

Univerzita Hradec Králové

Pedagogická fakulta

Ústav sociálních studií

**Souvislost excesivního používání sociálních sítí
a rozvoje poruch příjmu potravy**

Bakalářská práce

Autor: Eliška Zilvarová
Studijní program: Sociální patologie a prevence
Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Lukáš Novák
Oponent práce: Mgr. Jakub Helvich



Zadání bakalářské práce

Autor: Eliška Zilvarová

Studium: P21P0263

Studijní program: B0923A190001 Sociální patologie a prevence

Studijní obor: Sociální patologie a prevence

Název bakalářské práce: **Souvislost excesivního používání sociálních sítí a rozvoje poruch příjmu potravy**

Název bakalářské práce AJ: The Influence of Social Media on the Development of Eating Disorders

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Práce je zaměřena na zkoumání souvislosti mezi excesivním používáním sociálních sítí a rozvoje poruch příjmu potravy. V teoretické části se zaměřím na podrobný popis poruch příjmu potravy z psychologického hlediska, jejich následky a možné příčiny. Úkolem praktické části je ze sesbíraných dat vyzkoumat, zda-li excesivní používání sociálních sítí souvisí s rozvojem poruch příjmu potravy. K výzkumu budou použity především kvantitativní výzkumné metody.

KRCH, František David a kol. *Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 1999. 238 s. Psyché. ISBN 80-7169-627-7 .

NOVÁK, Michal. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Vyd. 1. Brno: Akademické nakladatelství CERM, 2010. 105 s. ISBN 978-80-7204-657-7 .

PAPEŽOVÁ, Hana et al. *Anorexie, bulimie a psychogenní přejídání: interdisciplinární a transdiagnostický pohled*. Praha: Mladá fronta, 2018. 607 stran. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-4904-7 .

PAPEŽOVÁ, Hana, ed. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010. 424 s., vi s. barev. obr. příl. Psyché. ISBN 978-80-247-2425-6 .

PROCHÁZKOVÁ, Lenka a SLADKÁ-ŠEVČÍKOVÁ, Jana. *Poruchy příjmu potravy: odpovědi na otázky, na které jste se báli zeptat*. Praha: Pasparta, 2017. 97 stran. ISBN 978-80-88163-46-6 .

Zadávací pracoviště: Ústav sociálních studií,
Pedagogická fakulta

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Lukáš Novák

Oponent: Mgr. Jakub Helvich

Datum zadání závěrečné práce: 28.2.2023

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci *Souvislost excesivního používání sociálních sítí na rozvoj poruch příjmu potravy* vypracovala pod vedením vedoucího práce Mgr. et Mgr. Lukáše Nováka, samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne 30. 4. 2024

Eliška Zilvarová

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat vedoucímu práce, panu Mgr. et Mgr. Lukáši Novákovi, a to za jeho odborné vedení, velmi cenné rady a poskytnutý čas, ale především za chápavý, vstřícný a lidský přístup. Dále bych chtěla poděkovat všem respondentům, kteří se participovali na vyplnění dotazníkového šetření, a v neposlední řadě věnuji své poděkování mému nejbližšímu okolí, které mi bylo po dobu psaní této práce potřebnou oporou.

Anotace

ZILVAROVÁ, Eliška. *Vliv excesivního používání sociálních sítí na rozvoj poruch příjmu potravy*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2024. 78 s. Bakalářská práce.

Bakalářská práce je zaměřena na prozkoumání problematiky vztahu excesivního užívání sociálních sítí a rozvoje poruch příjmu potravy. Teoretická část vymezuje základní pojmy potřebné pro pochopení dané problematiky, popisuje rizikové faktory vzniku poruch příjmu potravy a vymezuje podstatu závislosti na sociálních sítích. Dále jsou v teoretické části představeny i dvě možné vysvětlující koncepce této problematiky, a to Teorie sociálního srovnávání a Kognitivní teorie poruch příjmu potravy. V praktické části je představena metodologie výzkumného šetření, a za pomoci několika diagnostických nástrojů ověřována platnost vztahu mezi excesivním užíváním sociálních sítí a rozvojem poruch příjmu potravy u jedinců starších 18 let.

Klíčová slova: sociální sítě, poruchy příjmu potravy, závislost na sociálních sítích

Annotation

ZILVAROVÁ, Eliška. *The Influence of Social Media on the Development of Eating Disorders*. Hradec Králové: Faculty of Education. Univerzity Hradec Králové, 2024. 78 pp. Bachelor Thesis.

