení a energie
2	Nezařazeno	Zde spadají odpovědi "zvědavost" a "získání přehledu o vzdělávání a dostupných službách"

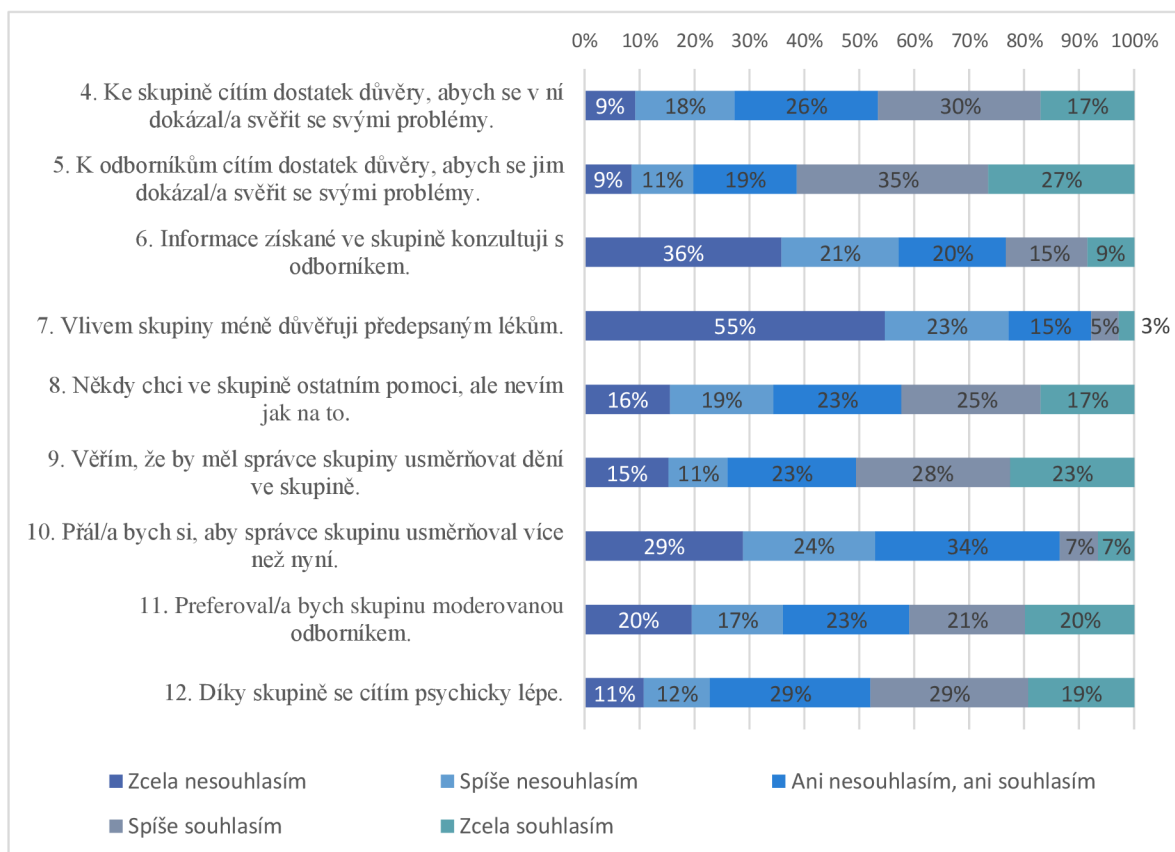
Tabulka 17 popisuje absolutní četnost odpovědí u otázek 4 až 12, zatímco graf na obrázku 4 zobrazuje četnosti relativní. Zajímavé může být srovnání otázek 4 a 5, kde se projevil jistý rozdíl mezi důvěrou vůči skupině (46,62 %) a odborníkům (61,40 %). Dle otázky 6 pak jen 23,31 % členů získané informace konzultuje s odborníkem. Z hlediska psychiatrické péče je důležitá otázka 7, kde 7,77 % členů zadalo, že vlivem skupiny méně důvěřuje předepsaným lékům.

Otázka 8 poukazuje na četnost situace, kdy chce člen ostatním ve skupině pomoci, ale neví, jak na to (stává se 42,36 % členům). Z otázky 9 zase vyplývá, že 26,07 % členů je proti názoru, že by měl správce skupinu skutečně moderovat. Stejně tak si většina členů (52,88 %) myslí, že by správce skupinu neměl moderovat více než nyní, zatímco pouze 13,53 % by uvítalo větší aktivitu. Odborná veřejnost by pak měla věnovat zvýšenou pozornost otázce 11, dle které by 40,85 % dotázaných preferovalo skupinu vedenou odborníkem. Poslední otázka v této sekci byla položena pouze respondentům, kteří jsou ve skupině kvůli vlastním potížím. Z 342 takových respondentů pouze 47,95 % udalo pozitivní vliv skupiny na své psychické zdraví, což je zajímavé vzhledem k tomu, že členství ve skupině je zcela dobrovolné a u většiny členů není zrovna krátkodobé (viz otázka 1).

Tabulka 17: Absolutní četnost odpovědí u otázek 4 až 12

Znění otázky	Zcela nesouhlasím	Spíše nesouhlasím	Ani nesouhlasím, ani souhlasím	Spíše souhlasím	Zcela souhlasím
4. Ke skupině cítím dostatek důvěry, abych se v ní dokázal/a svěřit se svými problémy.	37	72	104	118	68
5. K odborníkům cítím dostatek důvěry, abych se jim dokázal/a svěřit se svými problémy.	34	45	75	139	106
6. Informace získané ve skupině konzultuji s odborníkem.	143	85	78	59	34
7. Vlivem skupiny méně důvěřuji předepsaným lékům.	218	90	60	20	11
8. Někdy chci ve skupině ostatním pomoci, ale nevím jak na to.	62	75	93	101	68
9. Věřím, že by měl správce skupiny usměrňovat dění ve skupině.	61	43	93	112	90
10. Přál/a bych si, aby správce skupinu usměrňoval více než nyní.	115	96	134	28	26
11. Preferoval/a bych skupinu moderovanou odborníkem.	78	66	92	84	79
12. Díky skupině se cítím psychicky lépe.	37	41	100	98	66

Obrázek 4: Relativní četnost odpovědí u otázek 4 až 12

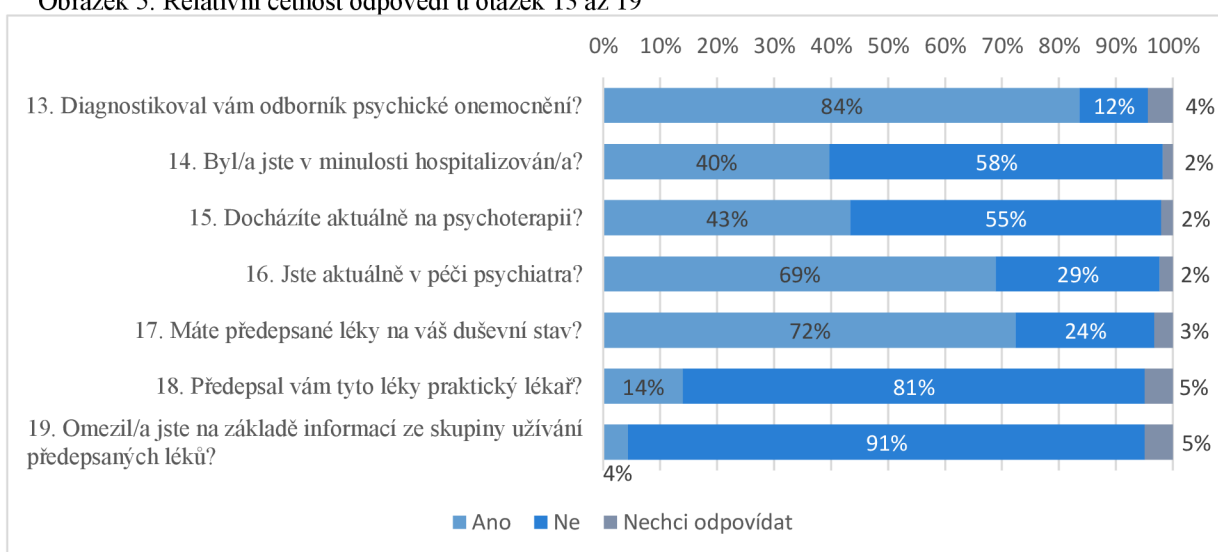


Tabulka 18 a obrázek 5 na další straně zobrazuje výsledky pro otázky 13 až 19, které se taktéž týkaly pouze členů, kteří jsou ve skupině kvůli vlastním potížím. 83,63 % z nich zadalo, že mají diagnostikované psychické onemocnění a 39,77 % již bylo také hospitalizováno. Zajímavé tak je, že zatímco 68,91 % probandů je v péči psychiatra, pouze 43,40 % jich dochází na psychoterapii. Nejméně 72,43 % dotázaných má předepsané léky na duševní stav, z čehož 13,57 % je má od praktického lékaře (počítáno u členů, kteří mají předepsané léky či na tuto otázku nechtěli odpovědět). Z hlediska psychiatrické péče je důležité také to, že 4,39 % probandů omezilo užívání léků na základě informací ze skupiny, při čemž dalších 4,97 % to odmítlo komentovat.

Tabulka 18: Absolutní četnost odpovědí u otázek 13 až 19

Znění otázky	Ano	Ne	Nechci odpovídat
13. Diagnostikoval vám odborník psychické onemocnění?	286	41	15
14. Byl/a jste v minulosti hospitalizován/a?	136	200	6
15. Docházíte aktuálně na psychoterapii?	148	186	7
16. Jste aktuálně v péči psychiatra?	235	98	8
17. Máte předepsané léky na váš duševní stav?	247	83	11
18. Předepsal vám tyto léky praktický lékař?	35	210	13
19. Omezil/a jste na základě informací ze skupiny užívání předepsaných léků?	15	310	17

Obrázek 5: Relativní četnost odpovědí u otázek 13 až 19



Dvacátá otázka byla nepovinná a znovu se týkala pouze členů, kteří jsou ve skupině kvůli vlastním potížím. Respondenti byli požádáni o napsání přesné diagnózy, čemuž vyhovělo 224 (65,5 %) z nich. Do tohoto počtu nejsou započítány dvě odpovědi, u kterých nebylo rozpoznáno, o jakou diagnózu jde. 94 odpovídajících navíc uvedlo více než jednu diagnózu.

Tabulka 19 prezentuje, do jakých diagnostických okruhů se dle MKN-10 respondenti zařadili. Pokud respondent uvedl více onemocnění ze stejného okruhu, byl v daném okruhu započítán pouze jednou. Pokud uvedl onemocnění z více okruhů, byl započítán do každého z těchto okruhů. V celkovém výzkumném souboru s 399 lidmi tak nejpravděpodobněji narazíme na členy z okruhu Neurotické, stresové a somatoformní poruchy (32,58 %), Afektivní poruchy (17,54 %) a Poruchy osobnosti a chování u dospělých (15,04 %).

Tabulka 19: Kumulativní a relativní zastoupení okruhů diagnóz

Hlavní kategorie dle MKN-10	Kumulativní četnost	Podíl z výzkumného souboru
Neurotické, stresové a somatoformní poruchy	130	32,58 %
Afektivní poruchy (poruchy nálady)	70	17,54 %
Poruchy osobnosti a chování u dospělých	60	15,04 %
Poruchy psychického vývoje	12	3,01 %
Poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a v dospívání	11	2,76 %
Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy	10	2,51 %
Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory	8	2,01 %
Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek	5	1,25 %
Organické duševní poruchy včetně symptomatických	1	0,25 %

Tabulka 20 na další straně dále přibližuje nejčastěji uvedené diagnózy, které jsou pro větší přehlednost znovu seskupeny do diagnostických okruhů dle MKN-10. Vzhledem k velkému počtu diagnóz, které se vyskytovaly v jednotkách případů, tabulka obsahuje pouze diagnózy s četností větší než 5.

