

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

VLIV OSOBNOSTNÍCH RYSŮ NA
INTERNALIZACI TĚLESNÉHO IDEÁLU
V SOUVISLOSTI S PORUCHAMI PŘÍJMU
POTRAVY

The influence of personality traits on the body
ideal internalization in connection with eating disorders



Bakalářská diplomová práce

Autor: **Hana Štěpánová**

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

Olomouc 2023

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Heleně Pipové, Ph.D. za její trpělivost, cenné rady a ochotný přístup, který mi pomohl získat zkušenosti při psaní mé první diplomové práce. Dále bych chtěla poděkovat PhDr. Danielu Dostálovi, Ph.D. za statistickou oporu a ochotu nalézt řešení na to, co se zprvu zdálo neřešitelným.

Děkuji svým rodičům, kteří mi umožňují studium, bezpodmínečně mě podporují na každém kroku mé cesty a vytvářejí domov, který je zdrojem síly. Dále děkuji všem svým blízkým, které mám v srdci a Vy jistě víte, o kom mluvím. Nesmírně si vážím toho, že ve chvílích samoty je tu pro mě Vaše náruč, ve chvílích nesnází Vaše pomocná ruka a ve chvílích těžkosti Váš pohled na věc, který přinese lehkost zpět. Bez Vás by to nešlo.

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou práci na téma: „*Vliv osobnostních rysů na internalizaci tělesného ideálu v souvislosti s poruchami příjmu potravy*“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 20.3.2023

Podpis.....

OBSAH

ÚVOD	4
TEORETICKÁ ČÁST	5
1. IDEÁL TĚLESNÉ KRÁSY	6
1.1. Pojetí krásy	6
1.2. Vývoj ideálu krásy těla	7
1.3. Současný ideál krásy těla.....	11
2. PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY	15
2.1. Mentální anorexie	15
2.2. Mentální bulimie.....	16
2.3. Záchvatovité přejídání	17
2.4. Další formy poruch příjmu potravy	18
2.5. Rizikové faktory stravovací patologie.....	18
3. OSOBNOST	23
3.1. Vymezení pojmu	23
3.2. Psychická vlastnost, dispozice, osobnostní rys	24
3.3. Pětifaktorový model osobnosti	25
3.4. Perfekcionismus.....	31
3.5. Resilience.....	32
VÝZKUMNÁ ČÁST	33
4. VÝZKUMNÝ PROBLÉM	34
4.1. Výzkumné cíle	35
4.2. Výzkumné otázky	35
5. TYP VÝZKUMU A POUŽITÉ METODY	36
5.1. Výzkumný design	36
5.2. Aplikovaná metodika.....	36
5.3. Převod metod.....	40
5.4. Formulace hypotéz ke statistickému testování	40

6. TECHNICKÉ PROVEDENÍ A SBĚR DAT	44
6.1. Technický plán.....	44
6.2. Sběr dat.....	44
7. VÝZKUMNÝ SOUBOR A ETIKA.....	45
7.1. Výzkumný soubor.....	45
7.2. Etika výzkumu.....	47
8. PRÁCE S DATY A JEJÍ VÝSLEDKY.....	49
8.1. Metody analýzy dat	49
8.2. Deskriptivní statistika.....	50
8.3. Výsledky ověření statistických hypotéz	56
9. DISKUZE.....	65
10. ZÁVĚR.....	73
SOUHRN	75
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	79
PŘÍLOHY	88

ÚVOD

I když dodnes není snadné nalézt uspokojivou odpověď na otázku, co to ideál krásy vlastně je, výzkum posledních desetiletí ukazuje rozsáhlé důsledky fyzické atraktivity na lidský život. Ideál krásy lze pojímat jako sociální konstrukt, který se vyvíjí a mění snad od počátku lidské existence a přesto, že se představa o ideálu krásy s historickým vývojem měnila, touha zapadnout do právě obdivované skupiny byla vždy velká.

Předkládané společenské standardy se mohou proměnit v určitou formu nátlaku, kterému je v dnešní době medializovaného světa jen velmi těžko možné uniknout. V euroamerické kultuře aktuálně pozorujeme u žen důraz na tělo nejen štíhlé, ale také vypracované – mírně svalnaté. U mladých žen ve svém okolí často vnímám, že vzhled se pod zmíněným nátlakem stává jednou z předních příček žebříčku hodnot. Následně u nich snadno dochází k vývoji chování, které je motivováno změnou vzhledu a může být neprospěšné z toho důvodu, že zdraví jedince se stává hodnotou vedlejší. Hovoříme o tzv. internalizaci společenských ideálů, což znamená, že si jedinec bere společenské standardy za své a často se k nim snaží dopracovat všemi možnými prostředky. Tento postup u osob z rizikových skupin může vyústit až v některé onemocnění z kategorie poruch příjmu potravy. V posledních desetiletích pozorujeme v České republice nárůst jedinců potýkajících se s těmito onemocněními, přičemž některé z nich se oproti jiným psychiatrickým diagnózám pojí s vyšší úmrtností. Ve světě existují výzkumy zabývající se internalizací štíhlého tělesného ideálu jakožto rizikovým faktorem stravovací patologie. Problematika internalizace jak štíhlého, tak vypracovaného těla je v České republice poměrně opomíjeným tématem. Novodobé výzkumy poukazují na provázanost nejen poruch příjmu potravy a internalizace společenských standardů krásy těla, ale také provázanost obou těchto faktorů s osobnostními charakteristikami. Jinými slovy se ukazuje, že někteří jedinci mají na základě osobnostních charakteristik větší tendenci k rozvoji poruchy příjmu potravy, stejně jako k internalizaci společenského ideálu.

Tato práce tedy vznikla s myšlenkou, že by se téma internalizace společenských ideálů jako rizikového faktoru stravovací patologie mělo v České republice otevřít. Neobsáhne celý problém, ale snaží se alespoň rozšířit povědomí o zmíněné problematice a zaměřit se také na vztah těchto proměnných s osobnostními charakteristikami.

TEORETICKÁ ČÁST

1. IDEÁL TĚLESNÉ KRÁSY

Pojetí krásy bylo v minulosti vždy řízeno trendy dané doby a nikdy nemělo statický charakter (Fialová, 2006). Výzkum posledních desetiletí ukazuje rozsáhlé důsledky fyzické atraktivity na lidský život. Kromě toho, že lidé, kteří jsou hodnoceni jako atraktivní, mají větší možnost ve výběru partnera, ukazuje se také, že je s nimi v různých oblastech života zacházeno jinak. Tito jedinci lépe nacházejí uplatnění na trhu práce, získávají vyšší příjmy a snáze navazují přátelství – tedy častěji dosahují žádaných výsledků v oblastech života, které jsou považovány za důležité pro lidskou spokojenost. Možná proto lidé tolik prahnou po tom, být jinými hodnoceni jako atraktivní (Gangestad & Scheyd, 2005).

I když se nám krása může jevit jako něco velmi povrchního, má jistý dopad na náš život a psychiku. V této kapitole nabídneme možné způsoby nahlížení na krásu a vysvětlíme, proč ji v této práci pojímáme jako sociální konstrukt, který je proměnlivý v čase i prostoru. Následně popíšeme změny v jejím vnímání v průběhu historie od pravěku až po současnost. Vysvětlíme také, proč je dnes touha po naplnění společenských standardů zejména u mladých žen velká, proč je rizikem pro lidské zdraví a jakou roli sehrávají v tomto kontextu novodobá média.

1.1. Pojetí krásy

Odpovědi na otázku, proč lidé určité tělesné atributy hodnotí jako krásné, můžeme hledat například v oboru evoluční biologie, který se v hodnocení atraktivity snaží o nalezení mezikulturní shody. Evoluční biologové vychází z předpokladu tzv. pohlavního výběru, který vypovídá o tom, že jedinci považují za atraktivní ty protějšky, které jim přináší určité výhody týkající se zejména reprodukčního úspěchu (Gangestad & Scheyd, 2005).

Jakmile jedinci jednoho pohlaví preferují určité vlastnosti, dochází ke vzniku selekčního tlaku na preferované vlastnosti, protože reprodukční úspěšnost jedinců, kteří tyto vlastnosti nemají, se snižuje. Pohlavní výběr tedy může vést k tomu, že lidé vynakládají úsilí směřující k dosažení požadovaných vlastností. Jednotlivé kultury se však v některých oblastech svých preferencí liší od jiných. Mezikulturní rozdíly vnímáme například v hodnocení tělesné hmotnosti žen (Gangestad & Scheyd, 2005).

Biologický pohled na krásu tedy není všeobsahující a bez problémů. Musí vypořádat s námitkou mezikulturní rozdílnosti, kdy ne ve všech kulturách korespondují ideály krásy se znaky plodnosti. Zejména v nezápadních kulturách (například v západních afrických zemích) je ideál krásy spojován s tělesnou tloušťkou, zatímco v naší kultuře je štíhlé tělo jednou z téměř nutných podmínek krásy. Evoluční výklad krásy je rovněž v rozporu se současným ideálem extrémně štíhlých modelek, a to hlavně z toho důvodu, že ženy, které mají příliš nízké procento tělesného tuku, často ztrácejí plodnost a schopnost reprodukce. Uvedené skutečnosti tedy poukazují na to, že představa o lidské atraktivitě není utvářena pouze biologickými, ale také sociálními a kulturními faktory. Fyzickou krásu lze chápat jako jakýsi vrozený kapitál, který zvyšuje šance na dobrý život. Představuje totiž prostřednictvím své pomíjivosti a výjimečnosti sociální moc – atraktivní lidé snadněji navazují přátelství, působí více sebevědomě a sympaticky (Gross & Crofton, 1977 in Zahrádka, 2008). Pojetí krásy jako společenské hodnoty představuje určitá rizika. Může se stát destruktivní, pokud začne být ve společnosti a v lidských životech prosazována na úkor ostatních hodnot, jako jsou například rovnost, respekt, porozumění, tolerance a soucit (Zahrádka, 2008).

V této práci budeme vycházet ze sociální konstruovanosti krásy zejména z toho důvodu, že pomocí biologického pojetí krásy nelze vysvětlit historické a sociokulturní proměny ženského ideálu krásy projevující se například tím, že v zemích s nedostatkem potravy je tloušťka znakem vysokého společenského postavení, zatímco moderní západní kultura považuje štíhlost za společenský úspěch a prestiž (Zahrádka, 2008).

1.2. Vývoj ideálu krásy těla

Jak již bylo nastíněno, tělo člověka, jeho vzhled i projevy jsou úzce spjaty s kulturou. I přesto, že je pohled na krásu velmi individuální, lze v historii lidstva vysledovat jisté trendy, které ovlivňují hodnocení krásy a následně definují snahy lidí o uspokojivou podobu těla odpovídající pozitivnímu hodnocení. K porozumění tomuto vývoji nám může pomoci studium výtvarných děl z jednotlivých historických období. Snaha vyhovět kulturnímu ideálu krásy byla téměř vždy tradicí spíše ženské populace (Fialová, 2006).

V historické retrospektivě ideál ženského těla po tisíce let kolísá mezi póly ženskosti a mladistvosti. Ženskost je představována tělem spíše korpulentním s výraznými boky a

prsy, které právě vypovídá o zdraví a plodnosti a naproti tomu tělo mladistvé je charakterizováno především štíhlostí (Kasten & Kochesfahani, 2022). V této kapitole se pokusíme stručně nastínit vývoj ideálu krásy ženského těla od období pravěku až po současnost.

První informace, i když jich není mnoho, o tom, jak lidé mohli pojímat krásu, pochází z **pravěku** (Bonafini & Pozzilli, 2011). Existuje předpoklad, že sošky žen, které jsou vyobrazovány jako obézní nebo těhotné – tzv. Venuše, znázorňují ideál krásy této doby. Zaoblené postavy, zejména v oblasti boků a prsou, jsou znakem nejen krásy, ale také plodnosti, jelikož v těžkých životních podmínkách byl kladen důraz především na plození a úspěšné přežití potomstva. Sošky z období pravěku tedy mohou naznačovat, že symboly ženské krásy se odvíjely především od dostatku potravy, tělesného zdraví a s tím související plodnosti (Johnson et al., 2021).

V antickém **Řecku** byl kladen důraz na harmonii těla a duše. Toto uvažování se promítlo také do pojetí krásy, do kterého byly kromě vnějšího vzhledu člověka zahrnuty také povahové rysy. V tomto období bylo mužské tělo považováno za mnohem přitažlivější a krásnější, protože řecké pojetí krásy v tomto období zahrnovalo také tělesnou zdatnost – za ideální byla proto považovaná svalnatá těla mužů. Co se týká ženského těla, preferovány byly zaoblené tvary (Bok, 1974 in Fialová, 2006). Koncepce štíhlého těla, jako jednoho z primárních znaků atraktivity, tedy u starověkých Řeků popularity nenabyla. Nedá se však říci, že by tomu tak bylo i v **Římě**, kde naopak kult štíhlosti převládal. Touha po zachování štíhlé postavy zde dokonce vyústila ve způsob kontroly tělesné hmotnosti, který bychom dnes nazvali bulimickým, tedy záměrně vyvolané zvracení, jenž mělo zabránit negativním dopadům častého hodování na formu postavy (Fialová, 2006).

K jistým změnám v náhledu na lidské tělo došlo v období **gotiky**. Pod silným vlivem křesťanské ideologie bylo v popředí zaměření na duchovní život a zájem o fyzický vzhled byl naopak zavrhován, což se bezpochyby projevilo i v pojetí krásy těla. Modelem je postava Krista, který je symbolem nejvyššího dobra a vyjadřuje skromnost, utrpení a strádání, ke kterému se pojí také štíhlost. Vyobrazené postavy žen jsou tedy v gotice vyobrazovány jako štíhlé, přestože nejdou až do vyhublého extrému. V **renesanci** můžeme pozorovat snahu o nalezení tělesných typů, které by odpovídaly principu mužství a ženství. Důraz byl kladen především na sekundární pohlavní znaky, přičemž při zobrazování

ženských těl si můžeme všimnout široké pánve a celkově zaoblených tvarů daných větší vrstvou podkožního tuku. V následujícím období **baroka** nepozorujeme při vyobrazování ideální ženy zásadní změny. K částečnému převratu pak dochází až s příchodem **19. století**, kdy se setkáváme se dvěma rozdílnými pohledy na ženské tělo. Oba typy ideálního ženského těla mají disponovat útlým pasem zvýrazněným korzetem, ale ke konci století se preference přesouvají od těl štíhlých a křehkých k celkově mohutnějším a disponujícím většími obvody v prsou a bocích. Mohlo to být způsobeno tím, že se do pojetí krásy promítal také pohled medicínský, který spojoval přílišnou hubenost s potenciální nemocí (Fialová, 2006).

Určité parametry krásy lidského těla jsou nám tedy známé již od pravěku. Ideál krásy byl však až do **20. století** určován a ovlivňován především standardy žen šlechtického rodu. V tomto období dochází kromě rostoucí industrializace a modernizace společnosti také k demokratizaci módního průmyslu. Tento fenomén lze pojímat jako pronikání standardizovaného obrazu ženy a obecně módních trendů v oblečení a kosmetice do nižších společenských vrstev mimo šlechtické stavy. Podobné procesy jsou v této době umožněny mimo jiné díky masovému rozvoji nových technologií, potažmo nových typů médií, kdy se například v rámci kinematografie rodí nový archetyp krásy – filmové hvězdy, z nichž je každá božsky krásným terčem masového obdivu. Krása všeobecně, jako i ideál ženské krásy tedy nabývají pro společnost masového významu a stávají se fenomény ovlivňující společnost ve větším měřítku, než kdy dříve (Lipovetsky, 2007 in Kim, 2022).

Na začátku 20. století se již objevily jisté tendence ke štíhlosti – byla zdůrazněna štíhlá linie s výraznějšími prsy a boky. Ideál ženy však nepůsobil křehce, nýbrž vysokým a vzpřímeným dojmem. Po první světové válce byl romantický ideál ženy s křivkami zvýrazněnými korzetem postupně opouštěn. Siluety se zploštily a začaly mizet zaoblené ženské tvary. Také díky volnějším střihům, které se v módě začaly prosazovat, působil ideál poněkud chlapeckým dojmem. Pozornost byla mimo jiné zaměřena na obnaženost nohou (Fialová, 2006). Zásadní změnou v textilním průmyslu byl v roce 1919 příchod standardizované tabulky velikostí ženského oblečení. Do této doby převažoval způsob šití oblečení na míru, které tak bylo přizpůsobeno každému tělu. Najednou se těla musela přizpůsobovat šatům (Crook, 1995 in Kim, 2022).

Nelze opomenout také rozvoj médií ve 20. letech tohoto století, která jak již bylo zmíněno, měla zásadní roli – jejich zásluhou začaly postupně vznikat uniformní požadavky na tělesný vzhled. Ve 30. letech byl zaznamenán návrat k ideálům starším, nohy byly opět zahalovány delšími sukněmi a důraz byl kladen také na úzký pas a velikost prsou. Tento pohled na krásu přetrval do let čtyřicátých s tím rozdílem, že do popředí se postupně opět dostávaly odhalené nohy (Fialová, 2006).

S příchodem 50. let je celý západní svět ovlivněn hollywoodskými ikonami módního průmyslu. Ženským terčem masového obdivu se stává americká herečka a zpěvačka Marilyn Monroe, která symbolizuje postavu tvaru přesýpacích hodin s velkými prsy, úzkým pasem a širokými boky. Poválečné období se těšilo z přirozené plnosti ženských tvarů díky rozvíjejícímu se kultu rodiny, který považoval tyto tělesné atributy za předpoklad světlé budoucnosti mateřství (Wolf, 2000 in Kim, 2022). K návratu ke štíhlejší ženské siluete došlo v letech šedesátých a sedmdesátých, přičemž šedesátá léta jsou považována za období největšího nárůstu poruch příjmu potravy (konkrétně mentální anorexie a mentální bulimie) u žen (Fialová, 2006). Tato skutečnost může být spojena s příchodem nové britské modní ikony, která vystupovala pod přezdívkou „Twiggy“, vážila pouhých 44 kilogramů při výšce 172 centimetrů a stala se vzorem mnoha žen. Se svou velmi štíhlou postavou téměř bez křivek a krátkými vlasy představovala pravý opak ideálu postavy feminního tvaru přesýpacích hodin (Grogan, 2000).

V 80. letech byl alespoň z lékařského hlediska zaznamenán obrat k lepšímu a namísto přílišné vyzáblosti začala být vyzdvihována těla štíhlá, avšak o mnoho svalnatější než dříve (Fialová, 2006). Tato představa o tělesném ideálu v kombinaci s větším poprsím zapříčinila popularizaci nejen fitness center, ale také estetické chirurgie, kdy se přes dva miliony amerických žen rozhodlo pro voperování silikonových prsních implantátů (Etcoff, 2002 in Kim, 2022).

Ženám bylo ze všech stran vnucováno, že mají být zdravé, štíhlé a fit (Grogan, 2000). Zhruba v druhé polovině devadesátých let přichází s tehdejšími rozvojem drogové scény v západních zemích včetně České republiky, která po pádu železné opony otevřela hranice celému světu (Petroušková, 2010) nový trend, tzv. *heroine chic* nebo *crack baby look*, tedy vzhled inspirovaný drogově závislými. Je představován extrémně hubenou

postavou, modrými rty, bledou pletí, tmavými kruhy pod očima apod., ideály krásy se tak postupně výrazně vzdalují od zdravého vzhledu (Grogan, 2000).

1.3. Současný ideál krásy těla

Zde je znovu je nutné podotknout, že v dnešní době, jako i ve všech předchozích, se ideál krásy těla odvíjí od kulturních faktorů a socioekonomických podmínek. Všeobecně platí, že země, kde není dostatek jídla, upřednostňují plnější vzhled těla než země, kde je jídla dostatek či nadbytek (Kasten & Kochesfahani, 2022). Vnímání krásy vychází také z kulturně specifických tradic a postavení příslušníků společnosti. S odlišnými požadavky na vzhled těla, než se uplatňují v naší kultuře, se setkáváme především v některých afrických a asijských kulturách (Fialová, 2006).

Stejně jako v předchozí kapitole se tedy můžeme pokusit o vymezení standardů, jež jsou společné pro většinu zemí západního světa, jejichž propojenost je dána mimo jiné současným masovým rozvojem médií na tomto území. Vždy však musíme brát v potaz individualitu jak daného jedince, tak kultury a počítat s jistým omezením našich závěrů. Dá se však říci, že od 80. let do současnosti přetrvává v naší společnosti požadavek štíhlé postavy, která však není podvyživená, ale prosazován je ideál svalnatějšího ženského těla (Fialová, 2006). Ženy západní společnosti jsou bombardovány podněty nabízející závěr, že aby byly považovány za krásné, musí být jejich postavy nejen štíhlé, ale také vypracované (Uhlmann et al., 2020).

Vymezení aktuálního tělesného ideálu je však složité z důvodu nedostatku odborných prací reflektujících současné období. Možným způsobem, jak mapovat soudobé standardy atraktivity, je analýza médií určených pro ženy (například článků z časopisů, blogů nebo profilů na sociálních sítích) zobrazujících aktuální trendy v oblasti módy a krásy. Přestože taková analýza potvrzuje, že v současné euroamerické kultuře panuje zmíněný kult nejen štíhlého, ale také vypracovaného těla (Simpson & Mazzeo, 2017), můžeme dle Kim (2022) zaznamenat určitý posun v hodnocení tělesné krásy. Zdá se, že společnost začíná jako krásu oslavovat ženskou přirozenost ve všech podobách a formách. Hovoříme o takzvané body pozitivitě – přijetí a lásce ke svému tělu bez ohledu na společenské standardy. Tento přístup k ženskému tělu je však v zárodku a lidem přirozená tělesná rozmanitost je při jeho zobrazení médií stále velmi nedostatečná.

Stále však platí, že s výjimkou antiky nebyl nikdy v minulosti na vzhled kladen takový důraz jako v současné euroamerické kultuře. „*Sociologové, psychologové a antropologové hovoří v této souvislosti o kultu těla, zdraví a štíhlosti jako o fenoménu ovládajícím celou západní společnost od poloviny osmdesátých let*” (Ševčíková, 2006, 3). Jako již tradičně, také v dnešní době je kladen větší důraz na podřízení se tělesnému ideálu u žen, i když se dá říci, že celá moderní industriální společnost je téměř posedlá touhou po dokonale pevné „zkrocené” postavě do té míry, že dokonce pozorujeme vůči tělu určitou nepřátelskost (Ševčíková, 2006). Tento fenomén je výstižně shrnula Naomi Wolf, dle které je mýtus krásy symbolem toho, že v současné západní kultuře panují určité společenské síly, jež přesvědčují ženy o tom, že aby mohly být považovány za úspěšné, musí být také považovány za krásné (Wolf, 1990 in Ševčíková, 2006).

Znamená to, že existuje určitý společenský nátlak přizpůsobit se médiu prezentovanému ideálu štíhlého a pevného těla. Jedním z důvodů může být to, že podmínkou úspěšné ekonomiky západní společnosti je lidská touha vlastnit majetek. Pod tímto nátlakem mnozí lidé z naší společnosti kladou na první místo ve svém žebříčku hodnot bohatství a podle něj také posuzují ideální bytost. To, co udržuje naši ekonomiku při životě, je neustálý prodej výrobků, který částečně stojí na zahlcování lidí podněty v médiích a podílí se tvorbě mýtu o ideální štíhlé ženské postavě (Fialová, 2006).

Žena, která má peníze, si může dovolit nákladná pravidelná cvičení s osobním trenérem, výživové poradce, kosmetičku či kadeřníka a podobně. Díky těmto prostředkům si udržuje mladistvý a štíhlý vzhled, ve společnosti je terčem obdivu a navíc uspokojuje ekonomické potřeby spotřebního průmyslu naší kultury. Vydá velké množství financí na získání prostředků k udržení takového vzhledu, a pokud je ještě masovými médii zobrazována jako ikona, její napodobitelky často marnou snahou o přiblížení se jejímu vzhledu podpoří spotřební průmysl ještě mnohonásobnými obnosy (Fialová, 2006).

Ženské tělo se tedy v naší společnosti stalo kulturním produktem. Je pod tlakem reklamy a médií neustále konfrontováno s aktuálním ideálem krásy. Možnost uniknout tomuto tlaku okolí téměř neexistuje a prakticky nemožné je také vyhnout se přenosu předkládaného ideálu do vlastního sebepojetí. Dá se říci, že naše společnost vede ženy od útlého věku k chápání svého těla jako obchodního artiklu. Tělo žen je využíváno k prodeji zboží a v podstatě se do určité míry stává předmětem (Fialová, 2006). Grogan (2000)

uvádí, že ochota, s jakou ženy téměř všech tříd, etnik a generací přijímají představu, že jejich tělo je jako zahrada – prostor pro neustálé zlepšování a tvarování, je zakořeněna právě v chápání vlastního těla jako zboží.