The bachelor thesis is focused on exploring the issue of the relationship between excessive use of social media and the development of eating disorders. The theoretical part defines the basic concepts needed to understand the issue, describes the risk factors for the development of eating disorders, and delineates the nature of social media addiction. Furthermore, the theoretical part presents two possible explanatory concepts of this issue, namely Social Comparison Theory and Cognitive Theory of Eating Disorders. In the practical part, the methodology of the research investigation is introduced, and with the help of several diagnostic tools, the validity of the relationship between excessive use of social media and the development of eating disorders in individuals over 18 years of age is verified.

Keywords: social media, eating disorders, addiction to social media

Prohlášení

Prohlašuji, že bakalářská práce je vložena v souladu s rektorským výnosem č. 13/2022 (Řád pro nakládání s bakalářskými, diplomovými, rigorózními, dizertačními a habilitačními pracemi na UHK).

Datum:

Podpis studenta:

Obsah

Úvod	9
1 Poruchy příjmu potravy.....	10
1.1 Definice poruch příjmu potravy.....	10
1.2 Historie poruch příjmu potravy.....	16
1.3 Faktory vzniku poruch příjmu potravy	17
1.4 Protektivní faktory	20
1.5 Prevalence poruch příjmu potravy v ČR.....	22
2 Teoretický rámec práce.....	25
2.1 Teorie sociálního srovnávání	25
2.2 Kognitivní teorie poruch příjmu potravy	27
2.3 Aspekt sociálního srovnávání u poruch příjmu potravy	28
3 Vzestup sociálních sítí.....	31
3.1 Definice sociálních sítí.....	31
3.2 Netolismus	32
4 Poruchy příjmu potravy v kontextu nadužívání sociálních sítí.....	35
4.1 Škodlivost algoritmů.....	36
4.2 Skryté nebezpečí online PPP komunit.....	38
5 Souvislost excesivního používání sociálních sítí a rozvoje PPP	40
5.1 Výzkumný problém	40
5.2 Výzkumné cíle	41
5.3 Formulace hypotéz.....	41
5.4 Vztahy mezi proměnnými.....	43
5.5 Výzkumné nástroje	45
5.6 Charakteristika sběru dat a výběrový soubor.....	47
5.7 Ověřování platnosti stanovených hypotéz	51
5.8 Diskuse	61
Závěr	65
Seznam použitých zdrojů	67
Seznam objektů	77
Seznam příloh.....	78
Přílohy.....	79

Úvod

V současném rychle se rozvíjejícím digitálním světě se sociální sítě staly neodmyslitelnou součástí života většiny jedinců. Změnily způsob, jakým lidé sdílí a přijímají informace, jak komunikují se světem či mezi sebou navzájem, ale především změnilo způsob, jakým tráví svůj volný čas. Konzumace obsahu na sociálních sítích se u některých jedinců stala náplní jejich volného času, což s sebou kromě zvýšeného rizika některých psychických obtíží nese i zvýšené riziko rozvoje poruch příjmu potravy. Poruchy příjmu potravy jsou skupinou komplexních onemocnění, které mají devastující dopad jak na psychickou, tak na fyzickou stránku postižené osoby. S nejvyšší úmrtností ze všech psychiatrických diagnóz a s faktem, že jsou stále na vzestupu, jsou neustále zkoumány faktory, které by mohly přispívat k jejich vzniku. Sociální sítě jsou místem, kde je jejich uživatelům téměř neustále prezentován štíhlý ideál krásy, a jedinci, kteří na těchto online platformách tráví více času, se tak dostávají do rizika zvnitřnění tohoto ideálu a následného rozvoje poruchy příjmu potravy. Z předchozích studií na toto téma vychází najevo, že pozitivní vztah mezi nadužíváním sociálních sítí a rozvojem poruch příjmu potravy skutečně existuje, limitem těchto výzkumů však byl fakt, že byly prováděné pouze na skupinách adolescentů. Předchozí výzkumy taktéž opomněly vzít v potaz klíčové faktory, které by mohly vztah mezi excesivním užíváním sociálních sítí a rozvojem poruch příjmu potravy značně ovlivnit.

Cílem této bakalářské práce je tedy zjistit, zda se bude souvislost mezi excesivním užíváním sociálních sítí a rozvojem poruch příjmu potravy vyskytovat i u věkové skupiny jedinců starších 18 let. V potaz bude brán i faktor příjmu, který slouží jako zástupná proměnná pro sebehodnotu. Práce je členěna do pěti kapitol, přičemž první čtyři kapitoly uvádějí čtenáře do teoretických východisek zkoumaného problému. Poslední, pátá kapitola, je pak věnována výzkumnému šetření a jeho výsledkům.