Tabulka 20: Kumulativní četnost nejčastěji udávaných diagnóz

Hlavní kategorie dle MKN-10	Diagnóza	Kumulativní četnost
Afektivní poruchy (poruchy nálady)	Deprese (bez upřesnění)	32
	Bipolární afektivní porucha	25
	Depresivní epizoda středně těžká	7
	Periodická depresivní porucha	5
Neurotické, stresové a somatoformní poruchy	Panická porucha	47
	Generalizovaná úzkostná porucha	23
	Úzkostná porucha	20
	Smíšená úzkostná a depresivní porucha	19
	Sociální fobie	16
	Obsedantně-kompulzivní porucha	15
	Agorafobie	13
	Porucha přizpůsobení	6
Poruchy osobnosti a chování u dospělých	Emočně nestabilní porucha osobnosti – typ hraniční	44
	Emočně nestabilní porucha osobnosti (bez upřesnění)	10
Poruchy psychického vývoje	Aspergerův syndrom	11
	Porucha aktivity a pozornosti	10

V osmi případech respondenti zadali diagnózu ADHD a v jednom případě diagnózu ADD. Ačkoliv tyto diagnózy v MKN-10 přímo nenalezneme, řada autorů je řadí pod F90 – Poruchy aktivity a pozornosti (Orel, 2020; Příhodová, 2011; Walker, 2013). Luchavová (2017) připomíná, že ačkoliv byla diagnostická kritéria pro poruchy z kategorie F90 vytvořena primárně pro děti, příznaky dospělých bývají často obdobné. Existence diagnostických kritérií v páté edici The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) současně naznačuje, že taková diagnostika má význam i u dospělé populace. U našich respondentů zároveň existuje možnost, byť méně pravděpodobná, že diagnózu získali v zahraničí. V této studii jsou proto obě diagnózy zařazeny pod kategorii Poruchu aktivity a pozornosti.

Respondenti, kteří v úvodu dotazníku neuvedli, že jsou ve skupině kvůli vlastním potížím, dostali jako dvanáctou otázku „*Jste-li ve skupině kvůli blízkým osobám, uveďte, o koho se jedná. Jde-li o více osob, zvolte tu, která je pro vás největší motivací.*“. Na tuto otázku odpovědělo 36 respondentů, při čemž 33 z nich využilo připravené kategorie, zatímco

další 3 využili textové kolonky pro napsání vlastní odpovědi. Odpovědi „všichni“, „nikdo“ a „poznání více sebe“ nicméně nebylo dále vyhodnoceno. Výsledky zbývajících 33 odpovědí pak zobrazuje tabulka 21. Relativní četnost se týká poměru k lidem, kteří ve skupině byli kvůli blízké osobě. Největší motivací jsou zejména vlastní děti (38,89 %, partner/ka (27,78 %) a jiný rodinný příslušník (8,33 %).

Tabulka 21: Absolutní a relativní četnosti otázky týkající se blízké osoby

Znění odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vlastní dítě/děti	14	38,89 %
Partner/ka	10	27,78 %
Kamarád/ka	6	16,67 %
Jiný rodinný příslušník	3	8,33 %

8.2 Osobnostní inventář BFI-2-S

Tato podkapitola pojednává o zpracování dat a samotných výsledcích osobnostního inventáře BFI-2-S. Vyhodnocení metody proběhlo dle instrukcí Hřebíčkové et al. (2020), kde každé odpovědi nejdříve bylo přiřazeno číslo 1 až 5, načež byl využit klíč k získání hrubého skóru. Tento klíč určuje, kterých 6 odpovědí je třeba zprůměrovat, aby výsledek udával hrubý skór jedné konkrétní škály.

Některé položky BFI-2-S jsou přitom inverzní a bylo tak nutné je převést dle vzorce $X_r = (MAX+MIN) - X$. X v našem případě značí původní hodnotu, Min nejnižší možnou hodnotu (zde 1) a Max nejvyšší možnou hodnotu (zde 5).

Hlavním cílem použití této metody bylo ověřit odlišnost výzkumného souboru od normální populace. K tomuto účelu byly použity průměrné hodnoty metody BFI-2-S ze studie Hřebíčkové a kol. (2020), viz podkapitola 7.1.2. Jelikož tyto hodnoty byly získány ze vzorku ve věkovém rozpětí 18-26 let, bylo toto rozpětí použito i v případě naší analýzy, což eliminovalo možné rozdíly z hlediska věku. Skóry škál pětifaktorového modelu se totiž na základě věku mohou výrazně lišit. Hřebíčková (2010) zmiňuje studii McCrae et al. (2000), do které byli zahrnuti i čeští respondenti, a která poukazuje na významné rozdíly na škále přívětivosti mezi různými věkovými kategoriemi. Věkový průměr našeho podsouboru činil 21,93 let se směrodatnou odchylkou 2,58.

Tabulka 22: Četnost respondentů ve věku 18-26 let dle pohlaví a vzdělání

Nejvyšší dosažené vzdělání	Pohlaví			Absolutní četnost	Relativní četnost
	Muži	Ženy	Ani jedno		
Základní vzdělání	2	23	0	25	20,00 %
Střední škola bez maturity	3	20	1	24	19,20 %
Střední škola s maturitou	8	51	2	61	48,80 %
Vyšší odborná škola	0	1	0	1	0,80 %
Bakalářský titul	0	11	0	11	8,80 %
Magisterský nebo inženýrský titul	1	2	0	3	2,40 %
Doktorský titul nebo vyšší	0	0	0	0	0,00 %
Absolutní četnost	14	108	3		
Relativní četnost	11,20 %	86,40 %	2,40 %		

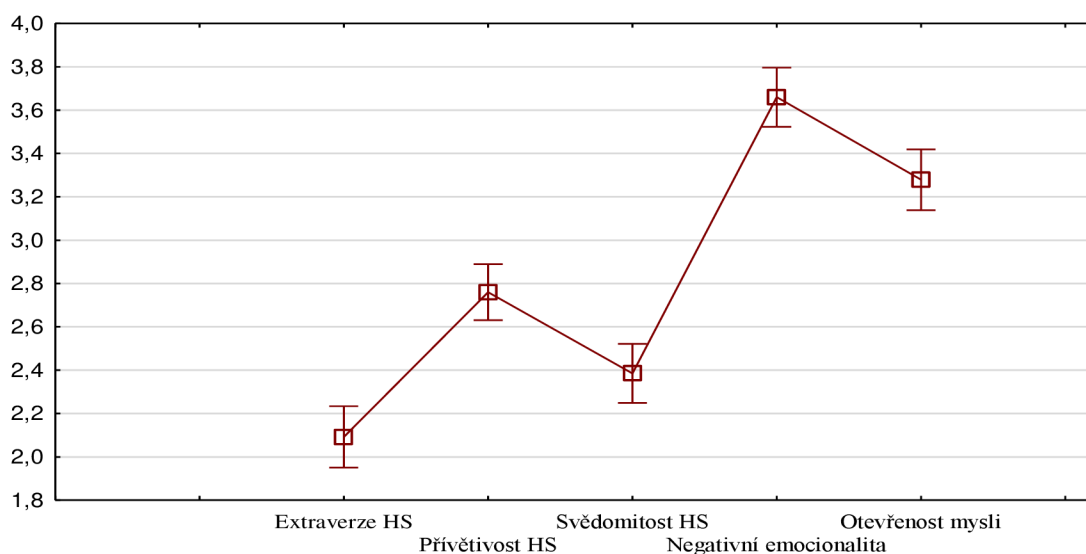
Hrubý skór každé z pěti škál byl za pomoci programu Statistica (IBCO Software Inc., 2020) zobrazen na krabicovém grafu neboli box-plotu, na kterém byly patrné celkem tři odlehlá pozorování. Šlo o hodnoty přesahující 1,5násobek mezikvartilového rozpětí, odpovídající výpočtu 1,5krát (Q3–Q1). Dotazníky těchto respondentů byly zkontrolovány a byly shledány jako platné.

Popisnou statistiku již zkontrolovaných dat zobrazuje tabulka 23, zatímco přehlednější zobrazení průměrů jednotlivých škál včetně konfidenčních intervalů nabízí obrázek 5. Ačkoliv škály negativní emocionalita a otevřenost mysli na grafu ostatní škály výrazně převyšují, ve srovnání s běžnou populací je vyšší pouze průměr negativní emocionality, zatímco škály extraverze, přívětivosti a svědomitosti jsou výrazně pod průměrnými hodnotami.

Tabulka 23: Popisná statistika škál BFI-2-S u výzkumného souboru a normální populace

Škála	Výzkumný soubor					Běžná populace		
	n	Průměr	Sm. odch.	Minimum	Maximum	N	Průměr	Sm. odch.
Extraverze	125	2,09	0,80	0,50	4,33	1420	3,23	0,77
Přívětivost	125	2,76	0,73	1,00	4,50	1420	3,46	0,66
Svědomitost	125	2,39	0,77	0,50	4,50	1420	3,29	0,70
Negativní emocionalita	125	3,67	0,77	1,33	4,50	1420	3,00	0,82
Otevřenost mysli	125	3,28	0,79	1,17	4,50	1420	3,54	0,72

Obrázek 5: Aritmetický průměr s 95% konfidenčními intervaly u hlavních škál BFI-2-S



Za účelem porovnání zadaných konstant s metrickými proměnnými byl zvolen jednovýběrový t-test. Ten testovací statistiku t počítá na základě standardizované rozdílnosti mezi průměrnou hodnotou u výzkumného souboru a předpokládanou konstantou dle nulové hypotézy (Hendl, 2021).

Použití t-testu je nicméně podmíněno normálním rozdělením, na základě čehož byl u všech škál zobrazen histogram a použity tři testy normality. Ty ověřují nulovou hypotézu $X \sim N(\mu, \sigma^2)$, která jinými slovy říká, že se rozdělení náhodné veličiny neliší od rozdělení normálního.

Konkrétně byl zvolen test Kolmogorův-Smirnovův, Lillieforsův a Shapirův-Wilkův. První dva zmíněné sice vycházejí ze stejné testové statistiky, jistý rozdíl mezi nimi ale přece jen je. Zatímco Kolmogorův-Smirnovův je obecným testem, který koumá jakýkoliv typ rozdělení, Lillieforsova adaptace se týká přímo normálního rozdělení (Hendl, 2006). Shapirův-Wilkův test naproti tomu bývá z celé této trojice nejsilnější a lze jej proto považovat za test první volby (Dostál, n.d.). Tentýž autor nicméně upozorňuje, že s rostoucí velikostí souboru roste i citlivost těchto testů. V momentě, kdy soubor čítá vyšší desítky respondentů, již citlivost může být příliš vysoká a k zamítnutí hypotéz o normálním rozdělení tak stačí i menší vychýlení. Výsledky testů normality v tabulce 24 tak musíme brát s jistou rezervou.

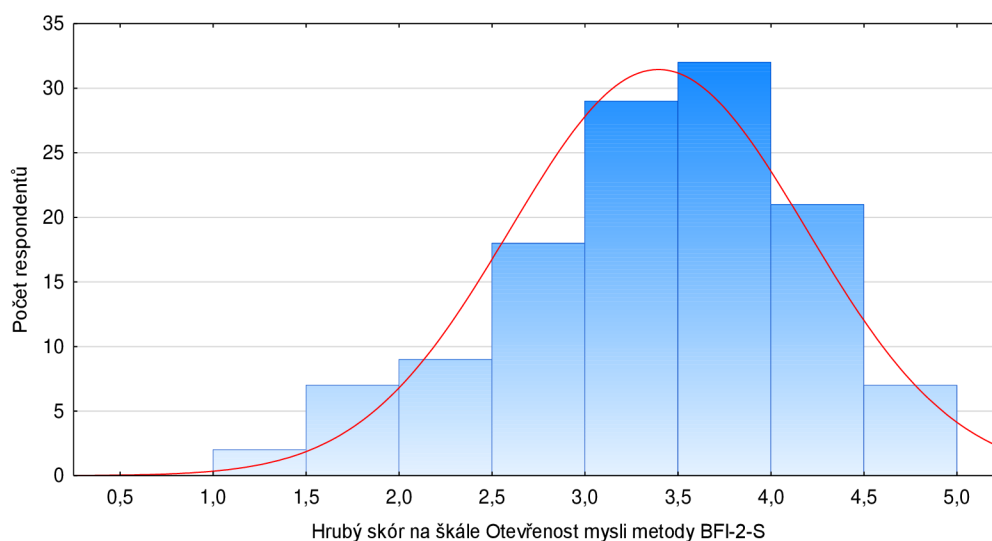
Tabulka 24: Výsledky testů normality u hlavních škál BFI-2-S

Škála	n	max D	K-S p	Lilliefors p	W	p
Extraverze	125	0,10	<0,20	<0,01	0,98	0,052
Přívětivost	125	0,09	>0,20	<0,01	0,99	0,316
Svědomitost	125	0,07	>0,20	<0,15	0,99	0,754
Negativní emocionalita	125	0,14	<0,05	<0,01	0,90	<0,001
Otevřenost mysli	125	0,09	>0,20	<0,05	0,96	=0,001