Zásadní roli jako faktory posilující společenský ideál krásy hrají již několikrát zmíněná média. V tomto kontextu hovoříme nejen o televizi, filmech a časopisech, ale také o v posledních letech závratnou rychlostí se rozrůstajícím internetovém obsahu. Ženy v mladém dospělosti jsou v porovnání s jinými typy médií zvyklé trávit více času sledováním obsahu orientovaného na témata týkající se vzhledu. Rozsáhlý výzkum dokazuje, že sledování masmédií prezentujících společenské standardy krásy zprostředkovává ženám nerealistické představy o tom, jak by jejich tělo mělo ideálně vypadat. Opakované vystavení mediálnímu tlaku na štíhlost těla je u žen v tomto věku rizikovým faktorem internalizace nerealistických ideálů krásy a také poruch příjmu potravy (Simpson & Mazzeo, 2017).

V posledních letech přibývají na významu blogy reprezentující zdravý životní styl, které jsou součástí rozrůstajícího se internetového obsahu a mají mladým ženám být průvodcem na cestě za vysněnou postavou. Tyto blogy se však ukazují jako problematické pro čtenáře, kteří se potýkají s potížemi v oblasti stravování nebo body image, protože se ukazuje, že těmito problémy často trpí samy autorky takových blogů, ať už to jsou přímo poruchy příjmu potravy, držení restriktivních diet a podobně. Patologický přístup ke stravování či k vlastnímu tělu může u tvůrců internetového obsahu vyústit až v šíření tohoto přístupu například prostřednictvím negativních/vinu vyvolávajících sdělení týkajících se příjmu potravy (Boepple & Thompson, 2014).

Novodobými fenomény, které sledujeme na online platformách propagujících trendy „zdravého“ životního stylu, jsou takzvané *thinspiration* (složené z anglického *thin* – štíhlý a *inspiration* – inspirace) a *fitspiration* (zkráceně *fitness* a *inspiration*). *Thinspiration* představuje obsah (obrázky, citáty, rady apod.) sdílený na sociálních sítích, který má inspirovat ženy k hubnutí nebo v případě tzv. pro-ana blogů dokonce k narušenému stravování, což už se za zdravé opravdu považovat nedá. Expozice *thinspiration* má u mnohých mladých žen negativní dopady na jejich zdraví, včetně extrémních způsobů redukce tělesné váhy nebo právě až rozvoje poruchy příjmu potravy. *Fitspiration* primárně propagující zdraví a fitness se může na první pohled jevit více neškodně. Ukazuje se však,

že většina příspěvků pod tímto názvem souvisí se standardy krásy a vzhledem, nikoli se zdravím. Atraktivita je tedy v tomto kontextu hlavní motivací ke změně chování a při slepé snaze o dosažení společenského ideálu je zdraví odsouváno na vedlejší kolej a nebo je dokonce na úkor atraktivity poškozováno. Rozšiřování fenoménu *fitspiration* se také stává důkazem, že ve společnosti je v současné době kladen stejný důraz na štíhlost jako i na vypracovanost postavy (Simpson & Mazzeo, 2017).

2. PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

Poruchy příjmu potravy (PPP) jsou kategorií duševních onemocnění, přičemž některá z nich se v porovnání s jinými psychiatrickými diagnózami pojí s vysokou úmrtností (Navrátilová & Hamrová, 2009). Patří mezi nejčastější a při dlouhodobém průběhu také nejzávažnější onemocnění mladých dívek a žen (Krch, 2005). V posledních desetiletích pozorujeme nárůst jedinců trpících těmito onemocněními (Kamarádová et al., 2015), je to tedy problematika stále velmi aktuální, i přesto, že by se dalo tvrdit, že je již poměrně kvalitně teoreticky zmapována.

Všeobecně jsou tato onemocnění spojena s obavami z tloušťky, manipulací s jídlem v takové formě, která má přispívat snížení tělesné hmotnosti a také se zkresleným vnímáním vlastního těla (Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky (ÚZIS), 2018). Následující kapitola obsahuje charakteristiky vybraných typů poruch příjmu potravy a rizikové faktory, které mohou ke vzniku stravovací patologie přispívat.

2.1. Mentální anorexie

Mentální anorexie (MA) je charakterizována úmyslným zhubnutím, které jedinec sám vyvolá a nadále udržuje. Jedním z hlavních diagnostických kritérií je tedy nízké BMI (index tělesné hmotnosti vyjadřující vztah mezi tělesnou hmotností a výškou), konkrétně hodnota nižší než $18,5 \text{ kg/m}^2$. Tato porucha je spojena s patologickým strachem z tloustnutí vyvolávajícím vtíravé myšlenky, které nutí pacienta usilovat o stále nižší tělesnou váhu (World Health Organization (WHO), 2019).

Strach je faktorem, díky němuž pacienti neustále setrvávají ve vzorci restriktivního stravování. Bezpochyby má dopady na chování pacienta a při léčbě bývá úskalím. (Murray et al., 2018).

Anorexie se projevuje například záměrným výběrem nízkokalorických potravin, půstováním a pomalým jedením velmi malého množství jídla. Kromě chování týkajícího se restrikce jídla patří k příznakům tohoto onemocnění také nadměrná tělesná aktivita a v některých případech vyvolávání zvracení či průjmů. Typické je přílišné zaujetí tělesnou hmotností (jakož i tvarem těla), která je přeceňována a nabývá zásadního významu pro

sebehodnocení jedince, přičemž své tělo i při značné podvýživě často chybně vnímá jako průměrné nebo dokonce nadměrné. V rámci populace se mentální anorexie nejčastěji týká dospívajících dívek a mladých žen (15–19 let), ale vyskytují se i případy, ve kterých se objevuje ve vyšším věku nebo přetrvává v chronické formě po celý život (Papežová, 2010). Celosvětově také narůstá prevalence mentální anorexie mezi muži (WHO, 2019).

Anorexie se vyskytuje napříč všemi kulturami, avšak prezentace symptomů se u různých kultur liší. Motivem k restriktivnímu stravování pak nemusí vždy být strach z přibírání, nýbrž i gastrointestinální nepohodlí či náboženské důvody, přičemž nadměrné zaujetí nízkou hmotností těla přetrvává v popředí. Výskyt onemocnění je vyšší v zemích s vysokými příjmy, v populacích s vyšší mírou globalizace a s ní spojenou transformací sociokulturních hodnot, zásobování jídlem a celkově životního stylu. V zemích jako je Afrika nebo Latinská Amerika je prevalence mentální anorexie výrazně nižší než v Evropě a v některých asijských zemích (WHO, 2019).

2.2. Mentální bulimie

Pro mentální bulimii (MB) jsou typické opakované záchvaty přejídání spojené s nadměrnou kontrolou tělesné váhy. Toto spojení nemusí čtenáři, který se s touto problematikou nikdy dříve nesetkal, dávat na první pohled zřejmý smysl. Je totiž nutno dodat, že po epizodách přejídání následuje nevhodné kompenzační chování (nejčastěji záměrné zvracení, používání projímadel či nadměrné cvičení), jenž má předejít přibírání na váze. Stejně jako u mentální anorexie je totiž jedinec velmi zaujatý hmotností a tvarem svého těla se značným vlivem na sebehodnocení. Během zmíněných záchvatů jedení zažívá jedinec pocity ztráty kontroly nad svým stravovacím chováním a jí výrazně více než obvykle – jakmile začne jíst, nemůže přestat. Přejídání je pak často spojeno s distresem a prožitkem velmi negativních emocí jako je pocit viny, stud a znechucení, které mají pochopitelně také negativní vliv na jedincovo sebehodnocení a mohou být posilujícím motivem k zahájení kompenzačního chování (WHO, 2019).

U poruchy mentální bulimie můžeme sledovat jistou provázanost s mentální anorexií. Anamnéza mentální anorexie zvyšuje pravděpodobnost výskytu mentální bulimie. V některých případech vede pro anorexiu typický restriktivní vzorec stravování po nějaké době právě k záchvatům přejídání. V takových případech může být změněna diagnóza z

MA na MB po jednom roce, kdy není tělesná hmotnost dostatečně nízká na to, aby splňovala diagnostická kritéria mentální anorexie (WHO, 2019).

Průměrný vznik věk vzniku bulimie je 20–39 let (Turnbull et al., 1996 in Papežová, 2010) a stejně jako MA je typičtější pro ženskou část populace. Prevalence mentální bulimie je vyšší v kulturách, pro které je charakteristický štíhlý ideál ženského těla (WHO, 2019).

2.3. Záchvatovité přejídání

Jak již může napovědět název, pro tuto poruchu jsou rovněž typické záchvaty přejídání s tím rozdílem, že nedochází (nebo alespoň ne pravidelně) ke kompenzačnímu chování. Záchvaty jení jsou stejně jako u mentální bulimie spojeny s pocitem ztráty kontroly nad jídlem, s významnou mírou distresu a s negativními emocemi – zejména se strachem. Mezi další charakteristiky záchvatovitého přejídání patří rychlé jení, jení i bez fyzického pocitu hladu nebo jení o samotě kvůli rozpakům z toho, jak by na tento stravovací vzorec mohli nahlížet jiní lidé. Z toho plyne také potenciál této poruchy k narušení osobního i sociálního života jedince. I když je tato porucha často doprovázena přibíráním nebo obezitou, pacienti mohou mít normální nebo dokonce nízkou hmotnost – ta zde není diagnostickým kritériem. Zaujatost tvarem nebo hmotností vlastního těla je zde opět typickou, ale pro diagnostiku této nemoci také není zásadní. Důležité jsou pravidelně se objevující záchvaty jení po dobu několika měsíců (WHO, 2019).

„Náhodně popadnu cokoli k jídlu a nacpu si to do pusy, někdy to ani nerozkoušu. Ale potom začnu mít výčitky svědomí a obavy, protože mě bolí žaludek a vylitně mi teplota. Jist přestanu až tehdy, když je mi opravdu špatně” – zkušenost se záchvatovitým přejídáním (Cooper, 2014, 14).

Stejně jako výše uvedené poruchy příjmu potravy se i tato porucha častěji vyskytuje u žen než u mužů, ale rozložení je zde již rovnoměrnější. Objevuje se obvykle během dospívání nebo mladé dospělosti. Se záchvatovitým přejídáním se častěji setkáváme u jedinců s nadváhou než u těch s průměrným či nižším BMI. I když se jedná o poruchu často perzistentní, má vyšší míru remise než jiné stravovací poruchy. Pokud bychom chtěli srovnat rovnoměrnost rozložení poruch příjmu potravy napříč kulturami, záchvatovité přejídání je rozloženo rovnoměrněji než jiné poruchy. To znamená, že prevalence je při

nejmenším stejně vysoká v zemích s nízkými nebo středně vysokými příjmy jako v zemích s příjmy vysokými (WHO, 2019).

2.4. Další formy poruch příjmu potravy

Jak již bylo zmíněno na začátku kapitoly, najdete v této práci charakteristiky pouze vybraných typů poruch příjmu potravy. Ostatní poruchy, které jsou součástí MKN-11 (nejnovější revize Mezinárodní klasifikace nemocí) buď nejsou motivovány touhou po dosažení štíhlého ideálu těla nebo nejsou tak časté a tudíž pro tuto práci ztrácí na relevanci. Ráda bych ale zmínila problematiku tzv. orthorexie nervosa, která sice není součástí MKN-11 a nemůžeme ji tedy považovat za oficiální poruchu, ale vzhledem k tématu práce a k současnému ideálu tělesné krásy v naší kultuře (tělo nejen štíhlé, ale také zpevněné) se jeví jako velmi relevantní.

Orthorexie je jev, při kterém se lidé stávají posedlými zdravou stravou natolik, že jim to v konečném důsledku více škodí, než prospívá z důvodu značných prožitků distresu. Poprvé byla pojmenována v roce 1997 Stevenem Bratmanem, první návrh diagnostických kritérií byl však stanoven až v roce 2015 (Dunn et al. 2017) a navzdory rostoucímu počtu počtu studií je vědecký pohled na tuto problematiku stále rozporuplný.

Někteří vědci naznačují překryv s jinými diagnózami jako je anorexie, vyhubavě restriktivní porucha příjmu potravy nebo obsedantně kompulzivní porucha. V roce 2019 proběhla studie, ve které se 78 % dotazovaných odborníků z Nizozemska přiklonilo k názoru, že by orthorexie nervosa měla být samostatnou diagnózou. Někteří z nich však vyjádřili obavy z obtížného rozlišení tohoto potenciálního onemocnění od zdravé populace. Pak by se mohlo stát, že by i lidé, kteří jsou v pořádku, chybně dostávali nálepku této diagnózy (Ryman et al., 2019).

2.5. Rizikové faktory stravovací patologie

V psychiatrii je všeobecně obtížné určit okolnosti vzniku patologie. Nejčastěji se totiž jedná o kombinaci různých faktorů, přičemž sám o sobě by žádný z nich k poruše vést nemusel, ale pokud se spojí s jinými, mozaika se stává kompletní a onemocnění začíná (Orel, 2020).

Jedinci trpící stejnou diagnózou, jsou si často v něčem podobní. Tyto podobnosti můžeme pozorovat, popřípadě se pokusit analyzovat jejich provázanost se vznikem onemocnění. Pokud zjistíme, že se pozorovaná okolnost ke sledované diagnóze opravdu nějak vztahuje, pravděpodobně jsme narazili na tzv. rizikový faktor vzniku dané patologie. Rizikový faktor je tedy proměnná, u které bylo prokázáno, že prospektivně předpovídá následnou patologii. Faktor může být považován za rizikový, pokud u jedinců bez stanovené diagnózy zvyšuje přítomnost tohoto faktoru výskyt symptomů daného onemocnění (Stice, 2002).

2.5.1. Body mass index (BMI)

Zvýšený index tělesné hmotnosti, jinými slovy nadváha, má teoreticky za následek zvýšený sociální tlak na hubnutí a nespokojenost s vlastním tělem, což u některých jedinců vede k držení různých diet, prožitkům negativních emocí a následně ke zvýšenému riziku stravovací patologie (Stice, 2002).

2.5.2. Rodinné prostředí

Role rodiny je z hlediska vzniku poruch příjmu potravy obzvlášť významná. Má neodmyslitelný vliv nejen na formování konceptu úspěchu, krásy, představy o vlastním těle, ale také na tvorbu pohybových a stravovacích návyků. V souvislosti s poruchami příjmu potravy je také poukazováno na nadměrně vysoká očekávání a kritičnost rodičů s nedostatkem empatie (Krch, 2005).

Tento přístup k výchově může mít za následek rozvoj dalších faktorů souvisejících s výskytem PPP. Rodiče, kteří jsou charakterizováni jako drsní, kritičtí, kontrolující a vyžadující nepřiměřeně vysoké standardy, mají často perfekcionistačké děti (Rice et al., 2005). Perfekcionismus je jedním osobnostních rysů, který se ukázal jako zásadní v kontextu vzniku a přetrvávání stravovacích poruch (Wade & Tiggemann, 2013).

Výzkum, jehož participanty byly preadolescentní dívky, poukazuje na provázanost škádlení ohledně tělesného vzhledu ze stran rodinných příslušníků s rozvojem narušeného stravování. Otcovské, stejně jako sourozenecké škádlení bylo významným prediktorem tělesné nespokojenosti, srovnávání, internalizace tělesného ideálu, restriktivního

stravování, bulimického chování, deprese a výrazně snížené sebeúcty, což jsou všechno rizikové faktory vzniku PPP (Keery et al., 2005).

Je také nutno podotknout, že už samotný výskyt poruchy příjmu potravy je v kontextu nejbližších příbuzných ženského pohlaví považován za významný rizikový faktor. Mezi matkami dívek s anorexií se často vyskytují nevhodné jídelní a dietní postoje (Krch, 2005). Matky dcer, které mají narušené stravovací návyky, častěji vyjadřují nespokojenost s vlastním tělem. Myslí si, že jejich dcery by měly zhubnout, aby zlepšily svůj vzhled, a tak se častěji než otcové zapojují do intervencí s cílem vzhled či stravovací návyky upravit. Vztah mezi matkou a dcerou je tak jedním z nejvýznamnějších sociokulturních faktorů spojených s PPP a držením různých diet (Maor & Cwikel, 2016). Ve výzkumu Sands & Wardle (2003) byla nalezena souvislost mezi mateřskými postoji a chováním ohledně hmotnosti s mírou uvědomování si socio-kulturního tlaku na společenské standardy tělesné krásy u dcer.

2.5.3. Socio-kulturní tlak

Tlak nejen rodiny, ale také vrstevníků a médií na štíhlost, přispívá k internalizaci tělesného ideálu a přeceňování důležitosti vzhledu (Stice, 2002). V dnešní době digitalizovaného světa jsme téměř nepřetržitě zásobováni podněty ke srovnávání svého vzhledu s kulturním ideálem krásy. Zatímco pro muže často není vzhled jednou z hlavní priorit, protože si svou sebehodnotu ověřují spíše jinými způsoby, ukázalo se, že ženy se pod nátlakem zakořeněných genderových stereotypů mnohdy snaží dosáhnout dokonalosti svého těla (Šrámková et al., 2016).

2.5.4. Internalizace tělesného ideálu

Internalizace ideálu vzhledu znamená přijímání společensky předepisovaných standardů za vlastní a následně touha tyto ideály ztělesňovat. Tento mechanismus lze vysvětlit z pohledu evoluční psychologie – ztělesňování kvalit, které ostatní lidé hodnotí jako atraktivní je zásadním kritériem pro navazování vztahů a získávání postavení ve skupině, tedy pro naplnění jedné ze základních lidských potřeb. Proto může pro jedince nabývat hodnocení ostatními takové důležitosti (Uhlmann et al., 2020).

Internalizace tělesného ideálu hraje zásadní roli v sociokulturních modelech nástupu a přetrvávání poruchy příjmu potravy. Ve skutečnosti je jedním z mála identifikovaných rizikových faktorů s dostatkem empirických důkazů, které podporují jeho navrhovanou roli jako kauzálního rizikového faktoru PPP. Výzkumy také dokazují, že role internalizace se často uplatňuje i po zotavení, kdy představuje zvýšené riziko relapsu (Schaefer et al., 2019).

Zvnitřnění ideálu těla je jedním z faktorů, které se objevují poměrně brzo (dříve než jiné, např. nespokojenost s vlastním tělem, držení diet) před nástupem poruchy příjmu potravy. V experimentu, který provedl Eric Stice, byla stanovena hypotéza, že snížením internalizace tělesného ideálu dojde také ke snížení výskytu jiných rizikových faktorů s celkovým pozitivním dopadem na ústup PPP. Tato hypotéza byla ve výzkumu podpořena a efekt intervence, která byla zaměřená na snížení internalizace, byl pozorován dokonce i po uplynutí jednoho měsíce. U experimentální skupiny, na rozdíl od skupiny kontrolní, se mimo jiné objevil ústup symptomů bulimie nervosy (Stice et al. 2000). Internalizace tělesného ideálu by mohla být vhodnou oblastí prevence tělesné nespokojenosti (Sands & Wardle, 2003), která je úzce spjata se stravovací patologií (Stice, 2002).

Problematickými se v tomto kontextu mohou stát již zmíněná média. Mladé ženy jsou v dnešní době vystaveny neustálému proudu rádobu inspirujících obrazů ženského těla s dopady na vlastní body image a sebehodnocení. Ukazuje se, že právě vystavení tělesným ideálům prezentovaným na sociálních sítích má souvislost s internalizací společenských ideálů krásy těla (Yamamiya et al., 2005; Nouri et al., 2011).

2.5.5. Nespokojenost s vlastním tělem

Poslední, avšak ne méně důležitý rizikový faktor stravovací patologie, který v této práci zmíníme, je nespokojenost s vlastním tělem, jenž jak uvedl Stice (2002), může přímo podporovat kompenzační chování charakteristické pro některé poruchy příjmu potravy (např. zvracení). Představuje negativní subjektivní hodnocení vlastního těla a je spojena s mnoha psychologickými i fyzickými dopady na zdraví člověka. Jinými slovy by se dala tato nespokojenost popsat také jako prožitek diskrepance mezi vnímaným a ideálním já (Lantz et al., 2018).

Pojem diskrepance vychází z tzv. Teorie sebe-diskrepance, která popisuje rozpor nebo nesoulad mezi vnímaným a ideálním já. Čím je tento rozdíl větší, tím pravděpodobněji bude jedinec prožívat negativní emoce spojené s vnímáním vlastního já (Higgins, 1989).

Tato teorie nám také může pomoci pochopit, proč je internalizace například nezdravě hubeného ideálu těla tak významným rizikovým faktorem vzniku PPP. Na samotné diskrepanci není v zásadě nic špatného, protože nám pomáhá vnímat rozdíl v našem aktuálním stavu a ve stavu ideálním, do kterého bychom se rádi dostali. Lidé proto mohou, ač spíše nevědomě, využívat diskrepance jako motivačního faktoru (Lantz et al., 2018).

Pokud však máme internalizovaný extrémně hubený ideál, jehož dosažení nemusí být pro naše tělo reálné, prožitek negativních emocí, jakožto dopadu diskrepance a následně nespokojenosti s vlastním tělem, je významný. U některých jedinců se může stát motivací k zahájení nezdravých způsobů jak tohoto ideálu dosáhnout a faktorem podmiňujícím vznik stravovací patologie (Mason et al., 2016).

3. OSOBNOST

Studium lidské osobnosti je v oboru psychologie zásadním. Může nám pomoci objasnit mnohé procesy týkající se nejen jedincova vnímání, myšlení, prožívání i chování. Mimo jiné má přínos v klinické praxi, jelikož mnohé výzkumy poukazují na provázanost některých osobnostních rysů s psychopatologií (Cassin & Ranson, 2005).

Následující kapitola se pokusí čtenáři objasnit, jak rozumět pojům jako je osobnost, psychická vlastnost, dispozice a osobnostní rys. Dále se zaměřuje na v posledních desetiletích hojně využívaný model sloužící k popisu osobnosti – Pětifaktorový model osobnosti, a jeho využití. Bez zmínky nezůstanou ani další osobnostní vlastnosti, které jsou vzhledem k tématu této práce důležité.

3.1. Vymezení pojmu

Psychologie osobnosti je významným oborem nejen pro zkoumání lidské individuality. Přesto mezi autory doposud nedošlo ke konsenzu ve vymezení osobnosti či její struktury. Podle Pavla Říčana (2010) si můžeme slovo osobnost vyložit třemi způsoby:

- Na osobnost nahlížíme jako na *hodnotící pojem*, konkrétně na to, čím je jedinec nějak pozoruhodný a vynikající, především v pozitivním slova smyslu. V psychologii se však snažíme pokud možno vyhnout hodnotícím pojmům, chceme-li se řídit příkladem přírodních věd, které mají být nestranné a objektivní.
- Osobnost jako *psychická individualita jedince*, čím se rozumí osobitost, odlišnost daného jedince od jiných jedinců (zejména téhož věku a kultury). Z tohoto pohledu je pak psychologie osobnosti vědou o individuálních rozdílech, které popisuje a vykládá.
- Osobnost jako *architektura celku psychiky*, například Tardy (1967) uvádí, že osobnost je člověk jako celek po stránce duševní. Potom je zkoumání osobnosti vesměs analogické ke zkoumání například anatomie lidského těla. Jde o nacházení a

identifikování různých částí psychiky jako relativně samostatných částí, z nichž každá má svou funkci a zejména o integrovanou souhru těchto složek (Říčan, 2010).

Dle Americké psychologické asociace je osobnost trvalá konfigurace vlastností a chování jedince, přičemž zahrnuje aspekty jako je přizpůsobení se životu, hlavní rysy, zájmy, dále pudy, hodnoty, sebepojetí, schopnosti a emoční vzorce. Obecně je vnímána jako komplexní a dynamické spojení, které je formováno mnoha silami včetně například dědičných a konstitučních tendencí nebo rané výchovy. Různé teorie vysvětlují strukturu a vývoj osobnosti různými způsoby, ale všechny se shodují, že osobnost pomáhá určovat chování (VandenBos, 2007).

3.2. Psychická vlastnost, dispozice, osobnostní rys

Pro účely této práce je nutné vymezit pojmy psychická vlastnost, dispozice a osobnostní rys a objasnit vztahy mezi nimi. Ani na ty však není v rámci různých přístupů k jejich zkoumání nahlíženo zcela jednotně.

Vlastnosti osobnosti mohou vyjadřovat zobecnění pozorovaných projevů člověka. Pokud se tedy člověk chová v různých situacích stejně útočně, je označen za agresivního. Z toho vyplývá, že se jedná o popisné charakteristiky osobnosti pozorovaného jedince. Na osobnostní vlastnost lze však rovněž nahlížet jako na vnitřní determinanty chování, které poukazují na psychické funkce stojící za nimi. V tomto případě se psychická vlastnost stává hypotetickou konstrukcí, vysouzenou předpokládanou vnitřní determinantou projevů osobnosti (Hřebíčková, 2011).

Dispozice jsou nejčastěji chápány jako vrozené či získané připravenosti nějak se chovat, jednat nebo prožívat situace určitým způsobem. Jsou to nepozorovatelné charakteristiky, na něž usuzujeme, když se snažíme o vysvětlení určitého chování, jednání nebo prožitku osobnosti. Pojem osobnostní rys pak bývá často užíván jako synonymum k pojmu dispozice. V některých případech však bývá užíván také jako ekvivalentní k pojmu psychická vlastnost. Oba tyto pohledy na osobnostní rys ve své teorii zohlednil například Allport, který rozlišil rysy *vnější* (behaviorální), jinými slovy ty, které můžeme pozorovat a *vnitřní* (emoční a kognitivní), které z vnějších projevů odvozujeme (Allport, 1937 in Hřebíčková, 2011).

Na tom, zda osobnostní rysy vyjadřují charakteristiky popisující vlastnosti osobnosti nebo zda vysvětlují příčiny chování, jednání a prožívání, se autoři rysových teorií osobnosti doposud neshodli. Početná skupina badatelů se však zhruba od 90. let minulého století shoduje v tom, že osobnost člověka je možné nejlépe vystihnout pěti vlastnostmi zahrnutými v pětifaktorovém modelu osobnosti (Hřebíčková, 2011).

Neznamená to však, že pětifaktorový model je definitivní a všeobsahující. Jak řekl Allport již v roce 1931, může existovat relativně málo vlastností, které jsou dostatečně univerzální na to, aby byly škálovány v populaci jako celku, zatímco v jedné osobnosti se může ukrývat takových rysů třeba tisíc. Z tohoto důvodu je i po sestavení vědeckého seznamu univerzálních rysů zásadní pole úsilí psychologů, aby byly správně pochopeny jemné a jedinečné rysy, které jsou vlastní pouze jedné osobnosti a posléze rozpoznán vzorec, na jehož základě dochází ke zformování dané osobnosti jako celku.

3.3. Pětifaktorový model osobnosti

Pětifaktorový model osobnosti je v posledních letech hojně využívanou metodou k popisu osobnosti. Jedná se o hierarchickou organizaci osobnostních rysů z hlediska pěti základních dimenzí: *Extraverze, Přívětivost, Svědomitost, Neuroticismus a Otevřenost vůči zkušenosti*. Výzkum podporuje komplexnost modelu a jeho použitelnost napříč pozorovateli a kulturami (McCrae & John, 1992).

3.3.1. Vznik modelu

Pětifaktorový model osobnosti je jeden z modelů, který v sobě zahrnuje oba z výše zmíněných pohledů na osobnostní rys (*vnitřní i vnější*). Byl sestaven v minulém století pomocí tzv. lexikální hypotézy a následné faktorové analýzy. Obecná lexikální hypotéza vychází z toho předpokladu, že nejpodstatnější individuální rozdíly jsou uchovány v jazyce, přičemž čím je rozdíl významnější, tím častěji jsou jako jednotlivá slova uplatňována v každodenní komunikaci. Nejdůležitější dimenze byly identifikovány pomocí vybrání slov, která se používají pro popis osobnosti a jejich následné redukce pomocí faktorové analýzy. Nyní tyto dimenze tvoří pětifaktorovou strukturu osobnosti (Hřebíčková & Urbánek, 2001).

Goldberg zavedl pro označení těchto pěti faktorů pojmenování „Big Five“ nebo-li „Velká pětka“. Z literatury nám může být známo také pojmenování „OCEAN“, které poprvé použili McCrae a John a je spojením prvních písmen anglických názvů těchto faktorů (Hřebíčková & Urbánek, 2001). Norman později seřadil faktory dle jejich robustnosti: *I – Extraverze*, *II – Přívětivost*, *III – Svědomitost*, *IV – Neuroticismus*, *V – Otevřenost vůči zkušenosti* (McCrae & John, 1992).

Je obtížné jednoznačně určit jednoho autora tohoto modelu, protože studium rysů osobnosti stejně jako metody tvorby tohoto modelu mají rozsáhlou historii. Obecnou lexikální analýzu však jako první zformuloval Galton, který následně shromáždil přibližně tisíc slov používaných k vyjádření vlastností osobnosti (Galton, 1884 in Hřebíčková & Urbánek, 2001).

Jedním z jeho následovníků byl Cattell, který ve čtyřicátých letech započal svou výzkumnou práci rovněž s cílem identifikovat v jazyce nejvýznamnější charakteristiky osobnosti, přičemž se mu podařilo vymezit dvanáct dimenzí. Na Galtonovu teorii osobnostních rysů navázali další autoři a dospěli k jednodušší faktorové struktuře, než byla původní Cattellova a obsahovala již pouze pět faktorů interpretovatelných jen s dílčími odlišnostmi poprvé ve smyslu Velké pětky. Následující zjištění byla pro pětifaktorovou strukturu osobnosti pozitivní a vedla k závěru, že pět faktorů modelu vystihuje univerzální strukturu slov postihujících trvalé charakteristiky osobnosti (Hřebíčková & Urbánek, 2001).

3.3.2. Dimenze modelu

V této podkapitole si blíže představíme pět faktorů tvořících tento model osobnosti. Faktory jsou v řazení dle jejich robustnosti a označeny příslušnými římskými čísly (Norman, 1963 in McCrae & John, 1992).

I. *Extraverze* je faktorem, který odráží kvalitu i kvantitu interpersonálních interakcí, úroveň aktivace a potřebu stimulace. Vysoký skóre se pojí například se sociabilitou, hovorností, optimismem a orientací na druhé; naproti tomu nízký skóre může naznačovat uzavřenost, mlčenlivost, vážnost a úkolovou orientaci (Mičák, 2010).

II. Přívětivost vyjadřuje kvalitu interpersonálních vztahů na kontinuu, jehož jednou osou je soucítění s druhými až po osu druhou – nepřátelskost, která se projevuje v myšlenkách, pocitech a činech. Vysoký skór se projevuje jako dobrosrdečnost, konzervatismus, pomoc druhým a upřímnost; naproti tomu nízký skór se vyznačuje podezíravostí, cynismem, bezcitností či odmítáním spolupráce (Mlčák, 2010).

III. Svědomitost diagnostikuje úroveň vytrvalosti, motivace a organizace chování zaměřeného na cíl. Diferencuje mezi jedinci spolehlivými a na svou osobu náročnými a osobami nedbalými a lhostejnými. To znamená, že na jednom pólu nacházíme vlastnosti jako je pracovitost, disciplinovanost, pořádkumilovnost, přesnost; zatímco na druhém lenost, bezcílnost, lhostejnost a nedbalost. Všeobecně by se dalo říci, že tato dimenze vyjadřuje vztah k práci a vědomí povinnosti (Hřebíčková & Urbánek, 2001).

IV. Neuroticismus zjišťuje emocionální nestabilitu či úroveň přizpůsobení. Rozlišuje mezi osobami náchylnými k psychickému vyčerpání a nereálným ideálům a osobami emocionálně vyrovnanými, vůči psychickému vyčerpání odolnými. Zatímco nízký skór naznačuje vyrovnanost, stabilitu, klid, sebejistotu a spokojenost; vysoký skór v této dimenzi může souviset s charakteristikami, jako jsou napětí, nervozita, labilita a neklid (Mlčák, 2010). Lidé, kteří skórují na této škále vysoko, zažívají chronické negativní afekty a jsou náchylní k rozvoji různých psychických poruch (McCrae & John, 1992).

V. Otevřenost vůči zkušenosti měří jedincův sklon objevovat a tolerovat neznámé, tendenci vyhledávat nové zážitky. Vysoký skór vyjadřuje zvědavost, originalitu, všestrannost zájmů, imaginativnost a pokrokovost a nízký skór může poukázat na přizemnost, úzké zaměření zájmů, konvenčnost a nezájem o umění (Mlčák, 2010).

3.3.3. Využití modelu

Osobnostní dotazníky a inventáře běžně nacházejí uplatnění v poradenské i klinické psychologii. Pětifaktorový model se ukázal být vhodným například při diagnostice poruch

osobnosti, přičemž klinický vzorek udává vyšší míru *neuroticismu* a nižší míru *přívětivosti* a *svědomitosti* ve srovnání s běžnou populací (Miller, 1991 in Hřebíčková, 2011).

Pro oblast psychoterapie je zásadní dimenze *extraverze* a *otevřenost vůči zkušenosti*, z nichž lze odvodit vhodnost použití psychoterapeutických postupů (Hřebíčková, 2011). Míra *svědomitosti* a *neuroticismu* se také vztahují k terapii, konkrétně v roli prediktorů výsledku, kdy má terapie nejvyšší účinnost u klientů s nízkým skóre *neuroticismu* a vysokým skóre *svědomitosti* (Miller, 1991 in Hřebíčková, 2011).

Mimo tyto oblasti nachází pětifaktorový model své uplatnění také v behaviorálním lékařství, psychologii zdraví, psychologii práce a organizace a v pedagogické psychologii (Hřebíčková, 2011).

3.3.4. Rysy osobnosti a narušené stravování

Poruchy příjmu potravy jsou v západních zemích významným problémem týkajícím se fyzického i psychického zdraví. Studium vztahu mezi poruchami příjmu potravy (dále PPP) a osobností je důležité například z důvodu, že pacienti trpící PPP s komorbidní patologií osobnosti vykazují závažnější průběh, větší psychické obtíže, výraznější poruchy nálady a také pomalejší zotavení (Claes et al., 2006).

Právě pětifaktorový model je často využíván k výzkumu osobnosti v souvislosti s PPP v kontextu každodenního života (Rolland, 2004 in Scoffier-Mériaux, 2015). V rámci mnohých výzkumů byly nalezeny určité osobnostní vlastnosti či rysy, které se dají považovat za predisponující faktory rozvoje stravovací patologie (Lilenfeld et al., 2006). Jako zásadní se jeví především dimenze *neuroticismu*, v níž podle výzkumů dosahují jedinci s narušeným stravováním zvýšeného skóre oproti běžné populaci (Vatrtová & Jurásová, 2022).

Například výzkum provedený v Belgii poukázal na provázanost osobnostních rysů s PPP. Informace o osobnosti participantů byly získány prostřednictvím dotazníku vyšetřujícího pět dimenzí osobnosti. Následná analýza poskytla výzkumníkům 3 osobnostní profily, přičemž každý z nich se nějak vztahoval ke stravovací patologii (Claes et al., 2006).

Do prvního z profilů spadali jedinci bez významných klinických odchylek v osobnostních faktorech. Tato skupina celkově vykazovala málo problémů spojených se

stravovací patologií (ve studii označeni jako jedinci resilientní). Další osobnostní profil byl tvořen jedinci vykazující zvýšené skóre na škále *neuroticismu* a snížené skóre na škále *svědomitosti a přívětivosti* (jedinci s nedostatečnou kontrolou). Zbytek participantů byl popsán prostřednictvím třetího profilu, který vystihovalo zvýšené skóre *neuroticismu* a *svědomitosti* a naopak snížené skóre *otevřenosti vůči zkušenosti* (jedinci s nadměrnou kontrolou) (Claes et al., 2006).

Jedinci, kteří byli popsáni prvním z profilů (resilientní), vykazovali méně klinických nálezů než zbylé dvě skupiny, přičemž profil jedinců s nadměrnou kontrolou byl významně spojen s diagnózou mentální anorexie a profil nedostatečně kontrolovaných jedinců byl často doprovázen diagnózou mentální bulimie (Claes et al., 2006).

V roce 2022 byl podobný výzkum proveden na Slovensku a přispívá k teorii, že jedinci s narušeným stravováním dosahují vyššího skóre *neuroticismu*. Navíc bylo u participantů tohoto výzkumu zjištěno také snížené skóre *extraverze* (Vatrtová & Jurášová, 2022).

3.3.5. Rysy osobnosti a internalizace tělesného ideálu

Na začátku 21. století byla identifikována nová proměnná, která se později ukázala být významným rizikovým faktorem pro vznik nejen nespokojenosti s vlastním tělem, ale také poruch příjmu potravy. Touto nově objevenou proměnnou byla internalizace tělesného ideálu, jinými slovy zvnitřnění společenských standardů atraktivity (Thompson & Stice, 2001).

Masmédia propagují specifické normy atraktivity a ideálního vzhledu ženského těla. Některé ženy po expozici těmto standardům cítí tlak k vyhovění, tudíž k dosažení společenského ideálu. Může tak být vyvoláno takové chování, jehož pomocí se daných standardů snaží dosáhnout a v některých případech vede až k rozvoji poruchy příjmu potravy (Rymarczyk, 2021). Právě internalizace tělesného ideálu je považována za primární mechanismus, který spojuje expozici masmédiím a vznik patologie stravování (Suisman et al., 2012).

Už víme, že určité osobnostní rysy jsou spojeny s vyšším výskytem PPP. Zásadní otázka, kterou si v této práci klademe však je, zda souvisí některé z osobnostních rysů také s internalizací tělesného ideálu, jež může mít roli mediátoru ve vztahu mezi vystavením

sociálně stanoveným standardům krásy a rozvojem poruchy příjmu potravy. Pokud lépe porozumíme mechanismu, na jehož základě stravovací patologie vzniká, můžeme lépe zajistit její prevenci. Dokazuje to například výzkum Rymarczyk (2021), ve kterém je zdůrazněna role sociokulturních faktorů (internalizace tělesného ideálu, tlak norem atraktivity) a nespokojenosti s vlastním tělem. *Neuroticismus* zde byl jediný osobnostní rys, který pozitivně koreloval se stravovací patologií jako i s internalizací tělesného ideálu. Po zařazení dvou výše zmíněných faktorů však *neuroticismus* ztratil v predikci PPP svou roli. Právě tento jev vyzdvihuje důležitost sociokulturních faktorů a nespokojenosti s vlastním tělem.

V dalším z výzkumů (Martin & Racine, 2017) existoval předpoklad, že odlišné osobnostní rysy by mohly souviset s internalizací různých ideálů vzhledu, což může být spojeno s odlišnou poruchovostí příjmu potravy.

Tento předpoklad byl ve studii potvrzen. Byla prokázána provázanost osobnostních rysů a internalizace různých tělesných ideálů, přičemž internalizace hubeného tělesného ideálu korelovala s *neuroticismem* a internalizace atletického (fyzické charakteristiky sportovců, tj. svalnatost, atletická stavba těla) ideálu pozitivně korelovala se *svědomitostí*. *Extraverze* byla ve vztahu s internalizací obou ideálů. *Extraverze* a *svědomitost* také nepřímo (prostřednictvím internalizace atletického tělesného ideálu) souvisely s nutkavým cvičením (Martin & Racine, 2017), což je touha po fyzickém tréninku, která vede k nadměrnému cvičení se škodlivými důsledky a může být jedním se symptomů PPP (Lichtenstein et al., 2017).

Ukázalo se tedy, že osobnostní rysy jako takové mohou souviset s odlišnými kognicemi a chováním při poruchách příjmu potravy prostřednictvím internalizace specifických ideálů vzhledu (Martin & Racine, 2017). Tyto výsledky lze považovat za takové, které umožňují prevenci.

Osobnostní rysy (zde zejm. *neuroticismus*) jsou trvalé, tudíž neměnné, zatímco sociokulturní faktory a tělesná nespokojenost mohou být změněny. Snížení *neuroticismu* v prevenci nebo intervenci tedy může být nemožné, ale úpravy internalizace a tlaku ze strany sociokulturních norem nebo tělesné nespokojenosti mohou být proveditelné (Rymarczyk, 2021). Z toho vyplývá, že díky rozpoznání osobnostních vlastností, které jsou rizikové pro internalizaci společenských standardů atraktivity těla, se můžeme u jedinců disponujících

těmito vlastnostmi zaměřit na prevenci internalizace, což by dle teoretických zjištění zmíněných výzkumů mohlo mít pozitivní dopad v kontextu rozvoje poruch příjmu potravy.

3.4. Perfekcionismus

Dle slovníku Americké psychologické asociace je perfekcionismus sklon vyžadovat od sebe nebo od druhých extrémně vysokou či dokonce bezchybnou úroveň výkonu, a to nad rámec toho, co daná situace vyžaduje. Je spojen s depresí, úzkostí, poruchami příjmu potravy a jinými problémy týkajícími se duševního zdraví (VandenBos, 2007).

Někteří autoři pracují s perfekcionismem jako s osobnostním rysem (např. Fry & Debats, 2009), jiní ho vidí spíše jako určitý osobnostní styl (např. Habashy & Culbert, 2019). Jak již bylo zmíněno, přibývající důkazy naznačují, že perfekcionismus přispívá k rozvoji a udržování symptomů PPP (Boone et al., 2011).

V posledních desetiletích se s perfekcionismem pracuje jako s multidimenzionální proměnnou se dvěma dimenzemi. První z nich je tzv. *snaha*, která představuje stanovování vysokých cílů a snahu o jejich dosažení (tudíž zaměřená na jedince). Druhá dimenze, která zahrnuje sebekritiku za nedosažení svých cílů a obavy z negativního ohodnocení výkonu druhými lidmi se nazývá *obavy z hodnocení* (zaměřená na ostatní lidi) (Burgess et al., 2016). Výsledky psychometrických analýz ukazují, že použití dvoudimenzionálního modelu je k měření perfekcionismu nejvhodnější (Woodfin et al., 2020).

3.4.1. Perfekcionismus a internalizace tělesného ideálu

Přestože v mnoha studiích byl prokázán jak vliv perfekcionismu, tak vliv sociokulturních faktorů (konkrétně internalizace tělesného ideálu a zvýšený tlak na štíhlost) na poruchové stravování, většina z nich zkoumala tyto faktory odděleně (Habashy & Culbert, 2019).

Studie Habashy & Culbert (2019) si však kladla za cíl pochopit, jak tyto dvě proměnné fungují ve vzájemné interakci, přičemž rozlišovala mezi dvěma dimenzemi perfekcionismu. Ukázalo se, že pouze jedna z dimenzí perfekcionismu – *obavy z hodnocení* je významně spojena s PPP. Další zjištění naznačovala, že sociokulturní faktory plně zprostředkovávají vztah mezi perfekcionismem a PPP. To znamená, že sociokulturní faktory mohou být důležité pro pochopení toho, jak perfekcionismus vede ke stravovací patologii.

3.5. Resilience

V definování resilience neexistuje mezi autory úplná shoda, ale většina definic využívá k jejímu vymezení podobné domény (Herrman et al., 2011). Může tedy být definována jako proces a výsledek úspěšného přizpůsobení se obtížným nebo náročným životním situacím, zejména prostřednictvím mentální, emocionální a behaviorální flexibility a adaptace na vnější i vnitřní požadavky (VandenBos, 2007) nebo jako schopnost udržet si nebo obnovit duševní zdraví i přes prožitek nepřízně osudu (Herrman et al., 2011).

Přestože Matějček a Dytrych (1998) poukazují na možné české ekvivalenty tohoto pojmu – odolnost, houževnatost, nezlomnost, upozorňují na to, že v českém prostředí neexistuje žádné jednotně užívané označení. Resilience u každého jedince čerpá z různých zdrojů. Patří do nich například osobnostní rysy, biologické faktory, enviromentálně-systémové faktory a interakce mezi nimi (Herrman et al., 2011).

Faktory související s resiliencí jsou v kontextu duševních poruch považovány za ochranné i podpůrné. Existuje však jen málo vědecké literatury o ochranných faktorech poruch příjmu potravy, zejména ve srovnání s množstvím studií, které se zabývají rizikovými faktory stravovací patologie (Las Hayas et al., 2014). Nebylo tedy zatím zcela objasněno, jak vstupuje resilience do modelu vzniku stravovací patologie a jestli je ve vzájemném vztahu například s internalizací tělesného ideálu. Studie (Calvete et al., 2018) však naznačuje, že resilience v průběhu času predikuje snížení symptomů PPP.

VÝZKUMNÁ ČÁST

4. VÝZKUMNÝ PROBLÉM

Poruchy příjmu potravy patří mezi nejčastější a při dlouhodobém průběhu také velice závažné psychické onemocnění mladých dívek a žen (Krch, 2005). Přesto, že teoretické poznatky o této patologii jsou již poměrně rozsáhlé, zdá se, že její etiopatogeneze stále není zcela objasněna a zejména v populaci mladých žen roste počet jedinců, kteří se s ní potýkají (Kamarádová et al., 2015). Shledáváme tedy důležitým, aby výzkum pokračoval a získané znalosti byly přínosem nejen pro klinickou praxi.

Vzrůstající počet jedinců, kteří se s tímto onemocněním potýkají, naznačuje, že i přes informace nabyté výzkumem za poslední desetiletí je obtížné této patologii předcházet, případně ji léčit (Le et al., 2017). Do procesu vzniku vstupují rizikové faktory jako je například rodinné prostředí, BMI nebo internalizace tělesného ideálu, která představuje zvnitřnění společenských standardů odpovídajících dané době a kultuře. Ne všechny z těchto faktorů je možné nějakým způsobem ovlivnit. Identifikace těch, které ovlivnitelné jsou, a následná práce s nimi, může poskytnout větší prostor pro předcházení i léčbu onemocnění. Jedním z takových faktorů se zdá být právě internalizace tělesného ideálu.

Euroamerická kultura je kulturou medializovaného světa a právě prostřednictvím médií se šíří společenské předpoklady týkající se vzhledu s obrovskou intenzitou a obrovskou rychlostí. Sociokulturní nátlak může v kombinaci s dalšími faktory, zejména u rizikových skupin, vyústit až v některou z poruch příjmu potravy. Jak již bylo zmíněno, v největším rozsahu jsou touto patologií ohroženy mladé ženy, které jsou v naší kultuře aktuálně nuceny čelit ideálu nejen štíhlého, nýbrž také vypracovaného těla (Uhlmann et al., 2020).

Někteří autoři (Claes et al., 2006; Lilenfeld et al., 2006; Vatrťová & Jurášová, 2022) spojují osobnostní charakteristiky, jako jsou rysy pětifaktorového osobnostního modelu, perfekcionismus a resilience se stravovací patologií. Cílem této práce je zjistit, zda mají jedinci s některými osobnostními rysy tendenci internalizovat ideál štíhlého a vypracovaného těla více, než jiní. Internalizace se ukazuje být velmi důležitou proměnnou také z toho důvodu, že by mohla zprostředkovávat vztah mezi určitými osobnostními rysy a rozvojem stravovací patologie. Tento předpoklad budeme v naší práci také ověřovat.

4.1. Výzkumné cíle

Cílem této práce je na základě kvantitativního výzkumu popsat vztah mezi vybranými osobnostními rysy, internalizací aktuálního tělesného ideálu a projevy poruch příjmu potravy u českých žen ve věku 18–35 let. Dalšími cíli projektu bylo zmapovat internalizaci ideálu štíhlého a vypracovaného těla (dále fit tělesného ideálu) u českých žen v mladém dospělosti a také ověřit, jestli tento proces ovlivňuje aktivita žen na sociálních sítích.

Dílčí cíle:

- Zmapování internalizace ideálu štíhlého a vypracovaného těla u českých žen v mladém dospělosti.
- Zmapování projevů poruch příjmu potravy u českých žen v mladém dospělosti.
- Analýza vztahu mezi vybranými osobnostními faktory (osobnostní rysy modelu Big five; perfekcionismus; resilience), internalizací fit tělesného ideálu a projevy poruch příjmu potravy.

4.2. Výzkumné otázky

1. *V jaké míře **internalizují** české ženy **fit tělesný ideál**?*
2. *V jaké míře se **projevují poruchy příjmu potravy** u českých žen v mladém dospělosti?*
3. *Jak spolu souvisí **internalizace fit tělesného ideálu**, **osobnostní faktory**, **BMI** a **projevy poruch příjmu potravy**?*
4. *Jak spolu souvisí **čas strávený na sociálních sítích** a **internalizace fit tělesného ideálu**?*

5. TYP VÝZKUMU A POUŽITÉ METODY

Tato kapitola obsahuje informace o zvoleném designu, který se vzhledem k dané problematice jevil jako nejvhodnější. Dále budou představeny metody, které byly vybrány pro měření jednotlivých proměnných vybrány.