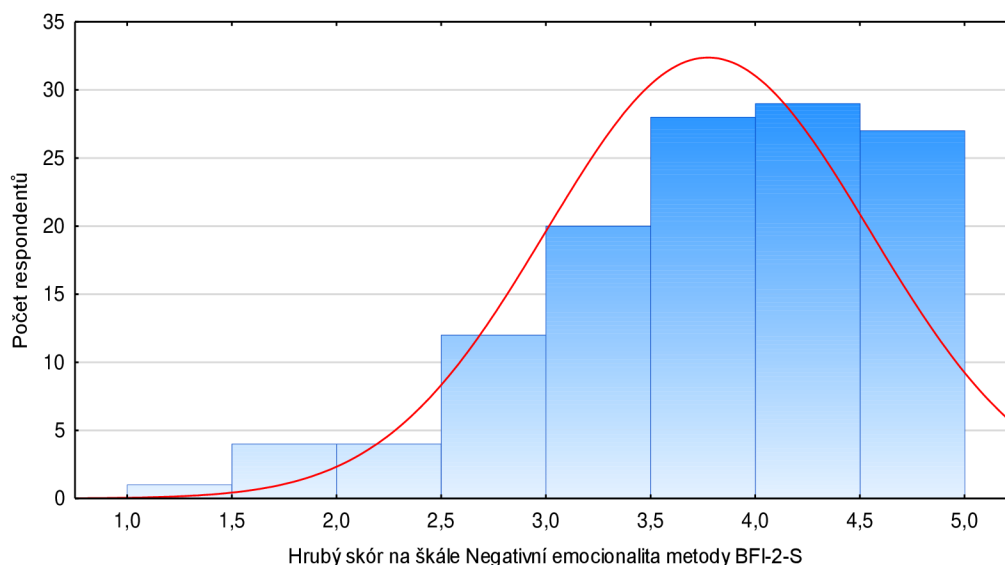
Pozn: max D značí testové kritérium Kolmogorova-Smirnovova testu, K-S p značí p-hodnotu Lillieforsova testu, Lilliefors p značí p-hodnotu Lillieforsova testu, W značí testové kritérium Shapirova-Wilkova testu.

Dle histogramu a zmíněných testů odpovídá normálnímu rozdělení nejvíce škála svědomitosti. Debata by naopak mohla existovat u škál otevřenost mysli a negativní emocionalita. Z tohoto důvodu jsou zmíněné škály zobrazeny na histogramech, kde škála otevřenost mysli (obrázek 6) normální rozdělení víceméně připomíná, zatímco negativní emocionalita (obrázek 7 na další straně) vykazuje značné zešikmení. Na porušení normálního rozdělení u těchto škál poukazují i dva testy normality, které však v tomto případě jsou pouze orientační.

Obrázek 6: Histogram škály otevřenost mysli u BFI-2-S



Obrázek 7: Histogram škály negativní emocionalita u BFI-2-S



U škál otevřenost mysli a negativní emocionalita se nicméně stále můžeme odvolat na centrální limitní větu, která dle Hendla (2021) umožňuje použití parametrických testů i v případech zešikmeného rozdělení dat. Tentýž autor na jiném místě doplňuje, že jednovýběrový t-test je „dostí robustní“ vůči odchýlkám od normálního rozdělení a u vzorku nad 30 respondentů ho proto lze použít i při zešikmeném rozdělení dat (Hendl, 2006, s. 207).

U všech škál metody BFI-2-S byl proto zvolen již zmíněný t-test pro jeden výběr, který ve všech případech vykázal signifikantní porušení nulové hypotézy ($p < 0,001$). Nulové hypotézy proto můžeme zamítnout, zatímco všech pět alternativních hypotéz, uvedených v kapitole 6, lze přijmout.

Vypočítána byla rovněž míra účinku v podobě Cohenova d . To bylo vypočítáno jako průměr výběrového souboru minus zadaná konstanta, to celé děleno směrodatnou odchýlkou výběrového souboru. Výsledkem je počet směrodatných odchýlek, o které se pozorovaný průměr liší od zadané konstanty při platnosti nulové hypotézy.

Tabulka 25: Výsledky t-testu pro jeden výběr u vybraných škál BFI-2-S

Škála	Průměr	Sm. odch.	N	t	df	p	d
Extraverze	2,09	0,80	125	-15,91	124	<0,001	-1,423
Přívětivost	2,76	0,73	125	-10,71	124	<0,001	-0,958
Svědomitost	2,39	0,77	125	-13,17	124	<0,001	-1,178
Negativní emocionalita	3,66	0,77	125	9,58	124	<0,001	0,857
Otevřenost mysli	3,28	0,79	125	-3,69	124	<0,001	-0,330

Pozn: t značí testovou statistiku t-testu, df značí počet stupňů volnosti, d je ukazatelem míry účinku (Cohenovo d).

Z tabulky 25 lze zároveň vyčíst, kterým směrem statisticky významná odlišnost směřuje. Na daný směr poukazuje jak testová statistika t-testu, tak Cohenovo d. Vzhledem k použití programu Statistica, který umožňuje testování pouze oboustranných hypotéz, by bylo možné vypočítat jednostrannou hypotézu vydělením p-hodnoty dvěma. V našem případě je nicméně p-hodnota nižší než 0,001, při čemž nižší hodnoty se v diplomových pracích standardně neuvádí. Z tohoto důvodu by popsáný výpočet neměl smysl.

Můžeme proto konstatovat, že členové vybraných skupin zaměřených na duševní obtíže na sociální síti Facebook v průměru vykazují signifikantně menší extraverci ($d = -1,423$), signifikantně menší přívětivost ($d = -0,958$), signifikantně menší svědomitost ($d = -1,178$), signifikantně menší otevřenost mysli ($d = -0,330$) a signifikantně větší negativní emocionalitu ($d = 0,857$). Největší rozdíl tak vykazuje škála extraverze.

Vzhledem k přetrvávajícím odborným diskuzím o možnostech a limitech centrální limitní věty, mohou mít někteří čtenáři pochyby o správnosti provedeného postupu. Abychom předešli jakýmkoliv pochybám, byl pro škály otevřenost mysli a negativní emocionalita vypočítán také znaménkový test, který podmínku normálního rozdělení nemá.

Tabulka 26 prezentuje výsledky zmíněného testu u obou škál, včetně p-hodnot, které i u tohoto testu prokazují statisticky významné porušení nulových hypotéz. Pro čtenáře může být zajímavý také sloupeček „Procent v < V“, který značí, v kolika procentech případů test pozoroval nižší hodnoty, než je zadaná konstanta. Tento údaj tak můžeme považovat za určitý ukazatel míry účinku.

Tabulka 26: Výsledky znaménkového testu u vybraných škál BFI-2-S.

Škála	N	Procent v < V	Z	p
Negativní emocionalita	120	17,50	7,03	<0,001
Otevřenost mysli	125	60,80	2,33	<0,05

Pozn: Z značí testovou statistiku znaménkového testu.

Jelikož znaménkový test vyhledává větší a menší hodnoty vůči zadané konstantě, případy přesně odpovídající zadané konstantě započítány nejsou. To se v případě škály negativní emocionality stalo v pěti případech, na základě čehož bylo využito jen 120 měření.

9. Diskuse

Tato kapitola se věnuje interpretaci již představených výsledků ve vztahu k relevantním poznatkům. Závěrečná část diskuse následně popisuje limity dané studie a možná praktická využití.

V rámci sociodemografické deskripce jsme pozorovali výraznou převahu žen nad muži (85,46 % oproti 13,03 %), při čemž 1,50 % respondentů se neidentifikovalo ani s jedním pohlavím. Věkové rozpětí souboru je 18 až 69 let s průměrnou hodnotou 33,51 let a směrodatnou odchylkou 10,89. Mezi pohlavími nebyl pozorován významný věkový rozdíl.

O větším zastoupení žen je možné uvažovat hned v několika ohledech. Jedním z vysvětlení je vyšší tendence žen účastnit se online studií (Smith, 2008), čemuž by odpovídalo i zastoupení žen v dotazníkové studii Hlase (2018). V té bylo osloveno 50 % všech středních škol v České republice, při čemž se zúčastnilo 72 % žen.

Druhým logickým vysvětlením je větší zastoupení žen v samotných svépomocných skupinách na sociální síti Facebook. Dle Joinera et al. (2012) ženy internetové připojení využívají k návštěvě sociálních sítí více než muži, při čemž dle Klaka et al. (2017) ženy na internetu zároveň častěji vyhledávají informace o zdraví. To ostatně odpovídá i údajům Baštecké (2003), dle které ženy více vyhledávají zdravotnickou péči, a to i při nezapočítání péče spojené s mateřstvím.

Dle Hartla & Hartlové (2010) jsou navíc svépomocné skupiny součástí sociální opory, při čemž dle metaanalýzy s 17 000 účastníky ženy na sociálních sítích více sociální opory poskytují i dostávají (Tifferet, 2020). Dle Barkera (2009) jsou zase ženy ve skupinách na sociálních sítích aktivnější, jelikož si těchto skupin více cenní.

Z hlediska nejvyššího dosaženého vzdělání v našem vzorku převažuje střední škola zakončená maturitou (43,36 %), střední škola nezakončená maturitou (21,39 %), bakalářský titul (10,78 %), základní vzdělání (10,28 %) a magisterský či inženýrský titul (9,77 %).

Jedním z dílčích úkolů této práce bylo popsat hlavní motivaci členství ve skupině. Respondenti se do skupiny připojili kvůli vlastním potížím (85,71 %), blízké osobě, která trpí psychickými potížemi (7,52 %) a snaze porozumět duševním obtížím v rámci studia či zaměstnání (6,77 %). Ti, kteří ve skupině byli kvůli jiné osobě, byli jejich rodiče (38,89 %), partneři (27,78 %), kamarádi (16,67 %) nebo jiní rodinní příslušníci (8,33 %).

Takové výsledky odpovídají zjištění Zhanga et al. (2013), který v online svépomocné skupině zaměřené na Diabetes mellitus taktéž našel převážně uživatele trpící tímto onemocněním, dále okolí takto nemocných (převážně rodiče) a nejméně jednoho výzkumníka z nejmenované univerzity. Vzhledem k převaze lidí trpícím potíží lze zároveň ospravedlnit použití termínu svépomocné skupiny, který byl diskutován v podkapitole 4.4.

Dále respondenti udávali dobu členství, která se se nejčastěji pohybovala v kategorii 1 až 6 měsíců (32,33 %), 6 měsíců až 1 rok (18,05 %), 1 až 3 roky (26,82 %) a více než 3 roky (10,78 %). Dle Baštecké (2003) by přitom členství ve svépomocné skupině nemělo přesáhnout 1 až 2 roky, jelikož se pak již v člověku upevňuje identita nemocného s danou diagnózou, což může omezit jeho následný růst. To by se v našem případě mohlo týkat až 37,6 % členů. Až překvapivou shodu nacházíme u členek online skupiny pro oběti domácího násilí, které závislost na skupině označily za hlavní nevýhodu celé skupiny (Bojková, 2012).

V rámci frekvence návštěv skupiny převažovaly odpovědi (seřazeno dle frekvence): několikrát denně (18,30 %), 1× denně (22,56 %), několikrát týdně (33,08 %), 1× týdně (11,28 %) a několikrát za měsíc (9,77 %). Alespoň jednou denně tak skupinu navštívilo 40,86 % respondentů. Ve studii Lerma et al. (2021) přitom každodenní návštěvu sociální sítě udávalo 57,9 % studentů, zatímco ve studii Sampasa-Kanyinga & Lewise dokonce 79,5 % respondentů (byť zde již byl věkový průměr 14,1 let). Toto srovnání může naznačovat, že členové svépomocných skupin navštěvují sociální síť jako takovou častěji, než navštěvují dané skupiny.

Z hlediska využívání skupiny respondenti udávali především získávání informací o projevech psychických onemocnění (80,45 %), získávání informací o léčebných metodách (74,19 %), veřejné diskutování na nejrůznější témata (73,68 %) či sdílení vlastních názorů a zkušeností (58 %). K čemu skupina naopak příliš využívána není, jsou soukromé konverzace s konkrétními členy (28,32 %), získávání kontaktů na konkrétní odborníky (28,82 %) a získávání informací o předepsaných lécích (32,83 %).

Výsledky lze srovnat se studií Mustafa et al. (2015), kde rodiče dětí s autistickým spektrem sdíleli především vlastní zkušenosti (32 %) nebo si vyměňovali informace (27 %). Svépomocná skupina pro oběti domácího násilí pro změnu preferovala sociální interakci přes čerpáními informací (Bojková, 2012). Ve svépomocné skupině věnované Diabetes

mellitus se naopak 74 % komunikace týkala výměny informací. Z tohoto srovnání se zdá, že účel skupiny se výrazně liší dle jejího užšího zaměření.