5.1. Výzkumný design

Na základě našeho výzkumného problému a cílů byl zvolen kvantitativní design výzkumu. Ve vztahu k cíli zmapovat výskyt internalizace fit tělesného ideálu a projevů poruch příjmu potravy se jedná o deskriptivní studii. Pokud jde o cíl ověření vztahu mezi psychologickými proměnnými, jedná se o korelační studii (Ferjenčík, 2010). Data pochází z dotazníkového šetření.

5.2. Aplikovaná metodika

Data byla získávána pomocí pěti standardizovaných metod, přičemž tři z nich byly převedeny z anglického jazyka do českého. K měření internalizace fit tělesného ideálu byla použita metoda **Fit Ideal Internalization Test** (FIIT, česky Test internalizace fit ideálu, 2020). Pro zachycení projevů poruch příjmu potravy byla použita metoda **Eating disorder Examination Questionnaire** (EDE-Q 6.0, česky Dotazník pro vyšetření poruchy příjmu potravy, 2008). Tři metody byly použity pro mapování osobnostních charakteristik – **The Big Five Inventory-2 Extra Short** (BFI-2-XS, česky Big five inventář extra krátký, 2017), **Frost Multidimensional Perfectionism Scale - Brief** (F-MPS-Brief, česky Frostova multidimenzionální škála perfekcionismu - stručná verze, 2016) a **Adult Resilience Measure-Revised** (ARM-R, česky Měření resilience dospělých - revidováno, 2018). Dále jsme pracovali s hodnotami indexu tělesné hmotnosti (BMI).

5.2.1. Test internalizace fit ideálu (FIIT)

Jedná se o test, který sestavila Uhlmann, Donovan a Gembek (2020) a je nástrojem užitečným k hodnocení internalizace fit tělesného ideálu u dospělých žen. Podle autorek je internalizace fit tělesného ideálu naplněna třemi faktory – *Fit idealization* (Idealizace fit),

Fit overvaluation (Přeceňování fit) a *Fit behavioral drive* (Fit chování). **Idealizace fit** představuje touhu žen ztělesňovat fit ideál, se kterou se pojí připisování velké důležitosti chování, které je kongruentní se směřováním k dosažení fit tělesného ideálu. Naopak chování, které žena hodnotí jako nekongruentní, je spojeno s pocity viny. Zvýšené skóre na subškále **Přeceňování fit** značí, že žena si spojuje osvojení fit tělesného ideálu s pocity osobního nebo společenského úspěchu. **Fit chování** představuje cvičení, držení různých diet, užívání doplňků stravy a podobně, což je chování, které může být obecně motivováno mnoha faktory. Tato subškála je však charakterizována spojením zmíněného chování s motivací estetickou – tzn. dosažení fit vzhledu těla. Reliabilita tohoto testu je vysoká, Cronbachova alfa se pohybuje mezi hodnotami 0,90–0,93 (Uhlmann et al., 2020).

Test je tvořen celkem dvaceti položkami, z nichž každá spadá pod jeden z výše zmíněných faktorů, přičemž každé ze subškál **Idealizace** i **Přeceňování fit** náleží osm položek a subškála **Fit chování** je tvořena zbývajících čtyřmi položkami. Respondenti mohou vyjadřovat míru svého souhlasu či nesouhlasu s danými tvrzeními na pětibodové škále Likertova typu (od 1 – zcela nesouhlasím, po 5 – zcela souhlasím) (Uhlmann et al., 2020).

Tabulka 1: Subškály a ukázkové položky dotazníku FIIT

Subškála	Ukázka položky	α
Idealizace fit	Často sním o tom, jak bych vypadala, kdybych měla velmi štíhlé a vypracované tělo.	0,93
Přeceňování fit	Mít štíhlé i vypracované tělo je dobrý způsob, jak si získat respekt ostatních.	0,92
Fit chování	Věnuji se činností (např. cvičení, držení diety, užívání doplňků stravy), abych zajistila, že moje tělo bude vypadat štíhle i vypracovaně.	0,90

Pozn.: Ve sloupci α jsou uvedeny hodnoty koeficientu Cronbachova α jednotlivých subškál popsáné v článku k metodě (Uhlmann et al., 2020).

5.2.2. Dotazník pro vyšetření poruchy příjmu potravy (EDE-Q 6.0)

EDE-Q 6.0 (Fairburn & Beglin, 2008) vychází ze strukturovaného klinického interview EDE (Eating Disorder Examination 17.0) a posuzuje základní behaviorální rysy a závažnost psychopatologie poruch příjmu potravy za posledních 28 dní (Fairburn, 2008). V rámci tohoto dotazníku je daná problematika posuzována pomocí čtyř faktorů – *Restraint*

(**Zdrženlivost**), *Eating Concern* (**Zaujetí jídlem**), *Weight Concern* (**Zaujetí váhou**), *Shape Concern* (**Zaujetí tělesným tvarem**) (Fairburn et al., 2014).

Dotazník obsahuje 28 otázek, přičemž většina z nich je zodpovídána na sedmibodové Likertově škále, jejíž body vyjadřují buď počet dní (z posledních 28 dní), kdy se u respondenta vyskytlo dané chování (od 0 – nikdy, po 6 – každý den) nebo posuzují závažnost daného chování (od 0 – vůbec ne, po 6 – výrazně). Obsahuje však i otevřené otázky, které jsou také zaměřené na četnost daného chování za posledních 28 dní (Fairburn et al., 2014). Hodnota Cronbachovy alfy se pohybuje mezi 0,75 a 0,93 (Rose et al., 2013).

Příklad položky – „*V kolika dnech z posledních 28 dnů jste delší dobu (alespoň 8 hodin za dobu, kdy jste byla vzhůru) vůbec nic nejedla, abyste ovlivnila svou váhu nebo postavu?*” (Položka číslo 2).

5.2.3. Big five inventář extra krátký (BFI-2-XS)

BFI-2-XS je zkrácená, 15položková verze osobnostního inventáře Big five (BFI-2), která je oproti původním 60 položkám o mnoho stručnější, ale přesto si zachovává požadované psychometrické parametry. Každá z položek spadá pod jeden z pěti osobnostních faktorů, které tvoří strukturu Big five modelu osobnosti – *Extraverze*, *Přívětivost*, *Svědomitost*, *Neuroticismus* a *Otevřenost vůči zkušenosti*. Tyto faktory jsou blíže popsány v kapitole o Pětifaktorovém osobnostním modelu. Respondenti vyjadřují míru svého souhlasu nebo nesouhlasu na pětibodové škále Likertova typu (od 1 – zcela nesouhlasím, po 5 – zcela souhlasím). Hodnota Cronbachovy alfy se pohybuje mezi 0,60 a 0,80 (Soto & John, 2017).

Příklad položky – „*Jsem někdo, kdo je emočně stabilní, jen tak něco ho nerozhodí.*” (Položka číslo 14).

5.2.4. Frostova multidimenzionální škála perfekcionismu (F-MPS-Brief)

Původní verze Frostovy multidimenzionální škály perfekcionismu byla publikována v roce 1990. V průběhu let poskytly psychometrické studie množství důkazů podporujících potenciální vývoj kratší, ale stále psychometricky robustní verze. V roce 2016 byla vyvinuta F-MPS-Brief, tedy kratší verze této škály se dvěma dimenzemi – *Striving* (Úsilí), *Evaluative concerns* (Obavy z hodnocení), s hodnotou Cronbachovy alfy 0,81–0,85 (Burgess et al., 2016).

Dimenze **Úsilí** zahrnuje stanovování vysokých cílů a snahu o dosažení, zatímco dimenze **Obavy z hodnocení** představuje sebekritiku za nedosažení požadovaných cílů a obavy z negativního hodnocení výkonu ostatními. Mezi vědci existuje předpoklad, že vysoký skóre na škále **Úsilí** se stává u jedince patologickým v závislosti na současné přítomnosti vysokého skóre na škále **Obavy z hodnocení** (Burgess et al., 2016).

Tabulka 2: Subškály a ukázkové položky dotazníku F-MPS-Brief

Subškála	Ukázka položky
Úsilí	Stanovuji si vyšší cíle než většina lidí.
Obavy z hodnocení	Lidé mě nebudou respektovat, pokud se mi nebude stále dařit.

Tato škála je metodou vykazující dobrou vnitřní konzistenci i validitu. Autoři doporučují její užití v případě, kdy je požadován krátký, ale vysoce výkonný nástroj pro měření perfekcionismu. Obsahuje osm položek, přičemž respondenti vyjadřují míru svého souhlasu nebo nesouhlasu na pětipoložkové škále Likertova typu (od 1 – zcela nesouhlasím, po 5 – zcela souhlasím) (Burgess et al., 2016).

5.2.5. Měření resilience dospělých (ARM-R)

Tato metoda byla vyvinuta v roce 2018 Centrem pro výzkum resilience. Obsahuje 17 tvrzení a respondenti vyjadřují míru souhlasu nebo nesouhlasu na pětibodové Likertově škále (1 – vůbec ne, 2 – trochu, 3 – jak kdy, 4 – celkem dost, 5 – hodně). ARM-R má vysokou vnitřní konzistenci s hodnotou Cronbachovy alfy 0,88. Celkový hrubý skóre je získán sečtením hrubých skóre dvou subškál – **Osobní resilience** (orientována na vnitřní zdroje opory), **Vztahová resilience** (orientována na vnější zdroje opory) (Resilience Research Centre, 2018).

Příklad položky – „*Vím, jak se chovat v odlišných sociálních situacích (např. v práci, doma nebo na různých veřejných místech).*” (Položka číslo 3).

5.2.6. Body mass index (BMI)

Mimo testových metod jsme pracovali také s hodnotami BMI, které se vypočítají jako podíl tělesné hmotnosti a druhé mocniny tělesné výšky. V rámci dospělé populace následně řadíme hodnoty do čtyř kategorií – podváha (hodnota pod 18,5), normální hmotnost (18,5–

24,99), nadváha (25–29,99) a obezita (30 a více) (WHO, 2000). Náš dotazník obsahoval otevřené otázky týkající se aktuální váhy a výšky. Z těchto údajů byly následně výpočtem získány hodnoty BMI.

5.3. Převod metod

Oficiální české verze námi vybraných metod FIIT, F-MPS-Brief a BFI-2-XS zatím nejsou k dispozici a z tohoto důvodu jsme byli nuceni převést metody z původní anglické podoby do české. Metody FIIT a BFI-2-XS jsou volně dostupné pro výzkumné účely. Co se však týká F-MPS-Brief, potřebovali jsme před tímto krokem získat souhlas autorů nástroje.

Prostřednictvím e-mailu jsme kontaktovali autora metody, který s jejím použitím v rámci této práce souhlasil.

V dalším kroku jsme požádali pět překladatelů (studentů překladatelství a dalších jedinců s minimální jazykovou úrovní C1), zda by byli ochotni poskytnout své verze překladů tří metod. Následně jsme v programu Excel vytvořili tabulky, ve kterých jsme srovnávali všech pět překladů s originální anglickou položkou. Provedli jsme obsahovou analýzu a pokusili se sestavit nejlepší možnou verzi každé položky. Správnost obsahu položek byla kontrolována pomocí zpětného překladu. V poslední fázi jsme vytvořili finální verze položek, které posléze prošly korekturou poskytnutou českou lingvistkou.

5.4. Formulace hypotéz ke statistickému testování

Na základě odborné literatury, výzkumných cílů a otázek, stanovujeme hypotézy, které jsou rozděleny do kategorií dle toho, ke kterým proměnným se vztahují.

a) Internalizace fit tělesného ideálu

*H1: Existuje signifikantní pozitivní souvislost mezi **internalizací fit tělesného ideálu** a projevy **poruch příjmu potravy**.*

*H2: Existuje signifikantní pozitivní souvislost mezi **internalizací fit tělesného ideálu** a **časem stráveným na sociálních sítích**.*

*H3: Existuje signifikantní pozitivní souvislost mezi **internalizací** fit tělesného ideálu a sledováním obsahu zaměřeného na fitness a zdravý životní styl na sociálních sítích.*

b) BMI

*H4: Existuje signifikantní pozitivní souvislost mezi **BMI** a **internalizací** fit tělesného ideálu.*

*H5: Existuje signifikantní souvislost mezi **BMI** a projevy **poruch příjmu potravy**.*

c) Vztah osobnostních rysů a projevů poruch příjmu potravy

*H6: Existuje signifikantní pozitivní souvislost mezi **neuroticismem** a projevy **poruch příjmu potravy**.*

*H7: Existuje signifikantní souvislost mezi **svědomitostí** a projevy **poruch příjmu potravy**.*

*H8: Existuje signifikantní negativní souvislost mezi **přívětivostí** a projevy **poruch příjmu potravy**.*

*H9: Existuje signifikantní souvislost mezi **otevřeností vůči zkušenosti** a projevy **poruch příjmu potravy**.*

*H10: Existuje signifikantní negativní souvislost mezi **extraverzí** a projevy **poruch příjmu potravy**.*

*H11: Existuje signifikantní negativní souvislost mezi **resiliencí** a projevy **poruch příjmu potravy**.*

*H12: Existuje signifikantní pozitivní souvislost mezi **perfekcionismem** a projevy **poruch příjmu potravy**.*

d) Vztah osobnostních rysů a internalizace fit tělesného ideálu

*H13: Existuje signifikantní pozitivní souvislost mezi **neuroticismem** a **internalizací fit tělesného ideálu**.*

*H14: Existuje signifikantní pozitivní souvislost mezi **svědomitostí** a **internalizací fit tělesného ideálu**.*

*H15: Existuje signifikantní pozitivní souvislost mezi **extraverzí** a **internalizací fit tělesného ideálu**.*

*H16: Existuje signifikantní negativní souvislost mezi **resiliencí** a **internalizací fit tělesného ideálu**.*

*H17: Existuje signifikantní pozitivní souvislost mezi **perfekcionismem** a **internalizací fit tělesného ideálu**.*

e) Vstup internalizace fit tělesného ideálu do vztahu mezi osobnostními rysy a projevy poruch příjmu potravy

Pro bližší analýzu vstupu proměnné internalizace fit tělesného do vztahu mezi osobnostními charakteristikami a projevy poruch příjmu potravy jsme nejprve stanovili obecnou hypotézu: *Pokud je nalezen signifikantní vztah mezi osobnostními charakteristikami a projevy poruch příjmu potravy, je tento vztah odstraněním vlivu internalizace fit tělesného ideálu oslaben.*

Na základě této hypotézy bylo po zjištění, které osobnostní proměnné mají signifikantní souvislost s projevy PPP stanoveno několik hypotéz dílčích:

*H18: Vztah mezi **neuroticismem** a projevy poruch příjmu potravy je odstraněním vlivu internalizace fit tělesného ideálu oslaben.*

*H19: Vztah mezi **extraverzí** a projevy poruch příjmu potravy je odstraněním vlivu internalizace fit tělesného ideálu oslaben.*

*H20: Vztah mezi **perfekcionismem** a projevy poruch příjmu potravy je odstraněním vlivu internalizace fit tělesného ideálu oslaben.*

*H21: Vztah mezi **resiliencí** a projevy poruch příjmu potravy je odstraněním vlivu internalizace fit tělesného ideálu oslaben.*

6. TECHNICKÉ PROVEDENÍ A SBĚR DAT

V této části bude nejprve představen technický plán výzkumu, na nějž navazoval sběr dat, který probíhal pomocí dotazníkového šetření v on-line prostředí na platformách sociálních sítí.

6.1. Technický plán

Nejprve byla provedena důkladná rešerše odborné literatury a dostupných metod, které jsou orientovány na problematiku internalizace tělesného ideálu, poruch příjmu potravy a osobnostních rysů. Následně byl připraven ideově-technický plán, ve kterém jsme teoreticky vymezili proměnné, zformulovali výzkumný problém, cíle a otázky a stanovili, s jakým výzkumným souborem budeme pracovat.

6.2. Sběr dat

Po vybrání metod, které jsme se rozhodli v našem výzkumu použít, následoval u některých z nich překlad do českého jazyka. Posléze byl sestaven kompletní dotazník, který kromě pěti zmíněných standardizovaných metod obsahoval otázky týkající se demografických údajů, tělesné váhy a výšky pro výpočet BMI. Sběr dat probíhal od února 2023 do března 2023 na on-line platformách prostřednictvím samovýběru. Dotazníky byly šířeny zejména na sociálních sítích Facebook a Instagram. Jednotlivé metody byly v dotazníku pojmenovány a ke každé z nich byly podány potřebné informace k jejímu správnému vyplnění. Úvod dotazníku informoval o dobrovolnosti, anonymitě získaných dat, časové náročnosti a motivoval ke spolupráci.

7. VÝZKUMNÝ SOUBOR A ETIKA

V této kapitole bude pozornost zaměřena na základní populaci a soubor, který se účastnil našeho výzkumu. Uvádíme charakteristiky našich respondentů, jako i podmínky, pro které byli jedinci v případě nesplnění vyřazeni. Dále se zmíníme o etickém hledisku, jež jsme dodržovali v rámci práce s respondenty.

7.1. Výzkumný soubor

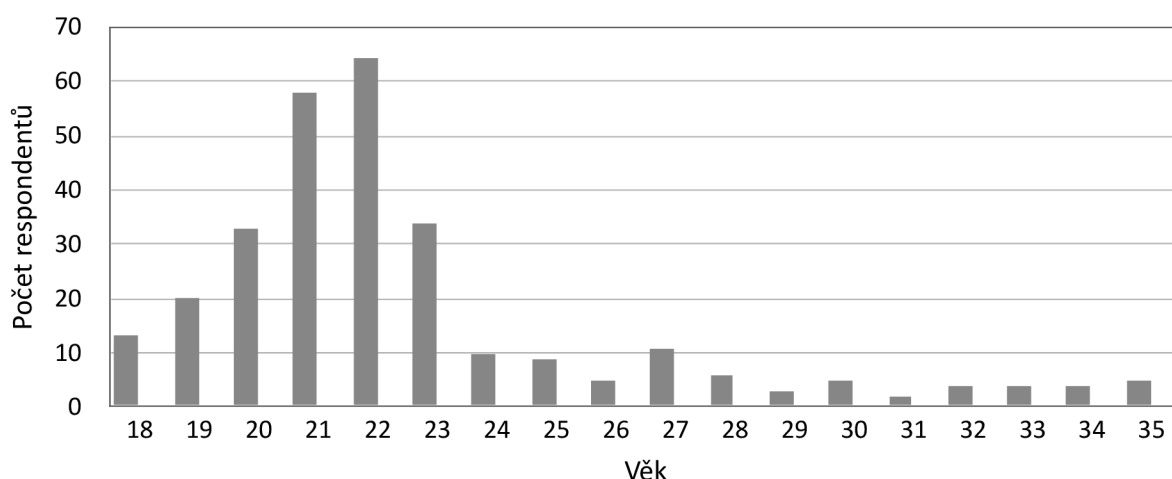
Základní populace našeho výzkumu se skládá ze všech žen české národnosti ve věku 18–35 let. Dle Českého statistického úřadu (2021) na území České republiky žilo ke dni 31.12.2021 **1 000 328** žen ve věku 18–35 let. Vybrané věkové rozmezí zkoumané populace odpovídá pozdní adolescenci a mladé dospělosti (Thorová, 2015), protože zkoumaná problematika poruch příjmu potravy se v největší míře týká právě mladých dívek a žen (Krch, 2005; Simpson & Mazzeo, 2017).

Adolescenci je obvykle vymezována od 12–13 do 19 let (Thorová, 2015). V rámci tohoto vývojového stadia byla v našem výzkumném souboru stanovena spodní hranice 18 let z toho důvodu, že osobnostní rysy nabývají až v průběhu pozdní adolescence stálosti, která přetrvává do dospělosti (Borghuis et al., 2017).

Dotazník vyplnilo celkem 307 respondentů, z čehož bylo 21 vyřazeno pro nesplnění předem stanovených podmínek (národnost, věkové rozmezí) nebo pro nevyplnění požadovaných informací.

Výzkumný soubor byl tedy tvořen **286** ženami **české národnosti** ve věku **18–35 let**. Výhodou zvolené populace byla dostupnost v on-line prostředí, která usnadnila sběr dat. Graf 1 zobrazuje věkové rozložení výzkumného souboru. Průměrný věk respondentů byl 22,66 let a nejčastěji zastoupenou věkovou kategorií bylo 22 let. S ohledem na předem zvolenou populaci, byl náš výzkumný soubor tvořen z 11,54 % adolescenty a ze zbývajících 88,46 % mladými dospělými.

Graf 1: Věkové rozložení respondentů



Co se týká nejvyššího dosaženého vzdělání, byla v našem souboru nejvíce zastoupena kategorie Střední škola s maturitou, která zahrnovala 72,38 % výzkumného souboru. Další nejčastěji zastoupenou kategorií byla Vysoká škola zahrnující 22,38 % a o zbývajících 5,24 % se dělily kategorie Základní škola a Střední škola bez maturity. Další charakteristiky výzkumného souboru zobrazuje Tabulka 3.

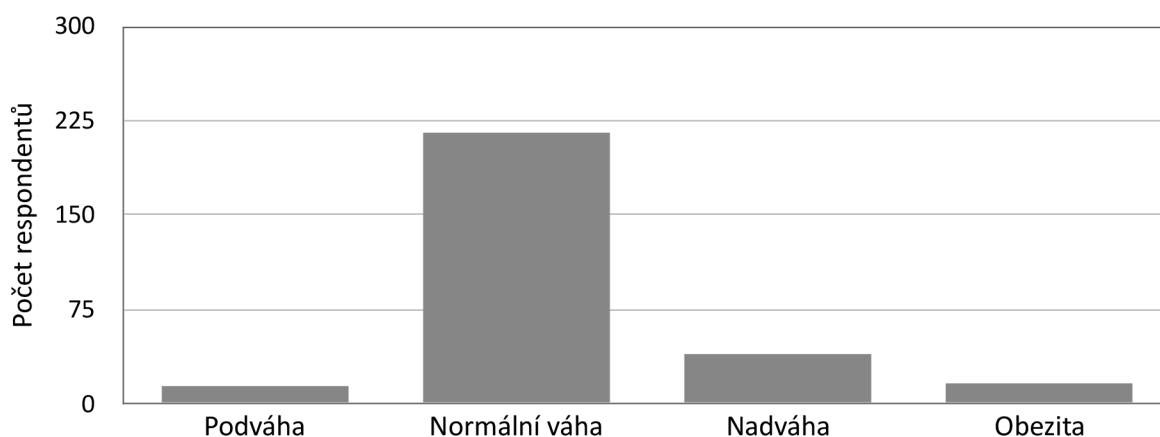
Tabulka 3: Základní charakteristiky výzkumného souboru

Průměrný věk	SD věku	Průměrné BMI	SD BMI	Děnně aktivní na SS	Sleduje fit obsah na SS
22,66	3,57	22,73	4,24	95,11 %	75,53 %

Pozn.: SD – směrodatná odchylka; SS – sociální sítě; Fit obsah – internetový obsah zaměřený na zdravý životní styl a fitness. Hodnoty uvedené v procentech značí, u kolika procent respondentek z výzkumného souboru se vyskytuje daný faktor.

Drtivá většina (95,11 %) respondentů denně tráví čas na sociálních sítích, přičemž 75,53 % na sociálních sítích také sleduje obsah zaměřený na fitness a zdravý životní styl. Graf 2 zobrazuje rozložení proměnné BMI ve výzkumném souboru, přičemž hodnota průměrného BMI byla 22,73, což je hodnota, která spadá do kategorie Normální váha.

Graf 2: Rozložení BMI respondentů



Tabulka 4 je zaměřena na proměnnou Rozdíl aktuální a ideální váhy a demonstruje, že i přes průměrné BMI spadající do kategorie Normální váha, je ideální váha respondentů průměrně o 4,90 kilogramu nižší. Z výzkumného souboru uvedlo 16,84 % respondentek, že se jejich aktuální váha neliší od váhy ideální a pouze 7,51 % respondentek uvedlo, že jejich aktuální váha je nižší než ideální váha.

Tabulka 4: Rozdíl aktuální a ideální váhy

Průměr RAI	SD RAI	Min.	Max.	Nulová hodnota RAI	Kladná hodnota RAI
- 4,90	8,53	-60,00	11,00	16,84 %	7,51 %

Pozn.: RAI – Rozdíl aktuální a ideální váhy; Min. – nejnižší naměřená hodnota; Max. – nejvyšší naměřená hodnota. Hodnoty uvedené v procentech značí, kolik procent respondentek z výzkumného souboru uvedlo danou hodnotu.

7.2. Etika výzkumu

Respondentky byly v úvodu dotazníku informovány o dobrovolné účasti a o zaručení anonymity. Do testové baterie neuváděly své jméno ani jiné údaje, dle kterých by bylo možné je identifikovat. V případě jakýchkoli dotazů ohledně výzkumné studie mohli využít e-mailové adresy uvedené v úvodu dotazníku. Respondentky byly rovněž informovány o účelu sběru dat, jejich využití a možnosti přístupu k nim v podobě hotové bakalářské práce.

Výzkum byl proveden na základě dodržení zásad etického kodexu Evropské federace psychologických asociací (EFPA). Dle tohoto kodexu si má být výzkumník vědom

kulturních a individuálních rozdílů v populaci a nepodléhat diskriminaci. S daty má zacházet opatrně tak, aby nedošlo k narušení jejich anonymity a důvěrnosti a v neposlední řadě má jednat tak, aby nepoškodil své respondenty a jeho jednání bylo v nejlepším zájmu ke svému oboru (EFPA, 2005).

8. PRÁCE S DATY A JEJÍ VÝSLEDKY

Data získaná prostřednictvím dotazníkového šetření pro účely této práce byla shromážděna, uspořádána a kódována v programu Microsoft Excel. Prvním krokem bylo čištění a kontrola dat, po kterých bylo vyřazeno 21 dotazníkových baterií, a to z důvodu nesplnění požadavků pro vyhodnocení (věk, národnost). V případě, že v dotazníku nebyla vyplněna jedna položka, provedli jsme imputaci prostřednictvím nahrazení chybějící položky průměrnou odpovědí ostatních respondentů. Pokud však chybělo více než jedna položka, dotazníková baterie byla vyřazena a nebyla použita pro následné analýzy.

Program MS Excel byl po odstranění nevhodných respondentů také využit k vypočítání hrubých skóre zkoumaných proměnných dle instrukcí autorů použitých metod a dopočítání dalších potřebných údajů (BMI, rozdíl aktuální a požadované váhy), čímž byla získána finální datová matice. Po této fázi jsme s datovou maticí dále pracovali v programu STATISTICA 13, který je vhodný k pokročilejším statistickým analýzám.

V této kapitole bude pozornost zaměřena na metodiku využitou při analýze a zpracování dat. Zmíníme také psychometrické vlastnosti metod, prostřednictvím kterých jsme získávali data pro náš výzkum. V neposlední řadě budou uvedeny výsledky deskriptivní části výzkumu a podány závěry o platnosti stanovených hypotéz.

8.1. Metody analýzy dat

První kroky v programu STATISTICA 13 vedly k testování předpokladu normálního rozdělení vybraných proměnných (osobnostní rysy pětifaktorového modelu, perfekcionismus, resilience, internalizace fit ideálu, PPP) pomocí Shapiro-Wilkova testu. Protože tento test je velmi citlivý na porušení normality, vždy jsme kromě tohoto testu prováděli také kvalitativní zhodnocení histogramu. Brali jsme v potaz rozsah souboru, centrální limitní teorém a po konzultaci se statistikem jsme se rozhodli pro zmíněné proměnné využít parametrické statistické testy. Jako hladina významnosti byla zvolena hodnota 5 % tedy 0,05.

Následně jsme na základě vlastností zkoumaných proměnných pro každou ze stanovených hypotéz vybrali pro její ověření vhodný statistický test. Nejčastěji použitým

testem byl v našem výzkumu Pearsonův korelační koeficient, ale dále jsme použili také test ANOVA, Welchův t-test a parciální korelační koeficient. Při výběru nejvhodnějšího testu jsme vždy přihlíželi k povaze dat a proměnných, se kterými jsme právě pracovali.

Pearsonův korelační koeficient byl použit k posouzení lineární závislosti mezi dvěma proměnnými, Welchův t-test a test ANOVA (z anglického *Analysis of variance*) jsme zvolili pro porovnání různých skupin v hrubých skórech některých metod a výpočet parciálního korelačního koeficientu nám pomohl objasnit, jak vstupuje internalizace fit tělesného ideálu do vztahu mezi osobnostními charakteristikami a projevy PPP. Pro zmapování projevů poruch příjmu potravy a internalizace tělesného ideálu v našem výzkumném souboru jsme použili jednovýběrový t-test, pomocí kterého jsme srovnávali výsledky hrubých skóru našich respondentů s populačními normami nebo s výsledky jiných studií.

8.2. Deskriptivní statistika

V této podkapitole zaměříme pozornost na údaje o jednotlivých psychologických fenoménech, které jsme zkoumali napříč všemi respondenty zahrnutými do výzkumu. Budeme se věnovat také těm stanoveným výzkumným cílům, které lze naplnit pomocí deskripce.

Souhrnná tabulka 5 obsahuje informace o průměrném hrubém skóru, standardních odchylkách, mediánu, minimálním skóru, maximálním skóru, šikmosti a špičatosti všech fenoménů, které jsme měřili pomocí standardizovaných psychologických metod. Vzhledem k tomu, že jsme některé metody převáděli z anglického do českého jazyka, uvádíme v tabulce 5 také koeficient Cronbachova alfa. Tento koeficient je jedním z psychometrických ukazatelů, který vypovídá o reliabilitě. Pomyslnou hranicí, která tvoří mezník mezi dostatečnou a nedostatečnou reliabilitou, je hodnota 0,70 (Dostál, 2017), která nebyla naplněna u dvou subškál perfekcionismu, přívětivosti, svědomitosti a s nejnižší hodnotou 0,45 skórovala otevřenost vůči zkušenosti. Všechny ostatní faktory nabyly uspokojivé hodnoty Cronbachovy alfy s nejvyšší hodnotou 0,95 u celkového skóre dotazníku EDE-Q 6.0.

Tabulka 5: Deskriptivní statistika

	Průměr	SD	Medián	Min.	Max.	S	K	α
FIIT	52,33	18,42	53,00	20	98	0,15	-0,80	0,94
Idealizace fit	24,48	9,52	26,00	8	40	-0,18	-1,17	0,94
Přeceňování fit	17,24	7,62	16,00	8	40	0,73	-0,23	0,90
Fit chování	10,61	4,41	11,00	4	20	0,11	-0,82	0,80
EDE-Q 6.0	1,77	1,27	1,50	0	5	0,76	-0,28	0,95
Zdrženlivost	1,33	1,41	0,80	0	6	1,17	0,58	0,82
Zaujetí jídlem	0,92	1,14	0,40	0	5	1,58	1,85	0,81
Zaujetí váhou	2,25	1,55	2,00	0	6	0,32	-1,05	0,82
Zaujetí těl. tvarem	2,57	1,57	2,38	0	6	0,32	-1,01	0,91
F-MPS-Brief	23,35	6,80	23,00	8	40	0,11	-0,56	0,82
Úsilí	11,72	3,43	12,00	4	20	0,07	-0,48	0,60
Obavy z hodnocení	11,63	3,65	11,50	4	20	0,11	-0,62	0,67
ARM-R	70,29	10,16	72,00	31	85	-1,18	1,30	0,90
Osobní resilience	41,36	5,83	42,00	16	50	-1,06	1,45	0,85
Vztahová resilience	28,92	5,51	31,00	9	35	-1,27	1,23	0,85
Extraverze	3,17	0,89	3,33	1	5	-0,16	-0,71	0,70
Přívětivost	3,78	0,71	4,00	1	5	-0,69	0,30	0,59
Svědomitost	3,41	0,84	3,33	1	5	-0,10	-0,75	0,63
Neuroticismus	3,21	1,12	3,33	1	5	-0,16	-1,06	0,86
Otevřenost zkušenosti	3,47	0,79	3,33	1	5	-0,23	-0,00	0,45

Pozn.: Názvy metod – celkové hrubé skóry; Min. – minimální skór; Max. – maximální skór;
SD – směrodatná odchylka; S – šikmost (Skewness); K – špičatost (Kurtosis); α – Cronbachova alfa.

8.2.1. Zmapování internalizace fit tělesného ideálu

Jedním z cílů výzkumu, které jsme si stanovili, bylo zmapovat internalizaci fit tělesného ideálu u českých žen v mladém věku. Právě pomocí deskriptivní statistiky odpovíme na první výzkumnou otázku – *V jaké míře internalizují české ženy fit tělesný ideál?* Zaměříme se na výsledky metody FIIT, která zjišťuje míru internalizace tohoto ideálu. Získaná data jsou popsána v tabulce 6 pomocí četností odpovědí, které jsme vypočítali v programu STATISTICA 13.

Tabulka 6: Test internalizace fit ideálu

Položka	Nesouhlas (možnosti odpovědí 1-2)		Souhlas (možnosti odpovědí 4-5)	
	n	%	n	%
1. Často se obávám, zda se mi daří postupovat k dosažení dokonale štíhlého a vypracovaného těla.	108	37,76	111	38,81
2. Porovnávám své tělo s lidmi, jejichž těla jsou štíhlá i vypracovaná.	74	25,85	168	58,74
3. Zaměřuji hodně pozornosti na části svého těla, které nejsou příliš štíhlé a vypracované.	83	29,02	167	58,39
4. Často sním o tom, jak bych vypadala, kdybych měla velmi štíhlé a vypracované tělo.	98	34,27	153	53,50
5. Cítím se provinile, když nedělám činnosti (např. držení diety, cvičení), které mi pomáhají k dosažení štíhlého a vypracovaného těla.	119	41,61	129	45,10
6. Hodně přemýšlím o tom, co bych mohla udělat pro to, aby mé tělo vypadalo štíhle a vypracovaně.	93	32,52	146	51,05
7. Intenzivně se zabývám představou, že mám štíhlé a vypracované tělo.	147	51,40	93	32,52
8. K dosažení těla, které chci, je důležitá kombinace přísné diety s přísným tréninkovým režimem.	190	66,43	65	22,73
9. Mít velmi štíhlé a vypracované tělo je dobrý způsob, jak lidem ukázat, že máte svůj život pod kontrolou.	183	63,99	51	17,83
10. Mít štíhlé i vypracované tělo je dobrý způsob, jak si získat respekt ostatních.	205	71,68	45	15,73

11. Čím více dělám kroky (např. cvičení, držení diety) k udržení štíhlého a vypracovaného těla, tím více si mě ostatní váží.	222	77,62	25	8,74
12. Štíhlá a vypracovaná postava vypovídá o tom, jaký jste člověk.	239	83,57	19	6,64
13. Udržování si štíhlého a vypracovaného těla je dobrý způsob, jak lidem ukázat, jak tvrdě pracuji.	156	54,55	73	25,52
14. Mít štíhlé a vypracované tělo dává člověku pocit úspěšnosti v životě.	127	44,41	101	35,31
15. Pokud dokážu mít štíhlé a vypracované tělo, vypovídá to o mně jako o člověku něco dobrého.	175	61,19	53	18,53
16. Kdybych měla velmi štíhlé a velmi vypracované tělo, byla bych oblíbenější mezi svými vrstevníky.	186	65,03	62	21,68
17. Věnuji se činností (např. cvičení, držení diety, užívání doplňků stravy), abych si vybudovala viditelně vypracované svaly.	148	51,75	85	29,72
18. Věnuji se činností (např. cvičení, držení diety, užívání doplňků stravy), abych zajistila, že moje tělo bude vypadat štíhle i vypracovaně.	124	43,36	104	36,36
19. Věnuji se činností (např. cvičení, držení diety, užívání doplňků stravy), abych zajistila, že moje tělo bude vypadat velmi štíhle.	177	61,89	50	17,48
20. Věnuji se činností (např. cvičení, držení diety, užívání doplňků stravy), abych spálila tuk.	112	39,16	131	45,80

Pozn.: Subškály metody FIIT jsou vymezeny čarou.

V prvním sloupci tabulky 6 je uveden počet respondentů, včetně procentuálního zastoupení, kteří na pětibodové škále zvolili možnost odpovědi 1 a 2 prokazující v různé míře nesouhlas s danou položkou (1 – zcela nesouhlasím, 2 – spíše nesouhlasím). Druhý sloupec informuje o počtu i procentuálním zastoupení respondentů, kteří však projeví s danou položkou souhlas v různé míře a volili možnost odpovědi 4 a 5 (4 – spíše souhlasím, 5 – zcela souhlasím). Prostřední možnost (3 – ani nesouhlasím ani souhlasím) jsme neuváděli.

Co se týká první subškály testu FIIT, respondenti se ve většině přikláněli k souhlasu (kromě otázek 7 a 8). Totéž se však nedá říct o zbývajících dvou subškálách vzhledem k tomu, že většina respondentů odpovídala na všechny otázky mimo jednu (otázka 20) nesouhlasem.

V tabulce 7 srovnáváme data získaná prostřednictvím metody FIIT v našem výzkumném souboru s daty, která byla získána na vzorku 350 australských žen ve věku od 16 do 63 let při vývoji této metody (Uhlmann et al., 2020).

Tabulka 7: Srovnání FIIT

	Průměr (náš výzkum)	SD (náš výzkum)	Průměr (Uhlmann et al., 2020)	SD (Uhlmann et al., 2020)	t	d	p-hodnota
FIIT	52,33	18,42	59,35	17,60	-6,45	-0,40	< 0,001
Idealizace fit	24,48	9,52	25,20	8,30	-1,29	-0,09	0,19
Přeceňování fit	17,24	7,62	22,30	8,00	-11,24	-0,63	< 0,001
Fit chování	10,61	4,41	11,85	4,30	-4,75	-0,29	< 0,001

Pozn.: SD – směrodatná odchylka; t – hodnota jednovýběrového t-testu; d – míra účinku.

Pro porovnání našich dat s daty zmíněného výzkumu (Uhlmann et al., 2020) jsme použili jednovýběrový t-test. V tabulce 7 tak uvádíme kromě průměru hrubých skóre také testovou statistiku $t(285)$ a získanou p-hodnotu. P-hodnota nižší než 0,05 – stanovená hladina významnosti značí signifikantní rozdíl mezi zkoumanými vzorky. Velmi vysoce signifikantní rozdíl ($p < 0,001$) byl nalezen u celkového skóre a u dvou subškál FIIT, přičemž jsou průměrné hodnoty hrubých skóre našeho vzorku nižší než hodnoty naměřené u australských žen. Podobné porovnání jsme provedli také s výzkumným souborem 522 amerických žen (Hill & Nolan, 2021), kdy jsme ale porovnávali pouze celkový skóre a byl rovněž objeven velmi vysoce signifikantní rozdíl ($p < 0,001$) s hodnotou testové statistiky $t(285) = -14,58$.

8.2.2. Zmapování projevů poruch příjmu potravy

Také druhou výzkumnou otázku – *V jaké míře se projevují poruchy příjmu potravy u českých žen v mladém věku?* zodpovíme pomocí deskriptivní statistiky. Abychom lépe pochopili povahu získaných dat, srovnáváme je také pomocí statistického t-testu s

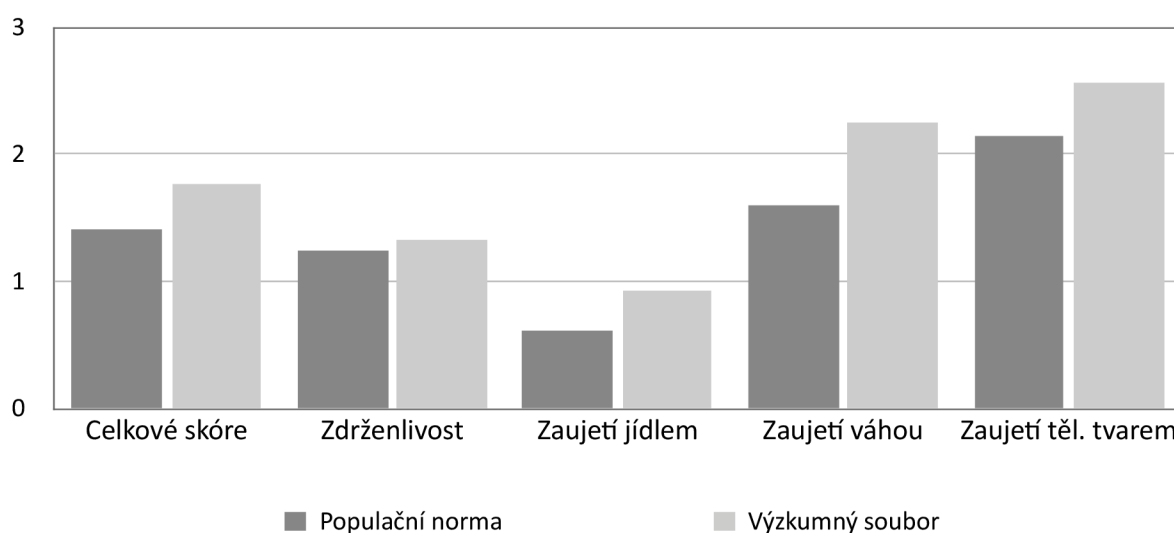
populačními normami uvedenými v příručce použité metody – EDE-Q 6.0 (Fairburn et al., 2014). V tabulce 8 jsou uvedeny hodnoty statistiky t (285) a vyplývá z ní, že existují velmi vysoce signifikantní rozdíly ($p < 0,001$) v projevech poruch příjmu potravy mezi populačními normami a našim výzkumným souborem v celkovém skóru EDE-Q 6.0 jako i ve třech subškálách tohoto dotazníku. Signifikantní rozdíl nebyl nalezen u subškály *Zdrženlivost*. Průměrný celkový hrubý skór i hrubý skór všech subškál dotazníku je u výzkumného souboru této studie vyšší než hodnoty průměrného hrubého skóru dle populační normy. Grafické zobrazení rozdílů v průměru hrubých skórů dotazníku EDE-Q 6.0 nabízí graf 4. Tmavší barvou je značena populační norma a světlejší barva představuje výzkumný soubor.

Tabulka 8: Srovnání EDE-Q 6.0

	Průměr (náš výzkum)	SD (náš výzkum)	Průměr (Fairburn et al., 2014)	SD (Fairburn et al., 2014)	t	d	p-hodnota
EDE-Q 6.0	1,77	1,27	1,40	1,13	4,91	0,33	< 0,001
Zdrženlivost	1,33	1,41	1,25	1,32	1,00	0,06	0,318
Zaujetí jídlem	0,92	1,14	0,62	0,86	4,48	0,35	< 0,001
Zaujetí váhou	2,25	1,55	1,59	1,37	7,22	0,49	< 0,001
Zaujetí těl. tvarem	2,57	1,57	2,15	1,60	4,55	0,26	< 0,001

Pozn.: SD – směrodatná odchylka; t – hodnota jednovýběrového t-testu, d – míra účinku.

Graf 4: Srovnání hrubých skórů EDE-Q 6.0



8.3. Výsledky ověření statistických hypotéz

Tato podkapitola je členěna na základě zkoumaných proměnných. Pracujeme s internalizací fit tělesného ideálu, projevy poruch příjmu potravy, osobnostními rysy a BMI. Výsledky pochází z metod FIIT, EDE-Q 6.0, F-MPS, BFI-2.XS a ARM-R. BMI bylo dopočítáno z údaje váhy a výšky. Všechny hypotézy byly testovány na hladině významnosti $\alpha = 0,05$. P-hodnota je ukazatelem, který udává, jak pravděpodobné je, že by dosažený výsledek mohl vzniknout náhodou (Dostál, 2016), to znamená, že čím je nižší, tím považujeme výsledek za více signifikantní.

Následující hypotézy vyjma hypotézy H2 a H3 odpovídají na výzkumnou otázku číslo 3 – *Jak spolu souvisí internalizace fit tělesného ideálu, osobnostní faktory, BMI a projevy poruch příjmu potravy?* Hypotéza H2 a H3 odpovídají na výzkumnou otázku číslo 4 – *Jak spolu souvisí čas strávený na sociálních sítích a internalizace fit tělesného ideálu?*

a) Internalizace fit tělesného ideálu

Nejprve se zaměříme na data získaná metodou FIIT, u kterých předpokládáme jejich souvislost s poruchami příjmu potravy. Vztah mezi těmito dvěma proměnnými zjišťujeme pomocí Pearsonova korelačního koeficientu. Tento korelační koeficient nabývá hodnot od -1 do 1. Čím je daná hodnota blíže krajním hodnotám tohoto intervalu (-1; 1), tím je vztah mezi zkoumanými proměnnými více signifikantní. Možná je tato interpretace: $r < 0,1$ – zanedbatelný vztah; $r < 0,3$ – slabý vztah; $r < 0,5$ – středně silný vztah; $r \geq 0,5$ – silný vztah; vždy je však nutné přihlížet k individualitě zkoumaných proměnných. Především v psychologii vstupuje do zkoumaných procesů často velké množství rušivých vlivů, a tak představuje koeficient korelace nad 0,5 pozoruhodně vysokou hodnotu (Dostál, 2016).

V případě první hypotézy nabyl Pearsonův korelační koeficient zkoumaných proměnných hodnoty $r(284) = 0,74$. P-hodnota, která byla převedena na jednostrannou je menší než 0,001 (tudíž menší než stanovená hladina významnosti – 0,05). Na základě těchto výsledků přijímáme hypotézu **H1**: „*Existuje signifikantní pozitivní souvislost mezi internalizací fit tělesného ideálu a projevy poruch příjmu potravy.*”

Další dvojice hypotéz se týká souvislosti internalizace fit tělesného ideálu se sociálními sítěmi, přičemž hypotéza H2 se zaměřuje na vztah internalizace s časem

stráveným na sociálních sítích a hypotéza H3 vyjadřuje předpoklad souvislosti internalizace se sledováním obsahu zaměřeného na fitness a zdravý životní styl. Pro ověření hypotézy H2 jsme použili test ANOVA (*analysis of variance*). Zjištěná hodnota statistiky $F(2) = 3,55$ a p -hodnota = 0,015 ($<0,05$), přijímáme tedy hypotézu **H2**: „*Existuje signifikantní pozitivní souvislost mezi internalizací fit tělesného ideálu a časem stráveným na sociálních sítích.*”

Pro ověření hypotézy **H3**: „*Existuje signifikantní pozitivní souvislost mezi internalizací fit tělesného ideálu a sledováním obsahu zaměřeného na fitness a zdravý životní styl na sociálních sítích.*” jsme použili Welchův t -test. Zjištěné hodnoty $t(285) = 3,31$; $p = 0,001$ ($<0,05$) podporují hypotézu H3, kterou tak přijímáme.

b) BMI

K proměnné BMI se vztahují dvě ze stanovených hypotéz, přičemž jsme obě z nich ověřovali pomocí Pearsonova korelačního koeficientu. Hypotéza **H4** se zaměřuje na vztah mezi BMI a internalizací tělesného ideálu – „*Existuje signifikantní pozitivní souvislost mezi BMI a internalizací fit tělesného ideálu.*” Tuto hypotézu na základě získané hodnoty korelačního koeficientu $r(284) = 0,24$; p -hodnota $< 0,001$ přijímáme.

Přijímáme i hypotézu **H5**, která se zaměřuje na vztah BMI a projevů poruch příjmu potravy: „*Existuje signifikantní souvislost mezi BMI a projevy poruch příjmu potravy.*” Hodnota korelačního koeficientu $r(284) = 0,34$; p -hodnota $< 0,001$.

c) Vztah mezi projevy PPP a osobnostními rysy

Vztah mezi osobnostními charakteristikami a projevy poruch příjmu potravy byl ověřen pomocí Pearsonova korelačního koeficientu, jehož hodnoty zobrazuje tabulka 9. Kromě korelačních koeficientů celkového skóre EDE-Q 6.0 a osobnostních rysů, jsou v tabulce uvedeny také korelační koeficienty jednotlivých subškál tohoto dotazníku a osobnostních rysů. Následující hypotézy byly ověřovány na základě těchto dat.

Tabulka 9: Korelační koeficienty osobnostních charakteristik a EDE-Q 6.0

	r				
	EDE-Q 6.0	Zdrženlivost	Zaujetí jídlem	Zaujetí váhou	Zaujetí těl. tvarem
Extraverze	-0,23**	-0,11	-0,25	-0,23	-0,25
Přívětivost	-0,17**	-0,13	-0,14	-0,18	-0,16
Svědomitost	-0,20***	-0,18	-0,19	-0,17	-0,18
Neuroticismus	0,34***	0,21	0,33	0,32	0,37
Otevřenost	0,04	0,11	0,10	-0,00	-0,02
Perfekcionismus	0,37***	0,31	0,35	0,32	0,36
Resilience	-0,35***	-0,22	-0,36	-0,35	-0,35

Pozn: r – hodnota Pearsonova korelačního koeficientu; ve sloupci celkového skóru (EDE-Q 6.0) jsou vyznačeny p hodnoty – *p < 0,05, **p < 0,01, ***p < 0,001.