Jelikož 80,45 % námi pozorovaných členů hledalo informace o projevech psychických onemocnění, lze diskutovat také o tom, zda má veřejnost dostatek věrohodných a srozumitelných zdrojů informací, případně zda je současná osvěta o psychických onemocněních dostatečná (v kvalitativním i kvantitativním měřítku). Vymětal (2003) přitom upozorňuje na významný vliv informací, které do jisté míry udávají, jak člověk zdravotní situaci hodnotí, prožívá a řeší.

Dvojice dalších otázek zjišťovala, zda respondenti cítí dostatek důvěry k tomu, aby se skupině či odborníkovi svěřili se svými problémy. Zatímco skupině by se svěřilo 46,62 % dotázaných, u odborníka (psychologa, psychiatra či psychoterapeuta) je to již 61,40 %. Z tohoto srovnání se nezdá, že by svépomocné skupiny byly přímo alternativou pro ty, kteří odbornou pomoc z nějakého důvodu odmítají. O svépomocných skupinách bychom tak mohli uvažovat spíše jako o určitém doplnění odborné péče. Zajímavé přesto je, že by se skupině nesvěřilo 27,32 % členů, jelikož to poukazuje na možná až překvapivě velkou nedůvěru ve skupinu, kterou si přitom členové sami vyhledávají a dobrovolně v ní zůstávají.

Další otázka poukazuje na malý poměr členů, kteří informace ze skupiny konzultují s odborníkem (23,31 %), byť jednoduchou příčinou může být, že odborníka vůbec nenavštěvují. Tento výsledek přesto naznačuje, že valná většina členů nemusí mít věrohodný zdroj informací a ve skupině tak může uvěřit nepřesným či zavádějícím informacím.

Další otázka se ptala, zda respondenti souhlasí s výrokem, že vlivem skupiny méně důvěřují předepsaným lékům. 7,77 % s výrokem skutečně souhlasilo, zatímco 77,19 % naopak nesouhlasilo. V souvislosti s tím můžeme uvažovat o dvou fenoménech, které jsou pro skupiny typické. Za prvé jde o konformitu, tedy přizpůsobení se vlivu skupiny (Řehan, 2007). Tomu by odpovídala i určitá složitost problematiky duševních onemocnění včetně léčebných metod a léčivých přípravků, jelikož tam, kde člen problematice méně rozumí, má větší tendenci podléhat skupinovým názorům (Krech et al., 1969, citováno v Nakonečný, 2020).

Druhým fenoménem, který musíme brát v potaz, je polarizace, neboť ta může vést k radikálnějším názorům v obou směrech (Řehan, 2007). Již zmíněných 19,80 % respondentů necítí k odborníkům dostatek důvěry, aby se jim svěřilo se svými problémy, a je proto otázkou, jak by tento údaj vypadal bez vlivu skupiny. Nakonečný (2000) nicméně

zmiňuje Krecha et al. (1969), dle kterého se někteří jedinci po opuštění skupiny vracejí ke svým původním názorům. Není proto vyloučeno, že se tak může stát i u námi sledovaných členů.

Členové vyjádřili také výskyt situace, kdy chce člen ostatním ve skupině pomoci, ale neví, jak na to (stává se 42,36 % členům). Takový výsledek není překvapivý, jelikož většina členů svépomocných skupin pochopitelně nemá dostatek znalostí či dovedností k řešení psychických problémů jiných, zvláště pak v online prostoru. S tím ostatně souvisí otázka, zda by členové upřednostnili skupinu moderovanou odborníkem. 40,85 % členů uvedlo, že by takovou skupinu skutečně preferovalo, zatímco 36,09 % nikoliv. Na základě tohoto údaje může odborná péče zvážit vytvoření a řízení online svépomocných skupin.

K podobným závěrům dospěl také Hlas (2018), v jehož studii 32 % středoškolských studentů uvedlo, že by ocenili odborníka dostupného na sociální síti Facebook. Další 34 % z téže studie zároveň ví o někom, kdo problém nechce řešit osobně či po telefonu, ale skrze internetové poradenství by jej řešil. Potenciál odborné pomoci dostupné na internetu tak rozhodně nelze podceňovat. Je nicméně třeba zohlednit, že u členů skupin na sociální síti Facebook lze pravděpodobně očekávat větší oblibu digitálních technologií než u průměrného středoškolského studenta, což může vysvětlovat i mírně odlišné výsledky obou studií.

Další dvě otázky se ptaly na pozici správce skupiny. 26,07 % členů si myslí, že by správce skupinu neměl vůbec moderovat. Dále je většina členů názoru, že by správce skupinu neměl moderovat více než nyní (52,88 %), zatímco pouze 13,53 % by uvítalo větší aktivitu. Z hlediska popisu různých typů lídra, by tedy zmíněných 26,07 % preferovalo liberálního lídra, který ponechává maximální volnost a skupině v podstatě umožňuje samořízení (Helus, 2017). Z hlediska komunikace ve skupině bychom pak hovořili o preferenci plné struktury, jak ji popisuje Staehle (1980, citováno v Nakonečný, 2020). 13,53 % respondentů by naopak uvítalo větší míru aktivity ze strany lídra, což poukazuje na to, že se liberální lídr může objevovat i tam, kde dle některých členů nemusí být vítán.

Další otázky se již ptaly pouze respondentů, kteří jsou členy kvůli vlastním potížím. První taková položka zjišťovala, zda člen souhlasí s tvrzením, že se díky skupině cítí psychicky lépe. Zatímco 47,95 % s tímto tvrzením souhlasilo, 22,81 % nikoliv. Z toho nicméně nelze bezprostředně usuzovat, že vliv skupiny vnímají jako záporný. Mohou zkrátka pociťovat jen nulový vliv.

Z dalších otázek na zdravotní anamnézu vyplynulo, že 83,63 % respondentů má stanovenou odbornou diagnózu psychické poruchy, 72,43 % má předepsané léky na svůj duševní stav (z toho 13,57 % od praktického lékaře) a 39,77 % potvrdilo svou zkušenost s hospitalizací. Zajímavá je také převaha péče psychiatra (68,91 %) nad probíhající psychoterapií (43,40 %). 4,39 % členů dále uvedlo, že na základě informací ze skupiny omezilo užívání předepsaných léků, při čemž dalších 4,97 % na tuto otázku odmítlo odpovědět. Je proto možné, že až 9,36 % členů vlivem skupiny omezuje léky, což je rozhodně zneklidňující zjištění.

V poslední položce dotazníku vlastní konstrukce byli probandi požádáni o uvedení názvu diagnózy stanovené odborníkem, čemuž vyhovělo 65,5 % z nich. Z okruhů onemocnění dle MKN-10 v rámci celého vzorku nejčastěji narazíme na neurotické, stresové a somatoformní poruchy (32,58 %), afektivní poruchy (17,54 %) a poruchy osobnosti a chování u dospělých (15,04 %). Nejvíce zastoupený okruh může souviset s poznatkem Křivohlavého (2002), dle kterého vyšší míra neuroticismu vede k pečlivějšímu pozorování vlastních příznaků, což může přispět ke snaze takovou situaci řešit (včetně hledání informací na sociálních sítích).

Z porovnání námi získaných dat z osobnostního inventáře BFI-2-S a údajů ze studie Hřebíčkové (2020) pro metodu BFI-2-S ve věkovém rozmezí 18-26 let, se ukázalo, že členové svépomocných skupin zaměřených na duševní onemocnění na sociální síti Facebook mají signifikantně nižší extraverci ($d = -1,423$), nižší přívětivost ($d = -0,958$), nižší svědomitost ($d = -1,178$), menší otevřenost mysli ($d = -0,330$) a vyšší negativní emocionalitu ($d = 0,857$).

V případě **extraverze** tato zjištění odporují jiným autorům, kteří odhalili vyšší míru extraverte u sociálních sítí (Schredl & Göritz, 2019; Utz et al., 2012; Wilson et al., 2010; Zúñiga et al., 2017;) či přímo Facebooku (Ryan & Xenos, 2011).

U **svědomitosti** je již situace komplikovanější. Zatímco Wilson et al. (2010) na sociálních sítích a Ryan & Xenos (2011) i Stienger et al. (2013) v případě Facebooku pozorovali nižší míru svědomitosti, což se shoduje s našimi výsledky, Zúñiga et al. (2017) na sociálních sítích pozoroval míru naopak vyšší.

Míru **přívětivosti** v rozporu s našimi výsledky pozoroval Zúñiga et al. (2017) na sociálních sítích vyšší. Naopak negativní emocionalita se shodně s našimi výsledky ukázala být na sociálních sítích vyšší (Schredl & Göritz, 2019; Zúñiga et al., 2017).

Zmíněné rozdíly naznačují, že členové skupin zaměřených na psychické onemocnění mohou mít z hlediska pětifaktorového modelu odlišné rysy než běžná populace, a v některých ohledech jiné rysy než běžní uživatelé sociálních sítí.

Friedman et al. (1993, citováno v Křivohlavý, 2002) navíc upozorňuje na citlivější percepci zdravotních symptomů u introverze, což může vést k častějšímu hledání informací a tím i většímu výskytu skóru introverze v námi zkoumaných skupinách. Na jiném místě Křivohlavý (2002) zmiňuje totéž i v případě negativní emocionality. Rainie & Fox (2000) navíc potvrzují, že 55 % lidí s přístupem internetu jej využívají získávání zdravotních informací.

Zamyslet se nicméně musíme také nad již zmíněným zastoupením žen, které u našeho vzorku ve věkovém rozpětí 18-26 let činí 86,4 %. V případě studie Hřebíčkové et al. (2020) v témže věkovém rozmezí jde přitom o 57,7 % žen (P. Květon, osobní sdělení, 15. 3. 2020). Dle dat Hřebíčkové et al. (2020) nicméně ženy u metody BFI-2 vykazují vyšší skóre přívětivosti ($d = 0,35$), svědomitosti ($d = 0,14$), otevřenosti mysli ($d = 0,10$) a zejména negativní emocionality ($d = 0,52$). Extraverze naopak rozdíly nevykazuje prakticky žádné ($d = -0,02$). Naše výsledky přitom poukázaly na statisticky signifikantní rozdíl v opačném směru, což naznačuje, že vyšší poměr žen signifikanci výsledků pravděpodobně neovlivnil, byť míra účinku ovlivněna být mohla. Výjimkou je škála negativní emocionality, na které ženy v BFI-2 skutečně skórují výše a tento faktor je proto nutné brát v potaz.

Zabývat se můžeme rovněž otázkou, do jaké míry výsledky ovlivnil sběr dat prostřednictvím internetového prostoru. Gosling et al. (2004) uskutečnil studii zabývající se předsudky vůči internetovým dotazníkům a na vzorku 361 703 lidí dokázal, že online dotazníky vedou ke konzistentním výsledkům, srovnatelným s výsledky klasické metody tužka-papír. Tentýž autor dále uvádí, že data získaná v online prostoru nejsou natolik chybná, jak se obecně věří, při čemž jmenuje i řadu výhod – anonymitu, vyšší motivaci probandů nebo rozmanitější vzorky, neboť není potřeba třeba spoléhat zejména na studenty. Mezi nevýhody naopak řadí nedostačenou kontrolu nad prostředím.

Mezi limity této práce dále patří zařazení výhradně dospělých členů zkoumaných skupin, neboť výsledky u nezletilých členů by se do jisté míry mohly lišit. Za druhé je ve vzorku relativně velké množství žen, při čemž nemáme údaje o tom, jaké reálné zastoupení ženy mají v daných skupinách. Jistým limitem je rovněž použití zkrácené verze osobnostního

inventáře BFI-2-S, byť dle Hřebíčkové (2020) velmi dobře rekonstruuje skóry plné verze metody, a to na hladině 91 %, zatímco reliabilita škál se pohybuje 0,70 do 0,81.

Výše uvedené výsledky naznačují, jak velký potenciál, ale i rizika, digitální prostor pro duševní zdraví představuje. Svépomocné skupiny mohou nabízet relevantní informace různorodého charakteru, sociální oporu i prostor pro odbornou péči. Na straně druhé představují riziko předávání zavádějících informací, negativního ovlivnění postojů k odborné péči či dokonce omezování užívání předepsaných léků.

Se znalostí osobnostních rysů, které v online svépomocných skupinách převládají, si odborníci mohou udělat lepší obrázek o tom, kdo je takovými skupinami ohrožen. Bude-li odborník pracovat s klientem, jehož osobnostní rysy odpovídají výše popsanému, může se na účast v takových skupinách i cíleně zeptat.