Hypotézu **H6**: „*Existuje signifikantní pozitivní souvislost mezi neuroticismem a projevy poruch příjmu potravy.*” přijímáme s hodnotou Pearsonova korelačního koeficientu $r(284) = 0,34$; p-hodnota < 0,001.

Při ověřování hypotézy **H7**: „*Existuje signifikantní souvislost mezi svědomitostí a projevy poruch příjmu potravy.*” byl mezi proměnnými nalezen vztah s hodnotou Pearsonova korelačního koeficientu $r(284) = -0,20$; p-hodnota < 0,001. Tuto hypotézu rovněž přijímáme.

Hypotézu **H8**, která předpokládala negativní vztah mezi PPP a jedním z osobnostních rysů: „*Existuje signifikantní negativní souvislost mezi přívětivostí a projevy poruch příjmu potravy.*” přijímáme. Hodnota Pearsonova korelačního koeficientu $r(284) = -0,17$; p-hodnota < 0,01 značí mezi proměnnými vztah v záporném směru.

Nejnižší hodnotu Pearsonova korelačního koeficientu $r(284) = 0,04$; p-hodnota > 0,05 jsme naměřili ve vztahu mezi otevřeností vůči zkušenosti a PPP. Hypotézu **H9**: „*Existuje signifikantní souvislost mezi otevřeností vůči zkušenosti a projevy poruch příjmu potravy.*” tedy zamítáme.

Další hypotézou, která předpokládala negativní vztah byla **H10**: „*Existuje signifikantní negativní souvislost mezi extravertí a projevy poruch příjmu potravy.*”, kterou s hodnotou korelačního koeficientu $r(284) = -0,23$; $p\text{-hodnota} < 0,01$ naznačující vztah v záporném směru přijímáme.

Tímto jsme odpověděli na všechny hypotézy o vztahu mezi osobnostními rysy dle pětifaktorového osobnostního modelu. Do našeho výzkumu jsme však zahrnuli další dvě osobnostní charakteristiky – perfekcionismus a resilienci, kterých se týkají následující dvě hypotézy – **H11**: „*Existuje signifikantní negativní souvislost mezi resiliencí a projevy poruch příjmu potravy.*” a **H12**: „*Existuje signifikantní pozitivní souvislost mezi perfekcionismem a projevy poruch příjmu potravy.*”

Hypotézu **H11** přijímáme s hodnotou Pearsonova korelačního koeficientu $r(284) = -0,35$; $p\text{-hodnota} < 0,001$ a nacházíme tak mezi proměnnými vztah v záporném směru. Vztah s hodnotou Pearsonova korelačního koeficientu $r(284) = 0,37$; $p\text{-hodnota} < 0,001$ nacházíme ve vztahu mezi perfekcionismem a projevy PPP, a proto hypotézu **H12** rovněž přijímáme.

d) Vztah mezi internalizací fit tělesného ideálu a osobnostními rysy

Vztah mezi internalizací fit tělesného ideálu a osobnostními charakteristikami byl rovněž ověřen pomocí Pearsonova korelačního koeficientu. Tabulka 10 zobrazuje kromě korelačních koeficientů celkového skóre FIIT a osobnostních charakteristik také korelační koeficienty jednotlivých subškál tohoto testu osobnostních charakteristik.

Hypotézu **H13**: „*Existuje signifikantní pozitivní souvislost mezi neuroticismem a internalizací fit tělesného ideálu.*” přijímáme na základě hodnoty Pearsonova korelačního koeficientu $r(284) = 0,25$; $p\text{-hodnota} < 0,001$.

Zamítáme hypotézu týkající se vztahu mezi svědomitostí a internalizací fit tělesného ideálu **H14**: „*Existuje signifikantní pozitivní souvislost mezi svědomitostí a internalizací fit*

tělesného ideálu.” Tyto proměnné nabyly hodnotu Pearsonova korelačního koeficientu v opačném než očekávaném směru $r(284) = -0,09$; p -hodnota $> 0,05$.

Tabulka 10: Korelační koeficienty osobnostních charakteristik a FIIT

	r			
	FIIT	Idealizace fit	Přeceňování fit	Chování fit
Extraverze	-0,12*	-0,20	-0,07	0,06
Přívětivost	-0,08	-0,11	-0,05	-0,00
Svědomitost	-0,09	-0,14	-0,06	0,02
Neuroticismus	0,25***	0,32	0,16	0,08
Otevřenost	0,00	-0,05	0,03	0,05
Perfekcionismus	0,40***	0,34	0,40	0,24
Resilience	-0,20***	-0,25	-0,16	-0,02

Pozn: r – hodnota Pearsonova korelačního koeficientu; ve sloupci celkového skóru (FIIT) jsou vyznačeny p hodnoty – * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$.

Pearsonův korelační koeficient ve vztahu proměnné extraverze a internalizace fit tělesného ideálu nabył hodnoty $r(284) = -0,12$; p -hodnota $< 0,05$, avšak v opačném než očekávaném směru. Hypotézu **H15**: „*Existuje signifikantní pozitivní souvislost mezi extraverzí a internalizací fit tělesného ideálu.*” tedy zamítáme.

Vztah v záporném směru s hodnotou Pearsonova korelačního koeficientu $r(284) = -0,20$; p -hodnota $< 0,001$ byl nalezen mezi proměnnými resilience a internalizace fit tělesného ideálu. Hypotézu **H16**: „*Existuje signifikantní negativní souvislost mezi resiliencí a internalizací fit tělesného ideálu.*” přijímáme.

Nejsilnější vztah měla internalizace fit tělesného ideálu z osobnostních charakteristik s perfekcionismem, který nabył hodnotu Pearsonova korelačního koeficientu $r(284) = 0,40$; p -hodnota $< 0,001$. Hypotézu **H17**: „*Existuje signifikantní pozitivní souvislost mezi perfekcionismem a internalizací fit tělesného ideálu.*” přijímáme.

e) Vztah mezi osobnostními rysy, internalizací fit tělesného ideálu a projevy PPP

Jedním z cílů, které jsme si v rámci tohoto výzkumu stanovili, byla analýza vztahu mezi vybranými osobnostními faktory, internalizací fit tělesného ideálu a projevy poruch příjmu potravy. Z tohoto důvodu jsme se rozhodli blíže prozkoumat vztah mezi těmito třemi proměnnými. Konkrétně nás zajímalo, jakým způsobem vstupuje internalizace fit tělesného ideálu do vztahu mezi osobnostními charakteristikami a projevy poruch příjmu potravy.

U osobnostních charakteristik, kde se potvrdila signifikantní souvislost jak s projevy PPP, tak s internalizací fit tělesného ideálu (extraverze, neuroticismus, perfekcionismus, resilience) jsme rozhodli pro výpočet tzv. parciálního korelačního koeficientu. Tento postup umožňuje zkoumat vztah mezi dvěma proměnnými po odstranění vlivu nějaké třetí proměnné. V našem případě jsme porovnávali Pearsonův korelační koeficient vztahu mezi osobnostní proměnnou a projev PPP s parciálním korelačním koeficientem tohoto vztahu, kde byl odstraněn vliv proměnné internalizace fit tělesného ideálu. Podle toho, jaký je rozdíl mezi zmíněnými dvěma korelačními koeficienty můžeme posoudit, v jaké míře vstupuje do vztahu mezi osobnostními charakteristikami a projevy PPP internalizace fit tělesného ideálu – čím je rozdíl těchto dvou hodnot větší, tím větší roli hraje v tomto vztahu internalizace tělesného ideálu.

Tabulka 11 zobrazuje porovnání Pearsonova korelačního koeficientu a parciálního korelačního koeficientu.

Tabulka 11: Srovnání Pearsonova a parciálního korelačního koeficientu

	EDE-Q 6.0		
	r	parciální r	rozdíl
Extraverze	-0,23	-0,22	0,01
Neuroticismus	0,34	0,24	0,10*
Perfekcionismus	0,37	0,13	0,24***
Resilience	-0,35	-0,31	0,04

Pozn: r – hodnota Pearsonova korelačního koeficientu; ve sloupci rozdílu jsou vyznačeny p hodnoty –

*p < 0,05, **p < 0,01, ***p < 0,001.

V programu STATISTICA 13 jsme vypočítali rozdíl mezi dvěma korelačními koeficienty a jeho p-hodnotu. Na základě toho jsme rozhodovali o přijetí následujících

hypotéz. Je nutno podotknout, že tento test je pouze přibližný, protože zanedbáváme rozptyl odhadu původního korelačního koeficientu.

První z hypotéz se zaměřovala na vztah neuroticismu a projevů PPP – **H18**: *„Vztah mezi neuroticismem a projevy poruch příjmu potravy je odstraněním vlivu internalizace fit tělesného ideálu oslaben.“*. P-hodnota rozdílu Pearsonova a parciálního korelačního koeficientu zde byla rovna 0,03; proto tuto hypotézu přijímáme.

U následující hypotézy **H19**: *„Vztah mezi extraverzí a projevy poruch příjmu potravy je odstraněním vlivu internalizace fit tělesného ideálu oslaben.“* jsme u rozdílu mezi Pearsonovým a parciálním koeficientem napočítali p-hodnotu větší než 0,05. Proto tuto hypotézu zamítáme.

Největší rozdíl mezi dvěma koeficienty s p-hodnotou $< 0,001$ byl nalezen u osobnostní proměnné perfekcionismus, na nějž se zaměřovala hypotéza **H20**: *„Vztah mezi perfekcionismem a projevy poruch příjmu potravy je odstraněním vlivu internalizace fit tělesného ideálu oslaben.“*, kterou přijímáme.

Poslední osobnostní charakteristikou, u níž byla zjištěna signifikantní souvislost s projevy PPP byla resilience, kterou pojímala hypotéza **H21**: *„Vztah mezi resiliencí a projevy poruch příjmu potravy je odstraněním vlivu internalizace fit tělesného ideálu oslaben.“* a p-hodnota rozdílu mezi dvěma koeficienty byla větší než stanovená hladina významnosti (0,05). Tuto hypotézu zamítáme.

Shrnutí

V následující tabulce 12 jsme shrnuli všechny hypotézy a jejich stanovisko. Z celkového počtu 21 ověřovaných hypotéz bylo na základě statistických operací přijato 16 hypotéz, konkrétně H1, H2, H3, H4, H5, H6, H7, H8, H10, H11, H12, H13, H16, H17, H18, H20. Na základě statistického ověření byly zamítnuty hypotézy H9, H14, H15, H19 a H21.

Tabulka 12: Shrnutí hypotéz a jejich stanoviska

	Hypotézy	Stanovisko
Internalizace fit tělesného ideálu		
H1	Existuje signifikantní pozitivní souvislost mezi internalizací fit tělesného ideálu a projevy poruch příjmu potravy .	Přijímáme
H2	Existuje signifikantní pozitivní souvislost mezi internalizací fit tělesného ideálu a časem stráveným na sociálních sítích.	Přijímáme
H3	Existuje signifikantní pozitivní souvislost mezi internalizací fit tělesného ideálu a sledováním obsahu zaměřeného na fitness a zdravý životní styl na sociálních sítích.	Přijímáme
BMI		
H4	Existuje signifikantní pozitivní souvislost mezi BMI a internalizací fit tělesného ideálu.	Přijímáme
H5	Existuje signifikantní souvislost mezi BMI a projevy poruch příjmu potravy .	Přijímáme
Vztah osobnostních rysů a projevů poruch příjmu potravy		
H6	Existuje signifikantní pozitivní souvislost mezi neuroticismem a projevy poruch příjmu potravy .	Přijímáme
H7	Existuje signifikantní souvislost mezi svědomitostí a projevy poruch příjmu potravy .	Přijímáme
H8	Existuje signifikantní negativní souvislost mezi přívětivostí a projevy poruch příjmu potravy .	Přijímáme
H9	Existuje signifikantní souvislost mezi otevřeností vůči zkušenosti a projevy poruch příjmu potravy .	Zamítáme
H10	Existuje signifikantní negativní souvislost mezi extraverzí a projevy poruch příjmu potravy .	Přijímáme
H11	Existuje signifikantní negativní souvislost mezi resiliencí a projevy poruch příjmu potravy .	Přijímáme
H12	Existuje signifikantní pozitivní souvislost mezi perfekcionismem a projevy poruch příjmu potravy .	Přijímáme
Vztah osobnostních rysů a internalizace fit tělesného ideálu		
H13	Existuje signifikantní pozitivní souvislost mezi neuroticismem a internalizací fit tělesného ideálu.	Přijímáme
H14	Existuje signifikantní pozitivní souvislost mezi svědomitostí a internalizací fit tělesného ideálu.	Zamítáme
H15	Existuje signifikantní pozitivní souvislost mezi extraverzí a internalizací fit tělesného ideálu.	Zamítáme

H16	Existuje signifikantní negativní souvislost mezi resiliencí a internalizací fit tělesného ideálu.	Přijímáme
H17	Existuje signifikantní pozitivní souvislost mezi perfekcionismem a internalizací fit tělesného ideálu.	Přijímáme
Vstup internalizace fit tělesného ideálu do vztahu mezi osobnostními rysy a projevy poruch příjmu potravy		
H18	Vztah mezi neuroticismem a projevy poruch příjmu potravy je odstraněním vlivu internalizace fit tělesného ideálu oslaben.	Přijímáme
H19	Vztah mezi extraverzí a projevy poruch příjmu potravy je odstraněním vlivu internalizace fit tělesného ideálu oslaben.	Zamítáme
H20	Vztah mezi perfekcionismem a projevy poruch příjmu potravy je odstraněním vlivu internalizace fit tělesného ideálu oslaben.	Přijímáme
H21	Vztah mezi resiliencí a projevy poruch příjmu potravy je odstraněním vlivu internalizace fit tělesného ideálu oslaben.	Zamítáme

9. DISKUZE

V této části práce je pozornost směřována na interpretaci výsledků získaných prostřednictvím statistických testů a jejich komparaci s výsledky dosavadních výzkumů na téma souvislosti osobnostních charakteristik a internalizace tělesného ideálu s poruchami příjmu potravy. Budeme se věnovat také psychometrickým vlastnostem převedených metod – konkrétně budeme srovnávat jejich reliabilitu s výsledky z jiných zemí. Dále se budeme zamýšlet nad limity našeho výzkumu a možným směřováním následujícího vědeckého úsilí. Diskuze je z důvodu lepší přehlednosti členěna do následujících okruhů.

Reliabilita převedených metod

V naší práci jsme z anglického do českého jazyka převáděli tři z pěti použitých metod – FIIT, BFI-2-XS a F-MPS-Brief, protože jejich oficiální české verze zatím nejsou k dispozici. Tyto metody jsme zvolili kvůli jejich přiléhavosti ke zkoumaným proměnným a dobrým psychometrickým vlastnostem.

Test internalizace fit tělesného ideálu byl v podstatě jasnou volbou, protože neexistuje mnoho jiných kvalitních metod určených ke zjištění míry internalizace ideálu právě štíhlého a vypracovaného těla, který se v nynější době a v euroamerické kultuře zdá být v popředí. Tento test byl využit v několika výzkumech (Donovan et al., 2020; Uhlmann et al., 2020; Pryde & Prichard, 2022). Cronbachova alfa je koeficient, který je ukazatelem reliability a pokud je jeho hodnota vyšší nebo rovna hodnotě 0,6; znamená dobrou konzistenci a reliabilitu. Ve zmíněných výzkumech prokázal test FIIT reliabilitu s hodnotou Cronbachova alfa celého testu 0,94 a hodnoty jednotlivých subškál byly 0,92 u *Idealizace fit*; 0,92 u *Přeceňování fit* a 0,90 u *Fit chování*. Také v našem výzkumu prokázal test FIIT vysokou vnitřní konzistenci s hodnotou Cronbachova alfa 0,94 pro celý test. Jednotlivé subškály nabyly hodnot 0,94 u *Idealizace fit*; 0,90 u *Přeceňování fit* a 0,80 u *Fit chování*.

Co se týká další převedené metody – Big Five inventář extra krátký (BFI-2-XS) nebyla volba tak jednoznačná. Existuje mnoho verzí tohoto inventáře o různém množství položek. Stáli jsme však o stručnější verzi z důvodu snazšího vyplnění při velkém počtu

použitých metod a na doporučení prof. Vazsonyi, jsme se rozhodli použít právě tuto patnácti položkovou verzi, která byla použita v dalších výzkumech (Soto & John, 2017; Pavlíček et al., 2018; Sudzina & Pavlicek, 2019). Námi nalezené hodnoty Cronbachova alfa jsme srovnali s hodnotami ve výzkumu Soto & John (2017), kde byla hodnota Cronbachova alfa 0,63 pro *extraverzi*; 0,55 pro *přívětivost*; 0,61 pro *svědomitost*; 0,73 pro *neuroticismus* a 0,57 pro *otevřenost vůči zkušenosti*. Cronbachova alfa dosahovala v našem výzkumu hodnoty 0,70 pro *extraverzi*; 0,59 pro *přívětivost*; 0,63 pro *svědomitost*; 0,86 pro *neuroticismus* a 0,45 pro *otevřenost vůči zkušenosti*. Všechny osobnostní rysy kromě *otevřenosti vůči zkušenosti* prokázaly v našem výzkumu vyšší reliabilitu než ve zmíněné studii. Hraniční hodnota byla však nalezena u *přívětivosti* (0,59) a nízká u *otevřenosti vůči zkušenosti* (0,45). Tyto hodnoty mohou být způsobeny nízkým počtem položek, a to zejména co se týká *přívětivosti*, protože hodnota Cronbachova alfa je v našem výzkumu sice hraniční, ale přesto vyšší než hodnota, které dosahoval tento osobnostní rys ve studii Soto & John (2017). Příčinou nízké hodnoty *otevřenosti vůči zkušenosti* by mohla být chyba v překladu některé z položek, kdy jsme se setkali s pochybnostmi při překladu položky „*I'm someone who has little interest in abstract ideas.*“, kterou jsme přeložili jako „*Jsem někdo, kdo má malý zájem o abstraktní věci*“, ale anglické slovo *idea* by se dalo rovněž přeložit jako nápady či neurčité plány.

Poslední ze tří převáděných metod byla Frostova multidimenzionální škála perfekcionismu (F-MPS-Brief). Byla vybrána z důvodu dvoudimenzionální struktury (*Úsilí, Obavy z hodnocení*), která se ukázala být pro měření osobnostní charakteristiky *perfekcionismus* velmi účinná (Burgess et al., 2016). Tato metoda byla použita také například ve výzkumu Lee & Anderman (2020) nebo Ong et al. (2022). Ve studii Burgess et al. (2016) byly uvedeny pouze hodnoty Cronbachova alfa jednotlivých subškál – 0,81 pro *úsilí* a 0,83 pro *obavy z hodnocení*. V našem výzkumu nabyly subškála *úsilí* hodnoty 0,60 a *obavy z hodnocení* 0,67; přičemž celá škála dosáhla hodnoty 0,82. Příčina nižších hodnot může být v nepřesném překladu některých položek či v rozsahu našeho výzkumného souboru, který byl oproti zmíněné studii asi třikrát menší.

Zmapování internalizace fit tělesného ideálu

Tato práce si kladla za cíl zmapovat u českých žen ve věku 18 – 35 let internalizaci fit tělesného ideálu. Vzhledem k tomu, že v dnešní době v euroamerické kultuře panuje kult nejen štíhlého, ale i vypracovaného těla, předpokládali jsme, že české ženy budou tento ideál internalizovat. Výsledky testu FIIT našeho výzkumného souboru jsme srovnávali s výsledky studie, která vznikla při vývoji této metody, jejímž výzkumným souborem bylo 350 australských žen ve věku od 16 do 63 let (Uhlmann et al., 2020).

V celkovém skóru i ve dvou subškálách metody FIIT (přeceňování *fit* a chování *fit*), byly mezi naším výzkumným souborem a souborem zmíněné studie nalezeny signifikantní rozdíly, kdy náš výzkumný soubor skóroval níže. Signifikantní rozdíl nebyl nalezen pouze u subškály *idealizace fit*. Toto zjištění může naznačovat, že i když náš výzkumný soubor českých žen celkově internalizoval fit tělesný ideál v menší míře než výzkumný vzorek australských žen, objevuje se u něj podobná tendence k idealizaci fit tělesného ideálu. Podobné srovnání celkového skóru FIIT jsme provedli také s výzkumným souborem 522 amerických žen (Hill & Nolan, 2021), kdy byly rovněž nalezeny signifikantní rozdíly – náš výzkumný soubor skóroval níže. Tento jev by mohl být způsoben rozsahem našeho výzkumného souboru nebo jeho menším věkovým rozložením. Dalším možným vysvětlením je větší míra internalizace fit tělesného ideálu u australských a amerických žen na pozadí odlišných kulturních prvků.

Zmapování poruch příjmu potravy

Jedním z následujících cílů této práce bylo zmapování projevů poruch příjmu potravy u českých žen ve věku od 18 do 35 let. V České republice roste počet jedinců, kteří se potýkají s některou z diagnóz této kategorie (Kamarádová et al., 2015) a vzhledem k tomuto faktu jsme u poruch příjmu potravy očekávali poměrně hojný výskyt projevů.

Výsledky získané metodou EDE-Q 6.0 jsme porovnávali s populačními normami, které byly stanoveny autory této metody (Fairburn et al., 2014). Byly zjištěny signifikantní rozdíly mezi výzkumným vzorkem a stanovenou normou, přičemž výzkumný soubor dosahoval vyšších hodnot jak v celkovém skóru, tak ve všech subškálách této metody (*zdrženlivost, zaujetí jídlem, zaujetí váhou, zaujetí tělesným tvarem*). Předpoklad byl tudíž potvrzen.

Hypotézy internalizace fit tělesného ideálu

Dále jsme se v této práci zaměřovali na to, zda existuje vztah mezi projevy poruch příjmu potravy a internalizací tělesného ideálu, která se dle výzkumů zdá být relativně nově objeveným rizikovým faktorem stravovací patologie (Schaefer et al., 2019) a tudíž jsme předpokládali, že mezi těmito dvěma faktory bude nalezena souvislost. Naše očekávání bylo naplněno, přičemž mezi internalizací fit tělesného ideálu a projevy PPP byl nalezen signifikantní pozitivní vztah, který byl jen s velmi malou pravděpodobností dílem náhody.

Různé výzkumy (Yamamiya et al., 2005; Nouri et al., 2011) poukazují na provázanost internalizace tělesného ideálu a expozice takovým ideálům v médiích. Proto jsme předpokládali, že používání sociálních sítí, které jsou v dnešní době hojně využívaným médiem právě lidmi v mladém věku (Berryman et al., 2018), bude souviset s internalizací fit tělesného ideálu. Výsledky statistických testů vypověděli o provázanosti těchto dvou faktorů, přičemž u internalizace fit tělesného ideálu byla nalezena signifikantní pozitivní souvislost. Ukázalo se, že jedinci, kteří tráví na sociálních sítích více času, internalizují fit tělesný ideál ve větší míře. Stejný jev byl pozorován u jedinců, kteří na těchto platformách sledují obsah zaměřený na zdravý životní styl a fitness.

BMI

Jedním z dalších rizikových faktorů poruch příjmu potravy je BMI, kdy jeho zvýšená hodnota může vést například ke zvýšenému sociálnímu tlaku na hubnutí a následnému rozvoji PPP (Stice, 2002). Zároveň je ale jeho snížená hodnota charakteristickým znakem jedné z poruch příjmu potravy – anorexie nervosa. Proto náš předpoklad souvislosti faktoru BMI s projevy poruch příjmu potravy nebyl jednosměrný. Po statistickém testování byla však potvrzena pozitivní souvislost těchto dvou faktorů. Zmíněný zvýšený sociální tlak vede dle výzkumů také k internalizaci tělesného ideálu (Uhlmann et al., 2020). Proto jsme očekávali také souvislost BMI a internalizace fit tělesného ideálu, kde byl rovněž signifikantní pozitivní vztah potvrzen.

Vztah osobnostních rysů a projevů poruch příjmu potravy

Naše úsilí bylo směřováno také k nalezení vztahů mezi osobnostními charakteristikami (rysy dle pětifaktorového modelu osobnosti, perfekcionismus, resilience) a projevy poruch příjmu potravy. Tématem provázanosti osobnostních rysů pětifaktorového modelu osobnosti s PPP se zabývali například Vatrťová & Jurášová (2022) a Claes et al. (2006). Výsledky jejich výzkumů naznačují souvislost poruch příjmu potravy se zvýšeným skórem na škále *neuroticismu*, se sníženým skórem *přívětivosti*, *otevřenosti*, *extraverze* a dle typu poruchy se zvýšeným nebo sníženým skórem na škále *svědomitosti*. Také v našem výzkumném souboru byl objeven signifikantní pozitivní vztah projevů PPP s *neuroticismem* a signifikantní negativní vztah s *přívětivostí*, *extraverzí* a *svědomitostí*. Ze všech pěti osobnostních rysů tedy nebyl u projevů poruch příjmu potravy nalezen vztah pouze s *otevřeností vůči zkušenosti*.

Habashy & Culbert (2019) dávají ve svém výzkumu do souvislosti s projevy poruch příjmu potravy další osobnostní charakteristiku – *perfekcionismus*. Také u našeho výzkumného souboru byla nalezena signifikantní pozitivní souvislost mezi těmito dvěma faktory. Calvete et al. (2018) se naopak zabývali osobnostní proměnnou, která má dle nich s projevy poruch příjmu potravy negativní souvislost – *resilienci*. V současném výzkumu se potvrdilo, že jedinci se sníženou *resiliencí* trpí projevy poruch příjmu potravy ve větší míře než jedinci, kteří vykazují na škále tohoto osobnostního faktoru vyšší skóry.

Vztah osobnostních rysů a internalizace fit tělesného ideálu

V této práci jsme zkoumali provázanost osobnostních rysů nejen s projevy poruch příjmu potravy, ale také s internalizací fit tělesného ideálu. Na základě výzkumů (Martin & Racine, 2017; Calvete et al., 2018; Habashy & Culbert, 2019) jsme předpokládali pozitivní souvislost internalizace fit tělesného ideálu s *neuroticismem*, *svědomitostí*, *extraverzí*, *perfekcionismem* a negativní souvislost s *resiliencí*. V současném výzkumu byl nalezen signifikantní pozitivní vztah internalizace fit tělesného ideálu s *neuroticismem* a *perfekcionismem* a naopak negativní vztah s *extraverzí* a *resiliencí*. *Svědomitost* se v našem výzkumném souboru k internalizaci fit tělesného ideálu nevztahovala, což je v souladu se zjištěními Rymarczyk (2021).

Vstup internalizace fit tělesného ideálu do vztahu mezi osobnostními rysy a projevy poruch příjmu potravy

Někteří autoři (Martin & Racine, 2017; Habashy & Culbert, 2019; Rymarczyk, 2021) se domnívají, že internalizace tělesných ideálů zprostředkovává vztah mezi osobnostními charakteristikami a projevy poruch příjmu potravy. Proto jsme se rozhodli prozkoumat, jestli v našem výzkumu internalizace fit tělesného ideálu ovlivnila vztah mezi osobností a projevy PPP. Srovnali jsme korelační koeficient osobnostních charakteristik s projevy poruch příjmu potravy s tzv. parciálním korelačním koeficientem, který umožňuje odstranění vlivu některé proměnné – v našem případě internalizace fit ideálu.

Díky tomuto postupu jsme zjistili, že pokud dojde k odstranění vlivu internalizace, vztah *neuroticismu* a projevů PPP je oslaben. Toto zjištění koresponduje s výzkumem Rymarczyk (2021), jehož zjištění naznačují, že po odstranění vlivu sociokulturních proměnných, jako je internalizace tělesných ideálů, ztrácí *neuroticismus* ve vztahu k poruchám příjmu potravy svou roli. Kromě *neuroticismu* ztratil po odstranění internalizace fit ideálu svou sílu také vztah mezi *perfekcionismem* a projevy PPP. Tento výsledek koresponduje s výzkumem Habashy & Culbert (2019), kteří naznačují, že sociokulturní faktory mohou být důležité pro pochopení jak *perfekcionismus* vede ke stravovací patologii. Vztah mezi *extraverzí* a *resiliencí* však po odstranění vlivu internalizace fit ideálu na své síle neztratil.

To, že k oslabení vztahu došlo pouze u některých osobnostních rysů může být způsobeno rozsahem výzkumného souboru, potenciálním faktem, že internalizace ideálů zprostředkovává vztah pouze některých osobnostních charakteristik s projevy PPP nebo tím, že námi použitý postup poskytuje pouze přibližné hodnoty. Navrhujeme, aby se následující výzkum věnoval přesnější analýze těchto vztahů za použití složitějších statistických postupů.

Limity

V této části popíšeme limity naší práce, jejichž znalost může usnadnit práci následovníkům ve výzkumu se stejným zaměřením. Jako první je nutno zmínit věkové rozložení našeho výzkumného souboru, přičemž většina našich respondentů se pohybovala ve věku od 20 do 23 let. I když poruchy příjmu potravy jsou problémem nejčastěji se vyskytujícím u

adolescentních dívek a žen v mladém dospělí (Kamarádová et al., 2015), tělesná nespokojenost a s ní spojené faktory jako je internalizace tělesného ideálu mohou postihovat ženy v západní společnosti také v průběhu pozdějších stádií dospělí (Uhlmann et al., 2020). Výzkumný vzorek následujících výzkumů se zaměřením na zmapování internalizace by mohl být věkově rozmanitější a následně by mohla být realizována komparace různých věkových kategorií.

Další z problémů by se mohl týkat proměnné BMI, kdy jedinci nemuseli udávat pravdivé informace o svojí výšce a váze. Ve společnosti byl vysledován fenomén, kdy mají lidé tendenci podhodnocovat svou vlastní váhu (Madrigal et al., 2000). BMI není nejlepším ukazatelem také z toho důvodu, že nezohledňuje podíl tělesného tuku a svalů (Rush et al., 2007).

Co se týká použitím metody EDE-Q 6.0, jako limit vnímáme jeho orientaci na poslední měsíc (28 dní) z toho důvodu, že některé z projevů poruch příjmu potravy potenciálně související s osobností se mohly projevit v dřívějším časovém období. U jiných metod měřících projevy poruch příjmu potravy, které byly vhodné k použití v našem výzkumu, se nám však nepodařilo získat souhlas autorů.

Dalším možným limitem této práce je také použití metody BFI-2-XS, které u jednoho z osobnostních faktorů vykazovala hraniční (*přívětivost*) a u jednoho nízkou (*otevřenost vůči zkušenosti*) hodnotu Cronbachova alfa. V následujícím výzkumu doporučujeme použití rozsáhlejší verze Big five inventáře, který obsahuje více položek k sycení jednotlivých osobnostních rysů.

Možnosti dalšího zkoumání

Tato práce se zaměřovala především na zmapování internalizace fit tělesného ideálu, zmapování poruch příjmu potravy a provázaností těchto dvou proměnných s osobnostními rysy u českých žen v mladém dospělí. Další vědecké úsilí by mohlo být směřováno na jiné věkové kategorie, protože se ukazuje, že problematika internalizace společenských ideálů těla se týká nejen žen v mladém dospělí (Uhlmann et al., 2020).

Následující výzkumné kroky by mohly vést také k prozkoumání toho, jak jednotlivé poruchy příjmu potravy souvisí u českých žen s internalizací fit tělesného ideálu, a také, jestli se některé z nich pojí s osobnostními rysy více než jiné. Jak již bylo zmíněno,

vědecká práce by se mohla zabývat podrobnější analýzou vstupu internalizace fit tělesného ideálu do vztahu mezi osobnostními charakteristikami a projevy PPP za použití složitějších statistických postupů.

Pro náš výzkum byly zvoleny metody FIIT, EDE-Q 6.0, BFI-2-XS, F-MPS-Brief a ARM-R, nicméně pro následující výzkum mohou být vybrány jiné nástroje a jejich výsledky následně porovnány s výsledky naší práce, jejíž zjištění tak mohou být rozšířena.

Mezi internalizací fit tělesného ideálu a projevy poruch příjmu potravy byl nalezen signifikantní vztah. Potvrdilo se také, že internalizace fit tělesného ideálu souvisí s používáním sociálních sítí a typem sledovaného obsahu. Preventivní programy například pro adolescentní dívky na středních školách zaměřené na filtrování obsahu sledovaného na sociálních sítích a na nereálnost standardů krásy zobrazovaných v médiích by mohly pomoci snížit u mladých žen míru internalizace společenských standardů krásy těla a tím potenciálně snížit prevalenci poruch příjmu potravy ve společnosti.

10. ZÁVĚR

Ve výzkumné části této práce jsme se zaměřili na zmapování internalizace fit tělesného ideálu a projevů poruch příjmu potravy u českých žen v mladém věku. Dále jsme zjišťovali, zda jsou internalizace fit tělesného ideálu a poruchy příjmu potravy ve vztahu s vybranými osobnostními charakteristikami – osobnostní rysy pětifaktorového modelu, perfekcionismus, resilience. Zajímalo nás, zda je internalizace fit tělesného ideálu ovlivněna používáním sociálních sítí. Nástrojem, který jsme použili k dosažení výzkumných cílů na našem výzkumném souboru, byl kvantitativní přístup. Po rešerši dostupných metod k měření zmíněných proměnných jsme zvolili nástroje FIIT, EDE-Q 6.0, BFI-2-XS, F-MPS-Brief a ARM-R.

Pro tři ze zvolených metod (FIIT, BFI-2-XS a F-MPS-Brief) zatím neexistuje jejich oficiální česká verze, a proto jsme je převáděli z anglického do českého jazyka. Díky zpětnému překladu a korektuře české lingvistky jsme definovali finální verze položek. Pro stanovení reliability převedených metod jsme použili koeficient Cronbachova alfa, jejíž hodnota byla $\alpha = 0,94$ pro metodu FIIT a $\alpha = 0,82$ pro F-MPS-Brief. Co se týká BFI-2-XS dosahovala Cronbachova alfa hodnoty $\alpha = 0,70$ pro *extraverzi*; $\alpha = 0,59$ pro *přívětivost*; $\alpha = 0,63$ pro *svědomitost*; $\alpha = 0,86$ pro *neuroticismus* a $\alpha = 0,45$ pro *otevřenost vůči zkušenosti*.

V deskriptivní části jsme zmapovali internalizaci fit tělesného ideálu prostřednictvím porovnání výsledků hrubých skóre metody FIIT našeho výzkumného souboru a souboru studie (Uhlmann et al., 2020), v rámci které byl tento nástroj vytvořen. V celkovém skóru a ve dvou subškálách (*Přeceňování fit*, *Chování fit*) byly mezi naším výzkumným souborem a souborem zmíněné studie nalezeny signifikantní rozdíly s tím, že náš výzkumný soubor dosahoval nižších hodnot. Náš soubor se však významně nelišil tím, jak skóroval na subškále *Idealizace fit*. Celkový skóre FIIT našeho výzkumného souboru byl rovněž srovnán se souborem 522 amerických žen (Hill & Nolan, 2021), přičemž byl nalezen rozdíl, kdy náš výzkumný soubor skóroval níže. Znamená to, že oproti zmíněným studiím internalizovaly ženy v našem výzkumném souboru fit tělesný ideál v menší míře, ale idealizovaly fit tělo zhruba ve stejné míře jako soubor australských žen (Uhlmann et al., 2020).

Následně jsme v deskriptivní části mapovali projevy poruch příjmu potravy, kdy jsme výsledky metody EDE-Q 6.0 porovnávali s populačními normami stanovenými autory této metody. Naš výzkumný soubor dosahoval nejen v celkovém skóru, ale také ve všech subškálách metody (*zdrženlivost, zaujetí jídlem, zaujetí váhou, zaujetí tělesným tvarem*) vyšších hodnot. To znamená, že oproti stanoveným normám trpělo projevy poruch příjmu potravy více žen v našem výzkumném souboru.

Předpokládali jsme, že internalizace fit tělesného ideálu souvisí s projevy poruch příjmu potravy. Tento předpoklad byl potvrzen nalezeným signifikantním pozitivním vztahem. Dále jsme zjistili, že internalizace fit tělesného ideálu má pozitivní souvislost s časem tráveným na sociálních sítích a s faktem, zda respondent sledoval na těchto platformách obsah zaměřený na fitness a zdravý životní styl.

Do našeho výzkumu jsme zařadili také proměnnou BMI, která byla vypočítána z údajů váhy a výšky uvedených respondenty. Zjistili jsme, že tato proměnná pozitivně koreluje jak s mírou internalizace fit tělesného ideálu, tak s projevy poruch příjmu potravy.

Dále jsme se věnovali hledání vztahů mezi osobnostními charakteristikami a projevy poruch příjmu potravy. Projevy poruch příjmu potravy v našem výzkumném souboru pozitivně korelovaly s *neuroticismem, perfekcionismem* a negativně korelovaly s *přívětivostí, extravertzí, svědomitostí a resiliencí*.

Zajímaly nás také vztahy mezi osobnostními charakteristikami a internalizací fit tělesného ideálu. Internalizace v našem výzkumném souboru pozitivně korelovala s *neuroticismem, svědomitostí, extravertzí, perfekcionismem* a negativně korelovala s *resiliencí*.

Zjišťovali jsme, jak vstupuje internalizace fit tělesného ideálu do vztahu mezi osobnostními charakteristikami a projevy poruch příjmu potravy, protože některé studie (Martin & Racine, 2017; Habashy & Culbert, 2019; Rymarczyk, 2021) naznačovaly, že by mohla tento vztah zprostředkovávat. I z našeho výzkumu částečně vyplývá podobný předpoklad, protože po odstranění vlivu internalizace fit tělesného ideálu byl oslaben vztah *neuroticismu a perfekcionismu* k projevům poruch příjmu potravy. V případě *extraverze a resilience* však k oslabení vztahu nedošlo.

SOUHRN

Tato práce se zaměřuje na internalizaci fit tělesného ideálu, poruchy příjmu potravy a jejich provázanost s osobnostními charakteristikami – osobnostní rysy dle pětifaktorového modelu, perfekcionismus a resilience. Náš výzkumný soubor tvořilo 286 českých žen v mladém věku.

Práce je rozdělena na dvě hlavní části – teoretickou a výzkumnou. Teoretická část je sycena třemi kapitolami a první z nich se věnuje Ideálu krásného těla jako společenskému konstrukt, který se vyvíjí snad od počátku lidské existence. V dnešní době v euroamerické kultuře pozorujeme důraz nejen na štíhlost, nýbrž i na vypracovanost ženského těla (Simpson & Mazzeo, 2017). Zejména pro mladé ženy se společenské standardy proměňují v nátlak, kterému se v dnešní době medializovaného světa dá je těžko uniknout (Fialová, 2006). Tento proces může prostřednictvím internalizace – zvněření společenských standardů krásy vyústit až v některou z poruch příjmu potravy.

Právě poruchám příjmu potravy se věnuje druhá kapitola teoretické části. Jedná se o kategorii onemocnění, která se oproti jiným psychiatrickým diagnózám pojí s vyšší úmrtností (Navrátilová & Hamrová, 2009) a v posledních desetiletích pozorujeme v České republice nárůst jedinců, kteří se s ní potýkají (Kamarádová, 2015). Mezi poměrně nově objevené rizikové faktory stravovací patologie patří již zmíněná internalizace společensky předkládaných standardů krásy (Schaefer et al., 2019).

Jak se ukazuje v některých výzkumech (Rymarczyk, 2021; Vatrtovej & Jurášová, 2022), internalizace tělesných ideálů se pojí stejně jako poruchy příjmu potravy s některými osobnostními charakteristikami. Právě osobnosti se věnuje kapitola třetí. Dá se na ni nahlížet různými způsoby (Řičan, 2010). Jedním z nich je pojímat ji jako konstrukt složený z dílčích osobnostních rysů. K tomuto výkladu osobnosti slouží v posledních letech hojně užívaný pětifaktorový model osobnosti – Big five (McCrae & John, 1992). Kromě osobnostních rysů pětifaktorového modelu se dle některých studií k internalizaci tělesných ideálů a projevům poruch příjmu potravy vztahují také osobnostní charakteristiky jako je perfekcionismus (Boone et al., 2011; Habashy & Culbert, 2019) a resilience (Calvete et al., 2018).

Ve výzkumné části se zaměřujeme na zpracování a výklad výsledků našich respondentů získaných pěti použitými nástroji – FIIT k měření internalizace fit tělesného

ideálu, EDE-Q 6.0 ke zmapování projevů poruch příjmu potravy, BFI-2-XS pro získání informací o osobnostních rysech modelu Big five, F-MPS-Brief měřící perfekcionismus a ARM-R měřící resilienci. Vzhledem k absenci oficiálních českých verzí některých ze zmíněných metod (FIIT, BFI-2-XS, F-MPS-Brief) jsme tyto nástroje převedli z anglického do českého jazyka a následně určili jejich reliabilitu pomocí koeficientu Cronbachova alfa. Mimo data získaná pomocí zmíněných metod jsme pracovali také s BMI a údaji o tom, jakým způsobem jsou respondenti aktivní na sociálních sítích.

Ve výzkumné části jsme také popsali charakteristiky našeho výzkumného souboru a způsob, kterým probíhal sběr dat – dotazníkové šetření v online prostoru. K přípravě dat na následnou analýzu, která probíhala v programu STATISTICA 13, jsme využili program Microsoft Excel. K ověření statistických hypotéz jsme následně použili různé testy, vždy s ohledem na povahu zkoumaných proměnných. Nejčastěji využitým testem byl Pearsonův korelační koeficient, ale pro náš výzkum jsme využili také Welchův t-test, test ANOVA (z anglického *Analysis of variance*) a parciální korelační koeficient. Výsledky jsme zobrazovali pomocí tabulek, do kterých byly doplněny zásadní informace. Z 21 stanovených hypotéz jsme přijali 16.

Výsledky poukazují na poměrně vysoký výskyt projevů poruch příjmu potravy ve srovnání s populačními normami stanovenými autory použité metody (Fairburn et al., 2014). V internalizaci fit tělesného ideálu byl náš výzkumný soubor srovnán s výzkumnými soubory dvou studií, jejichž participanty bylo 350 australských a 522 amerických žen (Hill & Nolan, 2021), přičemž v celkovém skóru dosahoval náš soubor signifikantně nižších hodnot.

Internalizace fit tělesného ideálu u našeho výzkumného souboru pozitivně korelovala s projevy poruch příjmu potravy, což koresponduje s předpokladem, že internalizace společensky stanovených ideálů krásy těla může být rizikovým faktorem pro vznik stravovací patologie.

V našem výzkumu se také ukázalo, že jedinci, kteří tráví více času na sociálních sítích, internalizují fit tělesný ideál ve větší míře stejně jako jedinci, kteří na těchto platformách sledují obsah zaměřený na zdravý životní styl a fitness.

Jedním z dalších rizikových faktorů stravovací patologie je zvýšené BMI. U našeho výzkumného vzorku byla nalezena jeho souvislost jak s projevy poruch příjmu potravy, tak s internalizací fit tělesného ideálu.

Co se týká osobnostních charakteristik, které se vztahují k projevům poruch příjmu potravy, byla nalezena pozitivní souvislost s *neuroticismem*, *perfekcionismem* a negativní souvislost s *přívětivostí*, *extraverzí*, *svědomitostí* a *resiliencí*.

U osobnostních charakteristik ještě zůstaneme, ale nyní se vyjádříme k jejich vztahovosti k internalizaci fit tělesného ideálu, kdy byla nalezena pozitivní souvislost s *neuroticismem*, *svědomitostí*, *extraverzí*, *perfekcionismem* a negativní souvislost s *resiliencí*.

Vzhledem k tomu, že některé studie naznačují (Martin & Racine, 2017; Habashy & Culbert, 2019; Rymarczyk, 2021), že internalizace společenských ideálů krásy těla by mohla zprostředkovávat vztah mezi osobnostními charakteristikami a projevy poruch příjmu potravy, jsme se rozhodli analyzovat, jak v našem výzkumném souboru vstupovala internalizace fit tělesného ideálu do vztahu mezi osobností a projevy PPP. Pomocí statistického postupu jsme z tohoto vztahu odstranili vliv proměnné internalizace fit tělesného ideálu a poté jsme zjistili, že vztah mezi *neuroticismem* a *perfekcionismem* byl tímto procesem oslaben. V případě *extraverze* a *resilience* však k oslabení vztahu nedošlo.

Budoucí výzkumy na podobné téma by mohly k měření proměnných využít jiné metody a jejich výsledky porovnat s našimi. Zajímavé by bylo také prozkoumat, jak jednotlivé poruchy příjmu potravy souvisí u českých žen s internalizací fit tělesného ideálu, a také, jestli se některé z nich pojí s osobnostními rysy více než jiné. Následující vědecké úsilí by mohlo být směřováno také k podrobnější analýze vstupu internalizace fit tělesného ideálu do vztahu mezi osobnostními charakteristikami a projevy poruch příjmu potravy.

Hlavní přínos této práce spatřujeme ve zmapování proměnné internalizace fit tělesného ideálu u českých žen v mladém věku, protože se jedná o poměrně nový faktor, o kterém se mluví v souvislosti s poruchami příjmu potravy.

Vzhledem k tomu, že internalizace fit tělesného ideálu souvisí s používáním sociálních sítí a typem sledovaného obsahu, preventivní programy například pro adolescentní dívky se zaměřením na filtrování obsahu a nereálnost standardů krásy

zobrazovaných na těchto platformách by mohl vést ke snížení internalizace společenských standardů a tím potenciálně snížit prevalenci poruch příjmu potravy ve společnosti.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- Allport, G. W. (1931). What is a trait of personality? *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 25(4), 368–372. <https://doi.org/10.1037/h0075406>
- Berryman, C., Ferguson, C. J., & Negy, C. (2018). Social media use and mental health among young adults. *Psychiatric quarterly*, 89(2), 307-314. <https://doi:10.1007/s11126-017-9535-6>
- Boepple, L., & Thompson, J. K. (2014). A content analysis of healthy living blogs: Evidence of content thematically consistent with dysfunctional eating attitudes and behaviors. *International Journal of Eating Disorders*, 47(4), 362-367. <https://doi.org/10.1002/eat.22244>
- Bonafini, B. A., & Pozzilli, P. (2011). Body weight and beauty: the changing face of the ideal female body weight. *Obesity reviews*, 12(1), 62-65. <https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2010.00754.x>
- Boone, L., Soenens, B., & Braet, C. (2011). Perfectionism, body dissatisfaction, and bulimic symptoms: The intervening role of perceived pressure to be thin and thin ideal internalization. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 30(10), 1043-1068. <https://doi.org/10.1521/jscp.2011.30.10.1043>
- Borghuis, J., Denissen, J. J., Oberski, D., Sijtsma, K., Meeus, W. H., Branje, S., ... & Bleidorn, W. (2017). Big Five personality stability, change, and codevelopment across adolescence and early adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 113(4), 641–657. <https://doi.org/10.1037/pspp0000138>
- Burgess, A. M., Frost, R. O., & DiBartolo, P. M. (2016). Development and validation of the frost multidimensional perfectionism scale–brief. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 34(7), 620-633. <https://doi.org/10.1177/0734282916651359>
- Calvete, E., Las Hayas, C., & Del Barrio, A. G. (2018). Longitudinal associations between resilience and quality of life in eating disorders. *Psychiatry Research*, 259, 470-475. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.11.031>

- Cassin, S. E., & von Ranson, K. M. (2005). Personality and eating disorders: a decade in review. *Clinical psychology review*, 25(7), 895-916. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.04.012>
- Claes, L., Vandereycken, W., Luyten, P., Soenens, B., Pieters, G., & Vertommen, H. (2006). Personality Prototypes in Eating Disorders Based on the Big Five Model. *Journal of Personality Disorders*, 20(4), 401–416. <https://doi:10.1521/pedi.2006.20.4.401>
- Cooper, P. (2014). *Bulimie a záchvatovité přejídání: jak je překonat*. Portál.
- Donovan, C. L., Uhlmann, L. R., & Loxton, N. J. (2020). Strong is the new skinny, but is it ideal?: A test of the tripartite influence model using a new measure of fit-ideal internalisation. *Body Image*, 35(1), 171-180. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2020.09.002>
- Dostál, D. (2016). *Statistické metody v psychologii*. Nepublikovaná skripta. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Dostál, D. (2017). *Psychometrie I* [PowerPoint prezentace].
- Dunn, T. M., Gibbs, J., Whitney, N., & Starosta, A. (2017). Prevalence of orthorexia nervosa is less than 1 %: data from a US sample. *Eating and Weight Disorders*, 22(1), 185–192. <https://doi.org/10.1007/s40519-016-0258-8>
- Evropská federace psychologických asociací. (2005). *Etický metakodex*. Získáno z http://www.europsy.cz/dokumenty/Metakodex_EFPA_2005.pdf
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. Guilford Press.
- Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (2008). Eating disorder examination questionnaire. In C. G. Fairburn (Ed.), *Cognitive behavior therapy and eating disorders* (s. 309–313).
- Fairburn, Ch. G., Cooper, Z., & O'Coonor, M. (2014). *Eating Disorder Examination*. Guilford Press.
- Ferjenčík, J. (2010). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši* (2. vydání). Portál.
- Fialová, L. (2006). *Moderní body image: jak se vyrovnat s kultem štíhlého těla*. Grada Publishing.