Vliv zde zkoumaných svépomocných skupin je nesporný. Přesto existuje jen málo studií, které se jejich vlivu podrobněji věnují. Do budoucna lze proto předpokládat realizaci dalších výzkumných studií zaměřených na tuto tematiku, které mohou navázat i na zde představené výsledky.

10. Závěry

Zde představený výzkum, který mapoval vybrané skupiny zaměřené na psychické obtíže na sociální síti Facebook, dospěl k následujícím výsledkům:

- Vysoký podíl žen (85,46 %) může být známkou vyššího podílu žen ve zkoumaných skupinách.
- Věkový průměr 33,51 let se směrodatnou odchylkou 10,89 naznačuje možnost obdobné věkové struktury v daných skupinách.
- Rozložení nejvyššího dosaženého vzdělání naznačuje, že v námi zkoumaných skupinách je převaha absolventů: středních škol zakončených maturitou (43,36 %), středních škol nezakončených maturitou (21,39 %), bakalářského studia (10,78 %), základní školy (10,28 %) a magisterského či inženýrského studia (9,77 %).
- Hlavní motivací členství jsou vlastní potíže (85,71 %), blízká osoba trpící psychickými potížemi (7,52 %) a snaha porozumět duševním obtížím v rámci studia či zaměstnání (6,77 %).
- Je-li člen ve skupině kvůli blízké osobě, jedná se o rodiče (38,89 %), partnery (27,78 %), kamarády (16,67 %) nebo jiné rodinné příslušníky (8,33 %) trpící osoby.
- Převažující doba členství je 1 až 6 měsíců (32,33 %), 1 až 3 roky (26,82 %), 6 měsíců až 1 rok (18,05 %) a více než 3 roky (10,78 %). Většina uživatelů je tak ve skupině řádově měsíce až roky.
- Většina členů skupinu navštěvuje (seřazeno dle frekvence): několikrát denně (18,30 %), 1× denně (22,56 %), několikrát týdně (33,08 %), 1× týdně (11,28 %) a několikrát za měsíc (9,77 %). Alespoň jednou denně tak skupinu navštíví 40,86 % respondentů.
- Členové skupinu využívají k získávání informací o projevech psychických onemocnění (80,45 %), získávání informací o léčebných metodách (74,19 %), veřejnému diskutování na nejrůznější témata (73,68 %), sdílení vlastních názorů a zkušeností (58 %), získávání informací o předepsaných lécích (32,83 %), získávání kontaktů na konkrétní odborníky (28,82 %) a soukromým konverzacím s konkrétními členy (28,32 %).
- 46,62 % členů souhlasilo a 27,32 % nesouhlasilo s výrokem, že ke skupině cítí dostatek důvěry, aby se v ní dokázali svěřit se svými problémy. Ve vztahu k odborníkovi (psychologovi, psychiatrovi, psychoterapeutovi) s takovým výrokem souhlasilo 61,40 % a nesouhlasilo 19,80 %. 23,31 % členů pak informace získané ve skupině konzultuje s odborníkem.

- 7,77 % členů odpovědělo, že vlivem skupiny méně důvěřují předepsaným lékům.
- 42,36 % členů chce někdy ve skupině ostatním pomoci, ale neví jak na to.
- Dle 50,63 % členů by měl správce dění ve skupině usměrňovat, dle 26,07 % nikoliv.
- 13,53 % členů by si přálo, aby správce skupinu usměrňoval více než nyní.
- 40,85 % členů by preferovalo skupinu moderovanou odborníkem, 36,09 % nikoliv.

Respondenti, kteří jsou ve skupině kvůli vlastním potížím, odpovídali na otázky týkající se zdravotního stavu následovně:

- 47,95 % souhlasilo s výrokem, že se díky skupině cítí psychicky lépe.
- 83,63 % členům byla diagnostikována psychická porucha.
- 39,77 % členů má zkušenost s hospitalizací.
- 43,40 % členů aktuálně dochází na psychoterapii.
- 68,91 % členů je aktuálně v péči psychiatra.
- 72,43 % členů má předepsané léky na svůj duševní stav, z toho 13,57 % je získala od praktického lékaře.
- 4,39 % členů na základě informací ze skupiny omezilo užívání předepsaných léků, dalších 4,97 % na tuto otázku odmítlo odpovědět.
- Z diagnostických okruhů dle MKN-10 u členů převažují Neurotické, stresové a somatoformní poruchy (32,58 %), Afektivní poruchy (17,54 %) a Poruchy osobnosti a chování u dospělých (15,04 %).
- Z hlediska nejčastěji uváděných diagnóz převažovala panická porucha (47 respondentů), emočně nestabilní porucha osobnosti – typ hraniční (44 respondentů), blíže neupřesněná deprese (32 respondentů), bipolární afektivní porucha (25 respondentů), generalizovaná úzkostná porucha (23 respondentů) a úzkostná porucha (20 respondentů).

Z pohledu pětifaktorového popisu osobnosti jsme dospěli k závěru, že členové vybraných skupin zaměřených na psychické obtíže na sociální síti Facebook se od běžné populace signifikantně liší ve všech pěti škálách. Členové námi sledovaných skupin vykazali:

- Nižší míru extraverze ($d = -1,423$).
- Nižší míru přívětivosti ($d = -0,958$).
- Nižší míru svědomitosti ($d = -1,178$).
- Nižší míru otevřenosti mysli ($d = -0,330$).
- Vyšší míru negativní emocionality ($d = 0,857$).

11. Souhrn

Diplomová práce s názvem „Význam a specifika vybraných skupin zaměřených na duševní obtíže na sociální síti Facebook“ se věnuje tématice zmíněných skupin na uvedené platformě. Ve volnějším pojetí bychom mohli hovořit o skupinách svépomocných, byť v nich je i menší část uživatelů z jiných důvodů.

Ačkoliv se ve zde sledovaných skupinách jen v České republice sdružuje tisíce lidí s psychickými obtížemi, jedná se stále o nedostatečně probádanou oblast. Vliv takových uskupení na zdraví ohrožené populace je přitom významný, a tato problematika si proto zaslouží náležitou pozornost.

Teoretická část práce je rozdělena do pěti kapitol. První kapitola přibližuje téma internetu a sociálních sítí včetně údajů o současné míře užívání ve světě i u nás. Dále jsou vymezeny jednotlivá specifika kyberprostoru a digitální komunikace, je popsána samotná sociální síť Facebook a uvedena je rovněž řada studií mapující dopady internetu a sociálních sítí na duševní zdraví.

Druhá kapitola se zabývá skupinou z pohledu sociální psychologie. Po vymezení samotného pojmu „skupina“ je čtenář seznámen s významem skupiny, druhy skupin i její strukturou. Popsán je význam rolí, norem, komunikace a skupinového vlivu. S vědomím jisté odlišnosti konceptů sociální psychologie a kyberpsychologie jsou popisované fenomény uváděny ve vztahu k námi zkoumané tématice.

Třetí kapitola se věnuje stručnému vymezení pětifaktorového modelu osobnosti, pohledu lexikálního a dispozičního přístupu, heslovité charakteristice jednotlivých škál a krátkému popisu historie vzniku osobnostního inventáře BFI-2.

Čtvrtá kapitola poukazuje na komplexní povahu konceptu zdraví, představuje proces percepce, hodnocení a řešení zdravotních potíží včetně nejvýznamnějších faktorů a popisuje vztah k odborníkovi jako zástupci odborné péče. Na to navazuje bližší vymezení sociální opory a jejího významu pro lidské zdraví. Poslední část kapitoly o zdraví hovoří o svépomocných skupinách a jejich specifikách.

Pátá a zároveň poslední kapitola teoretické části popisuje studie přímo spojující poznatky předešlých kapitol, případně související se zde popisovaným výzkumem.

Výzkumná část podrobněji vymezuje výzkumný problém, výzkumné cíle a dílčí výzkumné úkoly. Tato studie je kvantitativní a deskriptivní povahy. Konkrétně se jedná o orientační neboli mapující výzkum, který slouží k cílené orientaci a porozumění problému.

Ke sběru dat byla využita on-line testová baterie, složená ze dvou komponent. První částí byl dotazník vlastní konstrukce, který autor sestrojil na základě své dlouhodobé zkušenosti se zkoumanými skupinami. Uživatelé, kteří v úvodní části dotazníku zadali, že jsou ve skupině kvůli vlastním potížím, obdrželi celkem 20 otázek, mezi kterými byly i otázky týkající se zdravotní anamnézy. Ostatní účastníkům bylo předloženo 12 otázek, mezi kterými byla i otázka týkající se vztahu k osobě, kvůli které jsou uživatelé ve skupině. Druhou část testové baterie tvořil osobnostní inventář BFI-2-S s 30 položkami, který staví na pětifaktorovém modelu osobnosti a jehož délka je relevantní k počtu otázek dotazníku vlastní konstrukce. Testová baterie byla testována v předvýzkumu, kterého se zúčastnilo 10 respondentů. V podkapitole 7.6 byly řešeny také etické hlediska a ochrana soukromí.

Výběr výzkumného souboru probíhal ve dvou krocích. Nejdříve byly na sociální síti Facebook vyhledány skupiny, jejichž název odpovídal některému názvu psychické poruchy či nadřazené kategorie v MKN-10. Vybrány byly skupiny, které nespádají pod některou instituci či konkrétní odborníky a které tak odpovídají pojetí svépomocných skupin. Vzhledem k velkému počtu existujících skupin byly vybrány skupiny, které měly alespoň 100 členů. V takto vybraných 57 skupinách byli následně osloveni správci skupin, kteří v drtivé většině případů s účastí ve studii souhlasili. Někteří správci dlouhodobě nereagovali, v takovém případě byl příspěvek s žádostí o účast ve studii v dané skupině publikován také. Druhá část výběru výzkumného souboru proběhla prostřednictvím samovýběru v samotných skupinách.

Do studie se zapojilo 430 respondentů, z čehož bylo po logické a formální kontrole dat do výzkumného souboru zahrnuto 399 respondentů. Výzkumný soubor obsahoval převahu žen (85,46 %), věkový průměr činil 33,51 let a směrodatnou odchylkou 10,89.

Výsledky a jejich interpretace v širších souvislostech shrnuje kapitola 9. Diskuse. Stručnější výčet zjištěných výsledků bez hlubší interpretace dále nabízí kapitola 10. Závěry.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ A LITERATURY

1. Allport, G. W., & Postman, L. J. (1945). Section of psychology: *The Basic Psychology of Rumor*. *Transactions of the New York Academy of Sciences*, 8(2), 61–81. doi:10.1111/j.2164-0947.1945.tb00216.x
2. Andreassen, H. K., Bujnowska-Fedak, M. M., Chronaki, C. E., Dumitru, R. C., Pudule, I., Santana, S., Voss, H., & Wynn, R. (2007). European citizens' use of E-health services: A study of seven countries. *BMC Public Health*, 7(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-7-53>
3. Barker, V. (2009). Older Adolescents' Motivations for Social Network Site Use: The Influence of Gender, Group Identity, and Collective Self-Esteem. *CyberPsychology & Behavior*, 12(2), 209–213. doi:10.1089/cpb.2008.0228
4. Bártlová, S. (2003). *Sociologie medicíny a zdravotnictví* (6. vydání). Grada.
5. Baštecká, B. (2003). *Klinická psychologie v praxi*. Portál.
6. Baštecká, B., & Goldmann, P. (2001). *Základy klinické psychologie*. Portál.
7. Beck, J. S. (2018). *Kognitivně behaviorální terapie: základy a něco navíc*. Stanislav Juhaňák – Triton.
8. Bojková, S. (2012). *Online svépomocné komunity pro ženské oběti domácího násilí*. [Magisterská diplomová práce, Masarykova univerzita]. Informační systém Masarykovy univerzity. https://is.muni.cz/th/bezmg/uplny_text.pdf
9. Brailovskaia, J., Velten, J., & Margaf, J. (2019). Relationship Between Daily Stress, Depression Symptoms, and Facebook Addiction Disorder in Germany and in the United States, *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 22(9). doi:10.1089/cyber.2019.0165
10. Cain, S. (2012). *Ticho: síla introvertů ve světě, který nikdy nepřestává mluvit*. Jan Melvil.
11. Cakirpaloglu, P. (2012). *Úvod do psychologie osobnosti*. Praha: Grada.
12. Course-Choi, J., & Hammond, L. (2021). Social Media Use and Adolescent Well-Being: A Narrative Review of Longitudinal Studies. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 24(4), 223–236. doi:10.1089/cyber.2020.0020
13. Cudo, A., Torój, M., Misiuro, T., & Griffiths, M. D. (2020). Problematic Facebook Use and Problematic Video Gaming Among Female and Male Gamers. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 23(2), 126–133. doi:10.1089/cyber.2019.0252
14. Danzer, G. (2010). *Psychosomatika: celostný pohled na zdraví těla i duše* (2. vydání). Portál.