- Fry, P. S., & Debats, D. L. (2009). Perfectionism and the five-factor personality traits as predictors of mortality in older adults. *Journal of Health Psychology, 14*(4), 513–524. <https://doi.org/513-524.10.1177/1359105309103571>
- Gangestad, S. W., & Scheyd, G. J. (2005). The evolution of human physical attractiveness. *Annual Review of Anthropology, 34*(1), 523-548. <https://doi.org/10.1146/annurev.anthro.33.070203.143733>
- Grogan, S. (2000). *Body image: psychologie nespokojenosti s vlastním tělem*. Grada Publishing.
- Habashy, J., & Culbert, K. M. (2019). The role of distinct facets of perfectionism and sociocultural idealization of thinness on disordered eating symptoms. *Journal of Social and Clinical Psychology, 38*(4), 343-365. <https://doi.org/10.1521/jscp.2019.38.4.343>
- Herrman, H., Stewart, D. E., Diaz-Granados, N., Berger, E. L., Jackson, B., & Yuen, T. (2011). What is resilience? *The Canadian Journal of Psychiatry, 56*(5), 258-265.
- Higgins, E. T. (1989). Self-discrepancy theory: What patterns of self-beliefs cause people to suffer? In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology*, (s.93–136). Academic Press. [https://doi.org/10.1016/S0065-2601\(08\)60306-8](https://doi.org/10.1016/S0065-2601(08)60306-8)
- Hill, E. M., & Nolan, M. T. (2021). Examining eating disorder-related social comparison orientation and body dissatisfaction in the relationship between fit ideal internalization and drunkorexia engagement. *Eating Behaviors, 41*(1), Article 101480. <https://doi:10.1016/j.eatbeh.2021.101480>
- Hřebíčková, M. (2011). *Pětifaktorový model v psychologii osobnosti*. Grada Publishing.
- Hřebíčková, M., & Urbánek, T. (2001). *Big five: NEO pětifaktorový osobnostní inventář*. Testcentrum.
- Johnson, R. J., Lanaspá, M. A., & Fox, J. W. (2021). Upper paleolithic figurines showing women with obesity may represent survival symbols of climatic change. *Obesity, 29*(1), 11-15. <https://doi.org/10.1002/oby.23028>
- Kamarádová, D., Praško, J., Látalová, K. (2015). *Suicidialita u psychických poruch*. Grada.

- Kasten, E., & Kochesfahani, T. M. (2022). Körperwahrnehmung, Körperideal und Körperzufriedenheit. *Journal für Ästhetische Chirurgie*, 15(4), 128-132. <https://doi.org/10.1007/s12631-022-00310-3>
- Keery, H., Boutelle, K., Van Den Berg, P., & Thompson, J. K. (2005). The impact of appearance-related teasing by family members. *Journal of Adolescent Health*, 37(2), 120-127. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2004.08.015>
- Kim, V. (2022). *Fenomén krásy: proměny chápání ideálu ženské krásy ve vybraných médiích* [Bakalářská práce].
- Krch, F. D. (2007). Poruchy příjmu potravy. *Medicína pro praxi*, 4(10), 420–422.
- Lantz, E. L., Gaspar, M. E., DiTore, R., Piers, A. D., & Schaumberg, K. (2018). Conceptualizing body dissatisfaction in eating disorders within a self-discrepancy framework: a review of evidence. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 23(3), 275-291. <https://doi.org/10.1007/s40519-018-0483-4>
- Las Hayas, C., Calvete, E., del Barrio, A. G., Beato, L., Muñoz, P., & Padierna, J. Á. (2014). Resilience Scale-25 Spanish version: Validation and assessment in eating disorders. *Eating behaviors*, 15(3), 460-463. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.06.010>
- Le, LK D., Barendregt, J. J., Hay, P., & Mihalopoulos, C. (2017). Prevention of eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review*, 53(1), 46-58. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.02.001>
- Lee, Y. J., & Anderman, E. M. (2020). Profiles of perfectionism and their relations to educational outcomes in college students: The moderating role of achievement goals. *Learning and Individual Differences*, 77(1), Article 101813. <https://doi.org/10.1016/j.lindif.2019.101813>
- Lichtenstein, M. B., Hinze, C. J., Emborg, B., Thomsen, F., & Hemmingsen, S. D. (2017). Compulsive exercise: links, risks and challenges faced. *Psychology research and behavior management*, 10(1), 85-95. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S113093>

- Lilenfeld, L. R., Wonderlich, S., Riso, L. P., Crosby, R., & Mitchell, J. (2006). Eating disorders and personality: A methodological and empirical review. *Clinical psychology review, 26*(3), 299-320. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.10.003>
- Madrigal, H., Sanchez-Villegas, A., Martinez-Gonzalez, M. A., Kearney, J., Gibney, M. J., De Irala, J., & Martínez, J. A. (2000). Underestimation of body mass index through perceived body image as compared to self-reported body mass index in the European Union. *Public health, 114*(6), 468-473. <https://doi.org/10.1038/sj.ph.1900702>
- Maor, M., & Cwikel, J. (2016). Mother's strategies to strengthen their daughter's body image. *Feminism & Psychology, 26*(1), 11-29. <https://doi.org/10.1177/0959353515592899>
- Martin, S. J., & Racine, S. E. (2017). Personality traits and appearance-ideal internalization: Differential associations with body dissatisfaction and compulsive exercise. *Eating behaviors, 27*(1), 39-44. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2017.11.001>
- Mason, T. B., Lavender, J. M., Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., Engel, S. G., Strauman, T. J., ... & Peterson, C. B. (2016). Self-discrepancy and eating disorder symptoms across eating disorder diagnostic groups. *European Eating Disorders Review, 24*(6), 541-545. <https://doi.org/10.1002/erv.2483>
- Matějček, Z., & Dytrych, Z. (1998). Riziko a resilience. *Československá psychologie, 42*(2), 97-105.
- McCrae, R. R., & John, O. P. (1992). An introduction to the five-factor model and its applications. *Journal of personality, 60*(2), 175-215. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1992.tb00970.x>
- Mlčák, Z. (2010). Pětifaktorový model osobnosti, prosociální chování a empatie u studentů středních a vysokých škol. *Psychologie a její kontexty, 2*(1), 135-147.
- Murray, S. B., Strober, M., Craske, M. G., Griffiths, S., Levinson, C. A., & Strigo, I. A. (2018). Fear as a translational mechanism in the psychopathology of anorexia nervosa. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 95*(1), 383-395. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2018.10.013>

- Navrátilová, M., & Hamrová, M. (2009). Realimentace u závažných poruch příjmu potravy – mentální anorexie a bulimie. *New EU Magazine of medicine*, 1-2, 22-36.
- Norman, W. T. (1963). Toward an adequate taxonomy of personality attributes: Replicated factor structure in peer nomination personality ratings. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 66(6), 574-583. <https://doi.org/10.1037/h0040291>
- Nouri, M., Hill, L. G., & Orrell-Valente, J. K. (2011). Media exposure, internalization of the thin ideal, and body dissatisfaction: Comparing Asian American and European American college females. *Body image*, 8(4), 366-372. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2011.05.008>
- Ong, C. W., Lee, E. B., Levin, M. E., & Twohig, M. P. (2022). Online process-based training for perfectionism: A randomized trial. *Behaviour Research and Therapy*, 156(1), Article 104152. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2022.104152>
- Orel, M. (2020). Psychopatologie: *Nauka o nemocech duše* (3. vydání). Grada publishing.
- Papežová, H. (2010). *Spektrum poruch příjmu potravy*. Grada publishing.
- Pavliček, A., Sudzina, F., & Novák, R. (2018). Impact of personality traits (BFI-2-XS) on using Google or Facebook single sign-on for other web portals. *Business Economics, Management and Marketing*, 182-195.
- Petrnoušková, J. (2010). *Vývoj drogové scény v ČR od roku 1990* [Diplomová práce].
- Pryde, S., & Prichard, I. (2022). TikTok on the clock but the #fitspo don't stop: The impact of TikTok fitspiration videos on women's body image concerns. *Body Image*, 43(1), 244-252. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2022.09.004>
- Resilience Research Centre. (2018). CYRM and ARM user manual. *Resilience Research Centre*, Dalhousie University. Retrieved from: <http://www.resilienceresearch.org/>
- Rice, K. G., Lopez, F. G., & Vergara, D. (2005). Parental/social influences on perfectionism and adult attachment orientations. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24(4), 580-605. <https://doi.org/10.1521/jscp.2005.24.4.580>

- Rose, J. S., Vaewsorn, A., Rosselli-Navarra, F., Wilson, G. T., & Weissman, R. S. (2013). Test-retest reliability of the eating disorder examination-questionnaire (EDE-Q) in a college sample. *Journal of eating disorders*, *1*(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/2050-2974-1-42>
- Rush, E. C., Goedecke, J. H., Jennings, C., Micklesfield, L., Dugas, L., Lambert, E. V., & Plank, L. D. (2007). BMI, fat and muscle differences in urban women of five ethnicities from two countries. *International journal of obesity*, *31*(8), 1232-1239. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0803576>
- Ryman, F. V., Cesuroglu, T., Bood, Z. M., & Syurina, E. V. (2019). Orthorexia nervosa: disorder or not? Opinions of Dutch health professionals. *Frontiers in psychology*, *10*(1), 555. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00555>
- Rymarczyk, K. (2021). The role of personality traits, sociocultural factors, and body dissatisfaction in anorexia readiness syndrome in women. *Journal of Eating Disorders*, *9*(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s40337-021-00410-y>
- Řičan, P. (2010). *Psychologie osobnosti*. Grada publishing.
- Scoffier-Mériaux, S., Falzon, C., Lewton-Brain, P., Filaire, E., & d'Arripe-Longueville, F. (2015). Big five personality traits and eating attitudes in intensively training dancers: The mediating role of internalized thinness norms. *Journal of sports science & medicine*, *14*(3), 627-633.
- Schaefer, L. M., Burke, N. L., & Thompson, J. K. (2019). Thin-ideal internalization: How much is too much? *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, *24*(5), 933-937. <https://doi.org/10.1007/s40519-018-0498-x>
- Simpson, C. C., & Mazzeo, S. E. (2017). Skinny is not enough: A content analysis of fitspiration on Pinterest. *Health communication*, *32*(5), 560-567. <https://doi.org/10.1080/10410236.2016.1140273>
- Soto, C. J., & John, O. P. (2017). Short and extra-short forms of the Big Five Inventory–2: The BFI-2-S and BFI-2-XS. *Journal of Research in Personality*, *68*(1), 69-81. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2017.02.004>

Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: a meta-analytic review. *Psychological bulletin*, 128(5), 825–848. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.128.5.825>

Stice, E., Mazotti, L., Weibel, D., & Agras, W. S. (2000). Dissonance prevention program decreases thin-ideal internalization, body dissatisfaction, dieting, negative affect, and bulimic symptoms: A preliminary experiment. *International Journal of Eating Disorders*, 27(2), 206-217. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1098-108x\(200003\)27:2<206::aid-eat9>3.0.co;2-d](https://doi.org/10.1002/(sici)1098-108x(200003)27:2<206::aid-eat9>3.0.co;2-d)

Sudzina, F., & Pavlicek, A. (2019). Impact of personality traits (BFI-2-XS) on use of cryptocurrencies. *Hradec Economic Days*, 363-369. <https://doi.org/10.36689/uhk/hed/2019-02-037>

Suisman, J. L., O'Connor, S. M., Sperry, S., Thompson, J. K., Keel, P. K., Burt, S. A., ... & Klump, K. L. (2012). Genetic and environmental influences on thin-ideal internalization. *International Journal of Eating Disorders*, 45(8), 942-948. <https://doi.org/10.1002/eat.22056>

Ševčíková, J. (2006). Ideál krásy. *Zpravodaj Anabell*. Dostupné z: <http://knihovna.anabell.cz/zpravodaje/product/view/4/24>

Šrámková, L., Cakirpaloglu, P., & Procházka, R. (2016). Vnímání atraktivity a vlastní body image. *Psychologie pro praxi*, 51(1), 9-19.

Thompson, J. K., & Stice, E. (2001). Thin-ideal internalization: Mounting evidence for a new risk factor for body-image disturbance and eating pathology. *Current directions in psychological science*, 10(5), 181-183. <https://doi.org/10.2307/20182734>

Thorová, K. (2015). *Vývojová psychologie*. Praha: Portál.

Uhlmann, L. R., Donovan, C. L., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2020). Beyond the thin ideal: Development and validation of the Fit Ideal Internalization Test (FIIT) for women. *Psychological Assessment*, 32(2), 140-153. <https://doi.org/10.1037/pas0000773>

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. (2018). Péče o pacienty s poruchami příjmu potravy v ČR v letech 2011–2017. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=vystupy--vznamna-temata--poruchy-prijmu-potravy>

VandenBos, G. R. (2007). APA dictionary of psychology. American Psychological Association.

Vatrtová, L., & Jurásová, K. I. (2022). Iracionálne presvedčenia u žien s poruchami príjmu potravy v súvislosti s vybranými osobnostnými črtami. *Česká a Slovenská Psychiatrie*, 118(3), 105–111.

Wade, T.D., Tiggemann, M. (2013). The role of perfectionism in body dissatisfaction. *Journal of Eating Disorders*, 1(2), <https://doi.org/10.1186/2050-2974-1-2>

Woodfin, V., Binder, P. E., & Molde, H. (2020). The psychometric properties of the frost multidimensional perfectionism scale–brief. *Frontiers in Psychology*, 66(6), 1001-1022. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1097-4679\(199910\)55:10<1271::aid-jclp8>3.0.co;2-a](https://doi.org/10.1002/(sici)1097-4679(199910)55:10<1271::aid-jclp8>3.0.co;2-a)

World Health Organization. (2019). The ICD-11: International classification of diseases (11th revision). Retrieved from: <https://icd.who.int/>

World Health Organization. (2000). *Obesity: preventing and managing the global epidemic*.

Yamamiya, Y., Cash, T. F., Melnyk, S. E., Posavac, H. D., & Posavac, S. S. (2005). Women's exposure to thin-and-beautiful media images: Body image effects of media-ideal internalization and impact-reduction interventions. *Body image*, 2(1), 74-80. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2004.11.001>

Zahrádka, P. (2008). Mýtus o mýtu krásy: Polemika s knihou Mýtus krásy Naomi Wolfové. *Média dnes. Reflexe mediality, médií a mediálních obsahů*, 161-176.

PŘÍLOHY

Seznam příloh:

1. Abstrakt v českém jazyce
2. Abstrakt v anglickém jazyce
3. Ukázka datové matice
4. Propagační obrázek pro sociální síť

1. ABSTRAKT BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Název práce: Vliv osobnostních rysů na internalizaci tělesného ideálu v souvislosti s poruchami příjmu potravy

Autor práce: Hana Štěpánová

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

Počet stran a znaků: 87 stran, 134 656 znaků

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 88

Abstrakt: Cílem této práce bylo zmapování projevů poruch příjmu potravy a internalizace fit tělesného ideálu u českých žen v mladém věku a nalezení vztahů mezi těmito faktory a vybranými osobnostními charakteristikami (osobnostní rysy dle modelu Big five, perfekcionismus, resilience). K těmto účelům sloužil výzkumný soubor složený z 286 žen ve věku od 18 do 35 let. V teoretické části jsou poskytnuty informace o ideálu krásy jako o sociálním konstruktu, poruchách příjmu potravy a osobnosti. Ve výzkumné části popisujeme kvantitativní design, který byl použit k dosažení výzkumných cílů. Pro získání dat byly použity metody FIIT, EDE-Q 6.0, BFI-2-XS, F-MPS-Brief a ARM-R, z nichž následující byly převedeny do českého jazyka, a proto uvádíme koeficient Cronbachova alfa – FIIT $\alpha = 0,94$; F-MPS-Brief $\alpha = 0,82$; BFI-2-XS $\alpha = 0,70$ pro extraverci; $\alpha = 0,59$ pro přívětivost; $\alpha = 0,63$ pro svědomitost; $\alpha = 0,86$ pro neuroticismus a $\alpha = 0,45$ pro otevřenost vůči zkušenosti. Hlavními zjištěními této práce je pozitivní korelace projevů poruch příjmu potravy s neuroticismem, perfekcionismem a negativní korelace s přívětivostí, extravercí, svědomitostí a resiliencí. Internalizace fit tělesného ideálu pozitivně korelovala s neuroticismem, svědomitostí, extravercí, perfekcionismem a negativně korelovala s resiliencí. Výsledky poukazují na souvislost některých osobnostních rysů modelu Big five, perfekcionismu a resilience s projevy poruch příjmu potravy a s internalizací tělesného ideálu.

Klíčová slova: poruchy příjmu potravy, internalizace fit ideálu, mladá dospělost, osobnost, Big five, perfekcionismus, resilience, FIIT, EDE-Q 6.0, BFI-2-XS, F-MPS-Brief, ARM-R

2. ABSTRACT OF THESIS

Title: The influence of personality traits on the body ideal internalization in connection with eating disorders

Author: Hana Štěpánová

Supervisor: Mgr. Helena Pipová, Ph.D.

Number of pages and characters: 87 pages, 134 656 characters

Number of appendices: 4

Number of references: 88

Abstract: The aim of this study was to map the eating disorders behaviors and internalization of the fit body ideal in Czech women in young adulthood and to find relationships between these factors and selected personality characteristics (Big Five personality traits, perfectionism, resilience). For these purposes, a research sample of 286 women aged 18 to 35 years was used. The theoretical part provides information about the ideal of beauty as a social construct, eating disorders and personality. The research part describes the quantitative design that was used to achieve the aim. The FIIT, EDE-Q 6.0, BFI-2-XS, F-MPS-Brief, and ARM-R were used to obtain data, the following of which have been translated to Czech, and therefore we present Cronbach's alpha coefficients - FIIT $\alpha = 0.94$; F-MPS-Brief $\alpha = 0,82$; BFI-2-XS $\alpha = 0.70$ for extraversion; $\alpha = 0.59$ for agreeableness; $\alpha = 0.63$ for conscientiousness; $\alpha = 0.86$ for neuroticism; and $\alpha = 0.45$ for openness to experience. The main findings of the present study are the positive correlations of eating disorder symptoms with neuroticism, perfectionism and the negative correlations with agreeableness, extraversion, conscientiousness and resilience. Internalization of the fit body ideal was positively correlated with neuroticism, conscientiousness, extraversion, perfectionism, and negatively correlated with resilience. The results suggest that some of the Big Five personality traits, perfectionism and resilience, are related to eating disorder symptoms and the internalization of the body ideal.

Keywords: eating disorders, internalization of the fit ideal, young adulthood, personality, Big Five, perfectionism, resilience, FIIT, EDE-Q 6.0, BFI-2-XS, F-MPS-Brief, ARM-R

3. UKÁZKA DATOVÉ MATICE

Věk	Vzdělání	Národnost	Zájem o živ. styl	Čas na SS	Sledování fit na SS	Výška	Souč. váha	Ideál. váha	Rozdíl ideál a souč	BMI	
1	22	2	1	1	2	1	173	61	57	-4	20,38157
2	22	2	0	0	2	0	169	58	56	-2	20,30741
3	22	2	1	1	2	0	175	72	70	-2	23,51020
4	22	2	1	1	2	1	174	61	61	0	20,14797
5	22	2	1	1	2	1	159	51	51	0	20,17325
6	22	2	1	1	2	1	156	60	55	-5	24,65483
7	20	2	1	0	2	0	172	61	65	4	20,61925
8	21	2	1	1	2	1	188	70	70	0	19,80534
9	19	2	1	1	2	1	166	54	50	-4	19,59646
10	19	2	1	1	2	1	159	59	50	-9	23,33768
11	21	2	1	1	2	1	177	72	63	-9	22,98190
12	20	2	1	1	2	0	156	53	50	-3	21,77844
13	21	2	1	1	2	1	164	66	58	-8	24,53896
14	22	2	1	1	2	1	169	70	65	-5	24,50895
15	21	2	1	1	2	1	161	63	55	-8	24,30462
16	23	2	1	1	2	1	164	56	56	0	20,82094
17	20	2	1	1	1	0	171	61	61	0	20,86112
18	23	2	1	1	2	1	155	54	53	-1	22,47659
19	24	3	1	1	2	1	173	56	60	4	18,71095
20	30	3	1	1	2	0	165	77	75	-2	28,28283
21	22	2	1	1	2	0	165	60	57	-3	22,03857
22	26	3	1	1	1	1	170	70	70	0	24,22145
23	19	2	1	1	0	0	169	53	53	0	18,55677
24	22	2	1	1	2	1	160	53	53	0	20,70313
25	27	3	1	1	2	1	172	69	65	-4	23,32342
26	25	3	1	1	2	1	164	62	57	-5	23,05175
27	23	3	1	1	2	0	169	53	56	3	18,55677
28	22	2	1	0	2	1	170	69	60	-9	23,87543
29	23	2	1	1	2	1	170	54	52	-2	18,68512
30	20	2	1	1	2	1	172	76	62	-14	25,68956
31	25	3	1	1	2	1	171	59	60	1	20,17715
32	32	3	0	1	2	0	159	54	54	0	21,35991
33	21	2	1	1	2	1	165	60	60	0	22,03857
34	21	2	1	1	2	1	163	57	54	-3	21,45357
35	21	2	1	0	2	0	169	50	57	7	17,50639

Extraverze	Prívětivost	Svědomitost	Neuroticismus	Otevřenost	Perfekcionismus	Úsilí	Obavy z hodnocení	Resilience	Osobní res.	Vztahová res.
2,33333	2,66667	3,33333	2,00000	4,33333	21	10	11	65	38	27
2,00000	4,00000	4,33333	3,66667	4,66667	17	8	9	80	46	34
3,33333	3,00000	2,66667	3,66667	4,33333	33	15	18	71	41	30
3,00000	3,66667	4,00000	3,33333	3,33333	19	11	8	70	40	30
4,00000	4,33333	3,33333	1,66667	3,66667	26	13	13	76	45	31
3,00000	5,00000	3,33333	4,00000	3,33333	14	9	5	80	47	33
3,33333	3,00000	4,00000	1,33333	2,00000	22	11	11	75	43	32
2,00000	4,33333	4,33333	1,33333	2,66667	12	7	5	75	42	33
4,66667	3,33333	3,00000	4,00000	3,00000	24	11	13	80	46	34
3,66667	2,66667	3,00000	3,33333	3,00000	18	9	9	65	38	27
2,66667	3,66667	4,00000	3,33333	1,66667	18	10	8	65	42	23
4,66667	4,33333	3,66667	2,66667	4,33333	16	8	8	81	48	33
2,66667	3,66667	4,00000	4,00000	3,00000	29	15	14	67	43	24
3,00000	3,33333	3,00000	3,00000	3,33333	21	13	8	78	46	32
2,00000	4,33333	2,33333	4,66667	2,33333	22	11	11	74	42	32
4,33333	4,33333	3,66667	2,33333	4,33333	22	11	11	77	43	34
2,66667	4,00000	4,33333	2,33333	3,33333	9	5	4	70	36	34
2,00000	4,33333	3,33333	4,00000	3,66667	24	12	12	66	39	27
4,33333	4,33333	4,66667	1,66667	4,00000	20	10	10	84	50	34
2,33333	4,33333	3,00000	2,33333	4,00000	14	6	8	78	44	34
2,00000	2,33333	4,00000	3,66667	4,00000	22	11	11	57	40	17
4,00000	4,00000	3,00000	2,00000	3,66667	23	12	11	77	43	34
4,33333	4,33333	4,66667	1,33333	3,00000	21	11	10	75	41	34
4,00000	3,66667	2,66667	3,66667	4,00000	19	8	11	71	44	27
4,00000	4,00000	4,66667	1,33333	3,33333	21	12	9	84	49	35
3,00000	4,00000	3,66667	2,33333	3,00000	19	9	10	76	43	33
3,66667	2,33333	5,00000	3,33333	5,00000	32	16	16	64	42	22
4,00000	4,00000	4,66667	4,33333	3,33333	34	17	17	67	39	28
5,00000	2,33333	4,00000	2,66667	2,33333	32	17	15	65	40	25
3,66667	3,33333	3,66667	3,33333	3,33333	33	16	17	72	41	31

4. PROPAGAČNÍ OBRÁZEK PRO SOCIÁLNÍ SÍŤ