15. Dostál, D. (n.d.) Statistické metody v psychologii. Získáno ___ z https://dostal.vyzkum-psychologie.cz/skripta_statistika.pdf
16. Ekman, P. (2015). *Odhalené emoce: naučte se rozpoznávat výrazy tváře a pocity druhých*. Jan Melvil Publishing.
17. Escobar-Viera, C., G., Shensa, A., Bowman, N., D., Sidani, J., E., Knight, J., James, A. E., & Primack, B., A. (2018). Passive and Active Social Media Use and Depressive Symptoms Among United States Adults. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 21(7), 437-443. <http://doi.org/10.1089/cyber.2017.0668>
18. Ferjenčík, J. (2010). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. Portál
19. Fox, J., & Vendemia, M. A. (2016). Selective Self-Presentation and Social Comparison Through Photographs on Social Networking Sites. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 19(10), 593–600. doi:10.1089/cyber.2016.0248
20. Fullwood, C., Quinn, S., Chen-Wilson, J., Chadwick, D., & Reynolds, K. (2015). Put on a Smiley Face: Textspeak and Personality Perceptions. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 18(3), 147–151. doi:10.1089/cyber.2014.0463
21. Fullwood, C., Wesson, C., Chen-Wilson, J., Keep, M., Asbury, T., & Wilsdon, L. (2020). If the Mask Fits: Psychological Correlates with Online Self-Presentation Experimentation in Adults. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*. 23(11). doi:10.1089/cyber.2020.0154
22. Gosling, S., Vazire, S., Srivastava, S., & John, O. (2004). Should We Trust Web-Based Studies? A Comparative Analysis of Six Preconceptions About Internet Questionnaires. *The American psychologist*, 59, 93–104. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.2.93>
23. Gur, A., & Rimmerman, A. (2017). Online Activity, Offline Sociability, and Life Satisfaction Among Israelis With and Without Disabilities. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 20(11), 695–701. doi:10.1089/cyber.2017.0190
24. Haferkamp, N., Eimler, S. C., Papadakis, A.-M., & Kruck, J. V. (2012). Men Are from Mars, Women Are from Venus? Examining Gender Differences in Self-Presentation on Social Networking Sites. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 15(2), 91–98. doi:10.1089/cyber.2011.0151
25. Hanuš, P. (2010). Internetové poradenství jako sociální služba. In *Internet - cesta ke klientovi ve 3. tisíciletí?: sborník příspěvků z první národní konference věnované problematice internetového poradenství*, (6-7). Modrá linka.
26. Hartl, P., & Hartlová, H. (2010). *Velký psychologický slovník*. Portál.
27. Helus, Z. (2018). *Úvod do psychologie* (2. vydání). Grada.

28. Hendl, J. (2006). *Přehled statistických metod zpracování dat: analýza a metaanalýza dat* (2. vydání). Portál.
29. Hendl, J. (2021). *Základy matematiky, logiky a statistiky pro sociologii a ostatní společenské vědy v příkladech* (2. vydání). Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum.
30. Hlas, D. (2018). *Znalosti a postoje žáků středních škol k internetovému poradenství* [Bakalářská práce]. Získáno 1. února 2021 z https://theses.cz/id/faiykd/BP_1.00.pdf
31. Honzák, R. (1999). *Komunikační pasti v medicíně: praktický manuál komunikace lékaře s pacientem* (2. vydání). Galén.
32. Horská, B., Lásková, A., & Ptáček, L. (2010). *Internet jako cesta pomoci: internetové poradenství pro pomáhající profese*. Sociologické nakladatelství (SLON).
33. Hřebíčková, M. (2010). Nové přístupy ke zkoumání rysů: pětifaktorový model osobnosti. in M. Blatný. *Psychologie osobnosti: hlavní témata, současné přístupy*. Grada.
34. Hřebíčková, M. (2011). *Pětifaktorový model v psychologii osobnosti: přístupy, diagnostika, uplatnění*. Grada.
35. Hřebíčková, M., Jelínek, M., Květon, P., Benkovič, A., Botek, M., Sudzina, F., Soto, Ch. J., John, O. P. (2020). Big Five Inventory 2 (BFI-2): Hierarchický model s 15 subškálami. *Československá psychologie*, 64(4), 437-460.
36. Hulanová, L. (2013). Sebevražedné chování on-line (práce s klienty při suicidálním chování prostřednictvím chatu). In *Rozmanité světy internetového poradenství: sborník příspěvků z III. mezinárodní konference věnované*, (37-43). Modrá linka.
37. Chiu, Y. P., & Chang, S. C. (2015). Leverage Between the Buffering Effect and the Bystander Effect in Social Networking. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 18(8), 450–456. doi:10.1089/cyber.2014.0377
38. Christofides, E., Muise, A., & Desmarais, S. (2009). Information Disclosure and Control on Facebook: Are They Two Sides of the Same Coin or Two Different Processes? *CyberPsychology & Behavior*, 12(3), 341–345. doi:10.1089/cpb.2008.0226
39. Jakubeková, I. (2010). Virtuální komunikace v krizových službách. In *Internet - cesta ke klientovi ve 3. tisíciletí?: sborník příspěvků z první národní konference věnované problematice internetového poradenství*, (14-17). Modrá linka.
40. Janoušek, J. (2008). Sociální komunikace in J. Výrost and I. Slaměník (Eds.). *Sociální psychologie* (2. vydání, s. 217-232). Grada.

41. Jaroš, J. (2014). Svépomocné aktivity v české psychiatrii in T., Petr, & E., Marková. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Grada.
42. Joiner, R., Gavin, J., Brosnan, M., Cromby, J., Gregory, H., Guiller, J., & Moon, A. (2012). Gender, Internet Experience, Internet Identification, and Internet Anxiety: A Ten-Year Followup. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, *15*(7), 370–372. doi:10.1089/cyber.2012.0033
43. Kim, J. (2017). The Psychosocial Risks of Social Media and the Internet. *Psychology Today*. Získáno 20.prosince 2017 z <https://www.psychologytoday.com/blog/culture-shrink/201703/the-psychosocial-risks-social-media-and-the-internet>.
44. Kim, S. J., & Hancock, J. T. (2015). Optimistic Bias and Facebook Use: Self–Other Discrepancies About Potential Risks and Benefits of Facebook Use. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, *18*(4), 214–220. doi:10.1089/cyber.2014.0656
45. Kłak, A., Gawińska, E., Samoliński, B., & Raciborski, F. (2017). Dr Google as the source of health information – the results of pilot qualitative study. *Polish Annals of Medicine*, *24*(2), 188–193. doi:10.1016/j.poamed.2017.02.002
46. Klouda, M. (2010). Nové formy internetového poradenství – chat. In *Internet - cesta ke klientovi ve 3. tisíciletí?: sborník příspěvků z první národní konference věnované problematice internetového poradenství, (8-13)*. Modrá linka.
47. Kopecká, I. (2015). *Psychologie 3. díl: Učebnice pro obor sociální činnost*. Grada.
48. Křivohlavý, J. (2001). *Psychologie zdraví*. Portál.
49. Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Grada.
50. Křivohlavý, J. (2012). *Optimismus, pesimismus a prevence deprese*. Grada.
51. Lerma, M., Marquez, Ch., Sandoval, K. & Cooper, V. T. (2021). Psychosocial Correlates of Excessive Social Media Use in a Hispanic College Sample. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, *24*(11). <https://doi.org/10.1089/cyber.2020.0498>
52. Liu P. L. (2020). COVID-19 Information Seeking on Digital Media and Preventive Behaviors: The Mediation Role of Worry. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking Vol. 23*, No. 10. 677-682. <http://doi.org/10.1089/cyber.2020.0250>
53. Lovaš, L. (2008). In J. Výrost and I. Slaměník (Eds.). *Sociální psychologie (2. vydání)*. Grada.
54. Lowe-Calverley, E., & Pontes, H. M. (2020). Challenging the Concept of Smartphone Addiction: An Empirical Pilot Study of Smartphone Usage Patterns and Psychological

- Well-Being. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*. doi:10.1089/cyber.2019.0719
55. Luchavová, L. (2017). Problematika dospělých jedinců s ADHD. In P. Kulišťák (Ed.), *Klinická neuropsychologie v praxi* (s. 786-802). Karolinum.
 56. Macháčková, H. (2014a). Soukromí a sebe-odkrývání na online sítích in A. Ševčíková (Ed.), *Děti a dospívající online*. Grada.
 57. Macháčková, H. (2014b). Online komunity: V čem představují rizika pro dospívající? in A. Ševčíková (Ed.), *Děti a dospívající online*. Grada.
 58. Margalit, L. (2014). The Psychology Behind Social Media Interactions. *Psychology Today*. Získáno 11. července 2017 z <https://www.psychologytoday.com/blog/behind-online-behavior/201408/the-psychology-behind-social-media-interactions>
 59. Mustafa, H.R., Short, M., & Fan, S. (2015). Social Support Exchanges in Facebook Social Support Group. *Procedia – Social and Behavioral Sciences, Volume 185*, 346-351. doi: /10.1016/j.sbspro.2015.03.449
 60. Nakonečný, M. (2013). *Lexikon psychologie* (2. vydání). Vodnář.
 61. Nakonečný, M. (2020). *Sociální psychologie*. Triton.
 62. Norman, K. L. (2017). *Cyberpsychology: An Introduction to Human-Computer Interaction* (2. vydání). Cambridge University Press.
 63. Orel, M. (2020). *Psychopatologie: nauka o nemocech duše* (3. vydání). Grada.
 64. Palová, K., & Jochmannová, L. (2022). Teoretické vymezení zdraví a resilience in *Psychologie zdraví*. L., Jochmannová, & K., Palová (Eds.). Grada.
 65. Park, N., Kee, K. F., & Valenzuela, S. (2009). Being Immersed in Social Networking Environment: Facebook Groups, Uses and Gratifications, and Social Outcomes. *Cyberpsychology & behavior: the impact of the Internet, multimedia and virtual reality on behavior and society* 12(6):729-33. DOI: 10.1089/cpb.2009.0003
 66. Pease, A., & Pease, B. (2011). *Řeč těla* (2. vydání). Portál.
 67. Peterka, J. (1995). Internet. Získáno 20. prosince 2017 z <http://www.earchiv.cz/a95/a504c500.php3>
 68. Plháková, A. (2005). *Učebnice obecné psychologie*. Academia.
 69. Pospíšilová, M. (2016). *Facebooková (ne)závislost: identita, interakce a uživatelská kariéra na Facebooku*. Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum.
 70. Procházka, R., Šmahaj, J., Kolařík, M., & Lečbych, M. (2014). *Teorie a praxe poradenské psychologie*. Grada.

71. Příhodová, I. (2011). Porucha pozornosti s hyperaktivitou. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*. 74/107(4): 408-418.
72. Ptáček, L. (2010). Pasivní poradenství in B., Horská, A., Lásková, & L., Ptáček. *Internet jako cesta pomoci*. Sociologické nakladatelství (SLON).
73. Qiu, L., Lin, H., Leung, A. K., & Tov, W. (2012). Putting Their Best Foot Forward: Emotional Disclosure on Facebook. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 15(10), 569–572. doi:10.1089/cyber.2012.0200
74. Raboch, J., Pavlovský, P., & Janotová, D. (2012). *Psychiatrie: minimum pro praxi* (5. vydání). Triton.
75. Rainie, L., & Fox, S. (2000). The Online Health Care Revolution. *Pew Research Center: Internet, Science & Tech*. <https://www.pewresearch.org/internet/2000/11/26/the-online-health-care-revolution/>
76. Raudenská, J., & Javůrková, A. (2011). *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Grada.
77. Ryan T., & Xenos, S. (2011). Who uses Facebook? An investigation into the relationship between the Big Five, shyness, narcissism, loneliness, and Facebook usage. *Computers in Human Behavior*, 27(5), 1658-1664. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2011.02.004>
78. Řehan, V. (2007). *Sociální psychologie: studijní texty pro distanční studium*. Univerzita Palackého v Olomouci.
79. Říčan, P. (2010). *Psychologie osobnosti: obor v pohybu* (6. vydání). Grada.
80. Sampasa-Kanyinga, H., & Lewis, R. F. (2015). Frequent Use of Social Networking Sites Is Associated with Poor Psychological Functioning Among Children and Adolescents. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 18(7), 380–385. doi:10.1089/cyber.2015.0055
81. Schredl, M., & Göritz, A. S. (2019). Social Media, Dreaming, and Personality: An Online Study. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 22(10). doi:10.1089/cyber.2019.0385
82. Sillamy, N. (2001). *Psychologický slovník*. Univerzita Palackého.
83. Slaměník. I. (2008). Afiliace, atraktivita, láska. In J. Výrost, & I. Slaměník. *Sociální psychologie* (2. vydání). Grada.
84. Slaměník. I. (2008). Konformita. In In J. Výrost, & I. Slaměník. *Sociální psychologie* (2. vydání). Grada.
85. Smith, G. (2008, 1. června). Does Gender Influence Online Survey Participation? A Record-Linkage Analysis of University Faculty Online Survey Response Behavior. San José State University.

86. Sobotková, I. (2009). Resilience – odolnost in B., Baštecká (ed). *Psychologická encyklopedie: aplikovaná psychologie* (s. 315-317). Portál.
87. Soto, C. J., & John, O. P. (2017). Short and extra-short forms of the Big Five Inventory–2: The BFI-2-S and BFI2-XS. *Journal of Research in Personality*, 68, 69-81.
88. Stieger, S., Burger, C., Bohn, M., & Voracek, M. (2013). Who Commits Virtual Identity Suicide? Differences in Privacy Concerns, Internet Addiction, and Personality Between Facebook Users and Quitters. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 16(9), 629–634. doi:10.1089/cyber.2012.0323
89. Stronge, S., Mok, T., Ejova, A., Lee, C., Zubielevitch, E., Yogeewaran, K., ... Sibley, C. G. (2019). Social Media Use Is (Weakly) Related to Psychological Distress. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 22(9), 604–609. doi:10.1089/cyber.2019.0176
90. Suler, J. (2004). The Online Disinhibition Effect. *Cyberpsychology and Behavior*, 7(3), 321-326. doi: 10.1089/1094931041291295
91. Svoboda, M., Humpolíček, P., & Šnorek, V. (2013). Psychodiagnostika dospělých. Portál.
92. Ševčíková, A. (2014). *Děti a dospívající online: vybraná rizika používání internetu*. Grada.
93. Škoviera, A., & Václavová, L. (2013). *Cesta internetového poradenstva Linky detskej istoty*. In *Rozmanité světy internetového poradenství: sborník příspěvků z III. mezinárodní konference věnované*, (79-83). Modrá linka.
94. Šmahel, D. (2003). *Psychologie a internet*. Triton.
95. Špatenková, N. (2011). *Krizová intervence pro praxi* (2. vydání). Grada.
96. Taintor, Z. (2002). “Online or E-Therapy?” In M., Hersen, & W., Sledge, (Eds.). *Encyclopedia of Psychotherapy*, 2, 261-270.
97. Teufel, M., Hofer, E., Junne, F., Zipfel, S., & Giel, K. E. (2013). A comparative analysis of anorexia nervosa groups on Facebook. *Eat Weight Disord* 18, 413–420. doi: /10.1007/s40519-013-0050-y
98. TIBCO Software Inc. (2020). Data Science Workbench, version 14. [software]. <http://tibco.com>
99. Tifferet, S. (2020). Gender Differences in Social Support on Social Network Sites: A Meta-Analysis. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 23(4), 199–209. doi:10.1089/cyber.2019.0516
100. Urban, L. (2017). *Sociologie: klíčová témata a pojmy*. Grada.

101. Utz, S., Tanis, M., & Vermeulen, I. (2012). It Is All About Being Popular: The Effects of Need for Popularity on Social Network Site Use. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 15(1), 37–42. doi:10.1089/cyber.2010.0651
102. Vágnerová, M. (2014). *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Portál.
103. Vybíral, Z. (2009). *Psychologie komunikace* (2. vydání). Portál.
104. Vybíral, Z. (2010). Disinhibice v internetovém poradenství. In *Internet - cesta ke klientovi ve 3. tisíciletí?: sborník příspěvků z první národní konference věnované problematice internetového poradenství, (18-21)*. Modrá linka.
105. Vymětal, J. (2003). *Lékařská psychologie* (3. vydání). Portál.
106. Vymětal, J. (2010). *Úvod do psychoterapie* (3. vydání). Grada.
107. Výrost, J., & Slaměník, I. (2008). *Sociální psychologie* (2. vydání). Grada.
108. Walker, I. (2013). *Výzkumné metody a statistika*. Grada.
109. White, C. M., Cutello, C. A., Gummerum, M., & Hanoch, Y. (2018). A Cross-Cultural Study of Risky Online Self-Presentation. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 21(1), 25–31. doi:10.1089/cyber.2016.0660
110. Wilson, K., Fornasier, S., & White K., M., (2010). Psychological predictors of young adults' use of social networking sites. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking* 2010, 13(2), 173–177.
111. Wohn, D. Y., Carr, C. T., & Hayes, R. A. (2016). *How Affective Is a "Like"?: The Effect of Paralinguistic Digital Affordances on Perceived Social Support*. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 19(9), 562–566. doi:10.1089/cyber.2016.0162
112. World Health Organization. (1990). International statistical classification of diseases and related health problems (10. vydání). <https://icd.who.int/browse10/2019/en>
113. Zhang, Y., He, D., & Sang, Y. (2013). Facebook as a platform for health information and communication: a case study of a diabetes group. *Journal of Medical Systems*, 37(3). Doi: 10.1007/s10916-013-9942-7
114. Zúñiga, G. H., Diehl, T., Huber, B., & Liu, J. (2017). Personality Traits and Social Media Use in 20 Countries: How Personality Relates to Frequency of Social Media Use, Social Media News Use, and Social Media Use for Social Interaction. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 20(9), 540–552. doi:10.1089/cyber.2017.0295

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Abstrakt diplomové práce

Příloha č. 2: Dotazník vlastní konstrukce – verze 1

Příloha č. 3: Dotazník vlastní konstrukce – verze 2

Příloha č. 4: Osobnostní inventář BFI-2-S

Příloha č. 5: Seznam zúčastněných skupin

PŘÍLOHA č. 1: Abstrakt diplomové práce

Abstrakt diplomové práce

Název práce: Význam a specifika vybraných skupin zaměřených na duševní obtíže na sociální síti Facebook

Autor práce: Bc. et Bc. Daniel Hlas

Vedoucí práce: PhDr. Jan Šmahaj, Ph.D.

Počet stran a znaků: 95 stran, 180 734 znaků

Počet příloh: 5

Počet titulů použité literatury: 114

Abstrakt: Cílem práce je základní deskripce vybraných skupin na sociální síti Facebook, které se zaměřují na téma duševních onemocnění. Data byla získána s pomocí on-line testové baterie, složené z dotazníku vlastní konstrukce a osobnostního inventáře BFI-2-S. Do studie bylo zapojeno 50 skupin, které lze označit za svépomocné, a ve kterých bylo prostřednictvím samovýběru získáno 399 respondentů, s výraznou převahou žen. Více než třetina respondentů skupinu navštěvuje každý den, většina dotázaných je ve skupině řádově měsíce až roky. Hlavní motivací účasti ve skupině jsou vlastní potíže, z hlediska činností převažuje výměna informací, sdílení zkušeností a veřejné diskuse. Většina členů má diagnostikovanou psychickou poruchu, je v psychiatrické péči a má předepsány léky na svůj duševní stav. Větší část respondentů by se s problémy svěřila raději odborníkovi nežli skupině, někteří jedinci nicméně vlivem skupiny omezili užívání přepsaných léků. U respondentů ve věku 18-26 let byly výsledky osobnostního inventáře BFI-2-S porovnány s výsledky běžné populace. U výzkumného souboru byl signifikantně nižší skóre extravertnosti, přívětivosti, svědomitosti a otevřenosti mysli, zatímco skóre negativní emocionalita byl signifikantně vyšší.

Klíčová slova: Sociální síť, Facebook, svépomocné skupiny, BFI-2-S

ABSTRACT OF THESIS

Title: The Importance and specifics of selected groups focusing on mental health problems on the Facebook social network

Author: Bc. et Bc. Daniel Hlas

Supervisor: PhDr. Jan Šmahaj, Ph.D.

Number of pages and characters: 95 pages, 180 734 characters

Number of appendices: 114

Number of references: 5

Abstract: The aim of the work is a basic description of selected groups on the social network Facebook, which focus on the topic of mental illness. The data were obtained with the help of an online test battery, consisting of a self-designed questionnaire and a BFI-2-S personality inventory. The study involved 50 groups that can be described as self-help, in which 399 respondents were obtained through self-selection, with a significant predominance of women. More than a third of the respondents attend the group every day, most of the respondents are in the group for months to years. The main motivation for participating in the group is one's own difficulties, in terms of activities, the exchange of information, sharing experiences and public discussions prevail. Most members are diagnosed with a mental disorder, are in psychiatric care and are prescribed medication for their mental state. Most respondents would prefer an expert rather than a group, but some individuals have limited the use of prescription drugs due to the group. For respondents aged 18-26, the results of the BFI-2-S personality inventory were compared with the results of the general population. The research group had a significantly lower score of extraversion, agreeableness, conscientiousness and open-mindedness, while the score of negative emotionality was significantly higher.

Key words: Social network, Facebook, self-help group, BFI-2-S

PŘÍLOHA č. 2: Dotazník vlastní konstrukce – verze 1

Na tomto místě je celé znění dotazníku vlastní konstrukce, který se zobrazil respondentům, jež zadali, že jsou ve skupině kvůli vlastním potížím.

Facebookové skupiny zaměřené na psychické obtíže

Tato dotazníková studie si klade za cíl porozumět fungování a specifikům facebookových skupin zaměřených na psychické obtíže. Dotazník je určen osobám starším 18 let.

Vyplnění je zcela anonymní a zabere přibližně 5 minut. V první části dotazníku naleznete otázky zaměřené na samotnou skupinu, zatímco druhá část obsahuje krátký osobnostní inventář. V případě mobilních telefonů může být nutné posunout sloupec odpovědí pro zobrazení všech možností.

Účastí ve studii souhlasíte se zpracováním osobních údajů dle ustanovení zákona č 110/2019 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů. Všechny uvedené údaje jsou poskytovány dobrovolně.

Studii v rámci diplomové práce realizuje Bc. et Bc. Daniel Hlas z Katedry psychologie Filozofické fakulty Univerzity Palackého. V případě jakýchkoliv dotazů nebo připomínek se prosím obraťte na e-mailovou adresu hlasda00@ff.upol.cz.

Pohlaví:

Muž

Žena

Ani jedno

Věk: (výběr možností 18 let do 80 let)

Nejvyšší dosažené vzdělání:

Základní škola

Střední škola bez maturity

Střední škola s maturitou

Vyšší odborná škola

Bakalářský titul

Magisterský nebo inženýrský titul

Doktorský titul nebo vyšší

Ve skupině jste především kvůli...

...vlastním potížím.

...blízké osobě, která trpí psychickými potížemi.

...snaze porozumět duševním obtížím v rámci studia či zaměstnání.

Skupina, ve které byl otevřen dotazník (vyplněno automaticky):

V následujícím textu se objevuje pojem „odborník“, kterým je myšlen psycholog, psychiatr nebo psychoterapeut.

Termínem „skupina“ je pak myšlena facebooková skupina zaměřená na psychické potíže. Jste-li členem více skupin, v odpovědích zohledněte tu, ve které býváte nejčastěji.

1. Členem skupiny jsem...

Doplňte jednu možnost.

...méně než 1 týden.

...1 týden až 1 měsíc.

...1 až 6 měsíců.

...6 měsíců až 1 rok.

...1 až 3 roky.

...více než 3 roky.

2. V současné době skupinu navštěvuji...

Doplňte jednu možnost.

...několikrát denně.

...1× denně.

...několikrát týdně.

...1× týdně.

...několikrát za měsíc.

...1× měsíčně.

...několikrát za rok nebo méně.

3. Skupinu využívám k...

Na každém řádku vyberte jednu možnost.

	Zcela nesouhlasím	Spíše nesouhlasím	Spíše souhlasím	Zcela souhlasím
--	----------------------	----------------------	--------------------	--------------------

...získávání informací o předepsaných lécích.

...získávání informací o léčebných metodách.

...získávání informací o projevech
psychických onemocnění.

...získávání kontaktů na konkrétní odborníky.

...veřejným diskusím na nejrůznější témata.

...soukromým konverzacím s konkrétními
členy.

...vypovídání se/sdílení vlastních názorů
a zkušeností.

Využíváte-li skupinu i k jiným účelům, odpověď můžete napsat zde:

Na každém řádku vyberte jednu možnost.	Zcela nesouhlasím	Spíše nesouhlasím	Ani nesouhlasím, ani souhlasím	Spíše souhlasím	Zcela souhlasím
4. Ke skupině cítím dostatek důvěry, abych se v ní dokázal/a svěřit se svými problémy.					
5. K odborníkům cítím dostatek důvěry, abych se jim dokázal/a svěřit se svými problémy.					
6. Informace získané ve skupině konzultuji s odborníkem.					
7. Vlivem skupiny méně důvěřuji předepsaným lékům.					
8. Někdy chci ve skupině ostatním pomoci, ale nevím jak na to.					
9. Věřím, že by měl správce skupiny usměrňovat dění ve skupině.					
10. Přál/a bych si, aby správce skupinu usměrňoval více než nyní.					
11. Preferoval/a bych skupinu moderovanou odborníkem.					
12. Díky skupině se cítím psychicky lépe.					

Na každém řádku vyberte jednu možnost.	Ano	Ne	Nechci odpovídat
13. Diagnostikoval vám odborník psychické onemocnění?			
14. Byl/a jste v minulosti hospitalizován/a?			
15. Docházíte aktuálně na psychoterapii?			
16. Jste aktuálně v péči psychiatra?			
17. Máte předepsané léky na váš duševní stav?			
18. Předepsal vám tyto léky praktický lékař?			
19. Omezil/a jste na základě informací ze skupiny užívání předepsaných léků?			

20. Stanovil-li vám odborník diagnózu psychického onemocnění, uveďte prosím její název. Tato otázka není povinná.
Text odpovědi:

PŘÍLOHA č. 3: Osobnostní inventář BFI-2-S – verze 2

Na tomto místě je celé znění dotazníku vlastní konstrukce, který se zobrazil respondentům, jež nezadali, že jsou ve skupině kvůli vlastním potížím.

Facebookové skupiny zaměřené na psychické obtíže

Tato dotazníková studie si klade za cíl porozumět fungování a specifikům facebookových skupin zaměřených na psychické obtíže. Dotazník je určen osobám starším 18 let.

Vyplnění je zcela anonymní a zabere přibližně 5 minut. V první části dotazníku naleznete otázky zaměřené na samotnou skupinu, zatímco druhá část obsahuje krátký osobnostní inventář. V případě mobilních telefonů může být nutné posunout sloupec odpovědí pro zobrazení všech možností.

Účastí ve studii souhlasíte se zpracováním osobních údajů dle ustanovení zákona č 110/2019 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů. Všechny uvedené údaje jsou poskytovány dobrovolně.

Studii v rámci diplomové práce realizuje Bc. et Bc. Daniel Hlas z Katedry psychologie Filozofické fakulty Univerzity Palackého. V případě jakýchkoliv dotazů nebo připomínek se prosím obraťte na e-mailovou adresu hlasda00@ff.upol.cz.

Pohlaví:

Muž

Žena

Ani jedno

Věk: (výběr možností 18 let do 80 let)

Nejvyšší dosažené vzdělání:

Základní škola

Střední škola bez maturity

Střední škola s maturitou

Vyšší odborná škola

Bakalářský titul

Magisterský nebo inženýrský titul

Doktorský titul nebo vyšší

Ve skupině jste především kvůli...

...vlastním potížím.

...blízké osobě, která trpí psychickými potížemi.

...snaze porozumět duševním obtížím v rámci studia či zaměstnání.

Skupina, ve které byl otevřen dotazník (vyplněno automaticky):

V následujícím textu se objevuje pojem „odborník“, kterým je myšlen psycholog, psychiatr nebo psychoterapeut.

Termínem „skupina“ je pak myšlena facebooková skupina zaměřená na psychické potíže. Jste-li členem více skupin, v odpovědích zohledněte tu, ve které býváte nejčastěji.

1. Členem skupiny jsem...

Doplňte jednu možnost.

...méně než 1 týden.

...1 týden až 1 měsíc.

...1 až 6 měsíců.

...6 měsíců až 1 rok.

...1 až 3 roky.

...více než 3 roky.

2. V současné době skupinu navštěvuji...

Doplňte jednu možnost.

...několikrát denně.

...1× denně.

...několikrát týdně.

...1× týdně.

...několikrát za měsíc.

...1× měsíčně.

...několikrát za rok nebo méně.

3. Skupinu využívám k...

Na každém řádku vyberte jednu možnost.

Zcela nesouhlasím	Spíše nesouhlasím	Spíše souhlasím	Zcela souhlasím
----------------------	----------------------	--------------------	--------------------

...získávání informací o předepsaných léčích.

...získávání informací o léčebných metodách.

...získávání informací o projevech
psychických onemocnění.

...získávání kontaktů na konkrétní odborníky.

...veřejným diskusím na nejrůznější témata.

...soukromým konverzacím s konkrétními
členy.

...vypovídání se/sdílení vlastních názorů
a zkušeností.

Využíváte-li skupinu i k jiným účelům, odpověď můžete napsat zde:

Na každém řádku vyberte jednu možnost.	Zcela nesouhla- sím	Spíše nesou- hlasím	Ani nesouhla- sím, ani souhlasím	Spíše souhla-sím	Zcela souhla- sím
4. Ke skupině cítím dostatek důvěry, abych se v ní dokázal/a svěřit se svými problémy.					
5. K odborníkům cítím dostatek důvěry, abych se jim dokázal/a svěřit se svými problémy.					
6. Informace získané ve skupině konzultuji s odborníkem.					
7. Vlivem skupiny méně důvěřuji předepsaným lékům.					
8. Někdy chci ve skupině ostatním pomoci, ale nevím jak na to.					
9. Věřím, že by měl správce skupiny usměrňovat dění ve skupině.					
10. Přál/a bych si, aby správce skupinu usměrňoval více než nyní.					
11. Preferoval/a bych skupinu moderovanou odborníkem.					
12. Jste-li ve skupině kvůli blízkým osobám, uveďte, o koho se jedná: Jde-li o více osob, zvolte tu, která je pro vás největší motivací.					
Partner/ka					
Rodič					
Vlastní dítě					
Jiný rodinný příslušník					
Kamarád/ka					
Jiná odpověď:					

PŘÍLOHA č. 4: Osobnostní inventář BFI-2-S

Následující vlastnosti mohou nebo nemusí vystihovat vaši osobnost. Zapište za každým tvrzením číslo vyjadřující, do jaké míry s ním souhlasíte nebo nesouhlasíte.

Považuji se za někoho, kdo...

1.	...bývá tichý.	16.	...je společenský, družný.
2.	...je soucitný, má dobré srdce.	17.	...dokáže být chladný a bezcitný.
3.	...má sklon být chaotický.	18.	...udrží věci úhledné a uspořádané.
4.	...si hodně dělá starosti.	19.	...je uvolněný, dobře zvládá stres.
5.	...je fascinován uměním, hudbou a literaturou.	20.	...se o umění příliš nezajímá.
6.	...je dominantní, zastává roli vůdce.	21.	...upřednostňuje, aby se vedení ujali ostatní.
7.	...je někdy na ostatní hrubý.	22.	...je uctívý, s ostatními zachází s úctou.
8.	...má obtíže začít s úkoly.	23.	...je vytrvalý, pracuje, dokud úkol nedokončí.
9.	...má sklon být skleslý, v depresi.	24.	...se cítí sebejistě, je sám se sebou spokojen.
10.	...se příliš nezajímá o abstraktní myšlenky.	25.	...je přemýšlivý, nad věcmi uvažuje do hloubky.
11.	...je plný energie.	26.	...je méně činný než ostatní.
12.	...si o lidech myslí to nejlepší.	27.	...má sklon hledat chyby na ostatních.
13.	...je důvěryhodný, vždy se na něj dá spolehnout.	28.	...bývá poněkud ledabylý.
14.	...je emočně vyrovnaný, jen tak něco ho nerozhodí.	29.	...je emočně impulzivní, snadno se nechá vyvést z míry.
15.	...je originální, přichází s novými nápady.	30.	...není příliš tvořivý.

Zcela nesouhlasím / Spíše nesouhlasím / Ani nesouhlasím, ani souhlasím / Spíše souhlasím / Zcela souhlasím

PŘÍLOHA č. 5: Seznam zúčastněných skupin

Zde najdete seznam všech skupin, ve kterých byla publikována žádost o zúčastnění se studie. Uvedena je také absolutní a relativní četnost, které však zkreslují hned dva limity. Za prvé nereflexuje, kolik lidí v dané skupině je mladších 18 let a kolik se tedy do studie nemohlo zapojit. Druhé zkreslení se týká faktu, že řada uživatelů je členem ve více skupinách, takže mohli dotazník vyplnit ve skupině, ve které byl dotazník publikován dříve.

Název skupiny	Počet členů		
	v době publikování dotazníku	Absolutní četnost	Relativní četnost
úzkosti, panika, deprese - život ve strachu	663	3	0,45 %
Nejsi sám- Úzkost, panika, deprese, sociální fobie, PPP	1181	8	0,68 %
Panická porucha/úzkosti/deprese /schizofrenie; stěžuj si, jak chceš.	1485	3	0,20 %
Deprese, úzkosti, psychické problémy	1266	5	0,39 %
Obsedantně kompulzivní porucha	1864	12	0,64 %
Bipolární afektivní porucha	545	5	0,92 %
Hraniční porucha osobnosti	975	25	2,56 %
Generalizovaná úzkostná porucha (GAD)	723	21	2,90 %
ASPERGERŮV SYNDROM	1138	14	1,23 %
Cesta ven z úzkosti a paniky	1079	44	4,08 %
Aspergerův syndrom - jen lidé s AS	335	6	1,79 %
Emočně nestabilní porucha	3139	37	1,18 %
Deprese a ostatní diagnózy	2268	6	0,26 %
Panická porucha/úzkosti/ deprese/agorafobie.	4511	0	0,00 %
Aspergerův syndrom, (podpora, pochopení, láska a pomoc)	1581	3	0,19 %
Deprese, smutky, úzkosti	9426	15	0,16 %
Deprese, úzkost a další bolesti duše	4441	5	0,11 %

Hraniční porucha osobnosti (Eraill Clé)	1298	4	0,31 %
Psychické problémy, úzkosti, deprese a jiné...	4249	9	0,11 %
O čem nemluvíme - úzkost, deprese, fobie, závislosti a jiné	2652	19	0,31 %
Psychické problémy, úzkosti, deprese AGORAFOBIE a jiné.(rady k nezaplacení)	15800	5	0,21 %
Poruchy osobnosti, manipulátoři	13212	9	0,72 %
Aspergerův syndrom	4541	0	0,03 %
Deprese,Psychické probl.,AGORAFÓBIE,úzkosti a jiné (rady k nezaplacení) 🙄	4609	3	0,07 %
Hraniční porucha osobnosti a jiné poruchy osobnosti	1156	2	0,00 %
Sebepoškozování-deprese (Sebapoškodzovanie-depresie) SK/CZ od 15 let!!!	911	7	0,07 %
Sociální fobie/úzkost CZ/SK	520	9	0,17 %
Psychologická Poradna	1459	3	0,77 %
Hraniční porucha osobnosti trochu jinak	328	4	1,73 %
Duševní nemoc a duševní zdraví	379	1	0,21 %
Sebepoškozování	1670	4	1,22 %
Deprese	900	0	0,26 %
Panická porucha,deprese a jiné duševní problémy	224	0	0,24 %
Bipolární afektivní porucha - skupina	279	0	0,00 %
Deprese, úzkosti, emoční nestabilita. Aneb Vzájemně si pomáháme ❤️	1562	2	0,00 %
Panická porucha, panická ataka - nejste v tom sami	12000	6	0,00 %
Psychiatrická Kuřárna 2.0 - The New Hope	2217	14	0,63 %

Panická porucha PP a deprese	3026	3	0,10 %
Mozková mlha, derealizace, deperzonalizace	566	1	0,18 %
Schizoidní a schizotypní porucha	529	1	0,19 %
Abstinenci - drogy, alkohol :)	7907	25	0,32 %
Schizofrenie	1963	9	0,46 %
Mentální anorexie a bulimie	1607	2	0,12 %
ADHD (ADD) - v dospělosti	1844	8	0,43 %
Autisti (Aspergeri), OCD, ADHD, soc. fobie, deprese, úzkosti - podpora!	374	1	0,27 %
Panická porucha a Agorafobie	2172	6	0,28 %
Bipolární afektivní porucha - maniodeprese	1759	26	1,48 %
Panická porucha alias F41.0	475	1	0,21 %
Potřebuji Pomoc. (Sebepoškozování apod..)	1642	1	0,06 %
PANICKÁ PORUCHA/OCD /AGORAFOBIE/DEPRESE A JINÉ...	776	2	0,26 %