Přínosem této bakalářské práce je především zaplnění mezery na poli poznání, a to v kontextu nadužívání sociálních sítí a rozvoje poruch příjmu potravy u širší věkové kategorie, než bylo doposud zkoumáno.

1 Poruchy příjmu potravy

Cílem první kapitoly je představit čtenáři podrobně jednotlivé poruchy příjmu potravy, a to včetně jejich následků, historie, klíčových faktorů vzniku a protektivních faktorů. Poslední část této kapitoly je pak věnována prevalenci poruch příjmu potravy v České republice.

1.1 Definice poruch příjmu potravy

K definici poruch příjmu potravy je možné využít mnoho zdrojů, pocházející ať už z české, nebo zahraniční literatury. Pro účely této bakalářské práce budou převzaty definice poruch příjmu potravy tak, jak jsou popsány ve čtvrtém vydání *Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch* (1994). Rozhodnutí uvést zde definice z DSM–IV plyne ze skutečnosti, že diagnostický nástroj *Eating Disorder Diagnostic Scale* byl validován pro definice pocházející z tohoto vydání, a nikoliv z DSM–V. Pro zachování aspektu aktuálnosti této práce pak bude čtenáři u každé z definic vysvětleno, co se v DSM–V změnilo oproti předchozí verzi.

Mentální anorexie

„Mentální anorexie je porucha charakterizovaná zejména úmyslným snižováním tělesné hmotnosti. Termín „anorexie“ však může být v některých případech zavádějící, protože nechutenství a oslabení chuti k jídlu je spíše až sekundárním důsledkem dlouhodobého hladovění, který se nemusí vyskytovat u všech nemocných. Jde o boj s chutí a hladem a nacházení potěšení ve schopnosti kontrolovat se, ovládnout se, zhubnout. U některých pacientek je omezování se v jídlu naopak doprovázeno zájmem o jídlo (myslí na něj, sbírají recepty, rády vaří pro druhé...). Anorektické pacientky neodmítají jíst proto, že by neměly chuť, ale že nechtějí jíst. Jejich averze k jídlu je projevem nesmiřitelného a narušeného postoje k tělesné hmotnosti, proporcím a tloušťce“ (Ševčíková, Procházková, 2017, s. 8-9).

Charakteristika mentální anorexie dle DSM–IV (1994):

Definice dle DSM–IV je rozčleněna na tři body, které popisují čtyři základní znaky této nemoci. Dále je nemoc dělena na restriktivní a purgativní typ:

1. Odmítání držet tělesnou hmotnost na (nebo nad) minimální normální hranici pro daný věk a výšku (např. úbytek hmotnosti vedoucí k udržování tělesné hmotnosti nižší než 85 % předpokládané hmotnosti, nebo nedostatečný přírůstek hmotnosti v období růstu, taktéž vedoucí k tělesné hmotnosti nižší než 85 % očekávané hmotnosti).
2. Intenzivní strach z přibírání nebo ze ztloustnutí, a to i přes aktuální podvýživu.
3. Narušení způsobu, jakým je vnímána vlastní tělesná hmotnost nebo tvar těla, nepatřičný vliv tělesné hmotnosti nebo tvaru těla na sebehodnocení, či popírání závažnosti aktuální nízké tělesné hmotnosti.
4. U postmenarchálních žen i amenorea, tj. absence alespoň tří po sobě jdoucích cyklů (u žen je za amenoreu bráno i to, pokud se menstruace objeví po podání hormonů, např. estrogeneru)

Restriktivní typ

Během aktuální epizody anorexie nervosy osoba pravidelně neprováděla purgativní chování (tj. vyvolávání zvracení, zneužití laxativ, diuretik či klystýrů) či přejídání (DSM–IV, 1994).

Purgativní typ

Během aktuální epizody anorexie nervosy osoba pravidelně prováděla purgativní chování (tj. vyvolávání zvracení, zneužití laxativ, diuretik či klystýrů) či přejídání (DSM–IV, 1994).

Změna v DSM–V

V DSM–V se u definice mentální anorexie změnilo tři zásadní body. Prvním z nich bylo znovu definování kritéria hmotnosti. V DSM–IV byl uveden příklad, který předkládal, že jako jedinec s nízkou hmotností by mohl být klasifikován jedinec, který váží méně, než 85 % očekávané tělesné hmotnosti. To však bylo často mylně vykládáno jako jedna z podmínek nutných k naplnění diagnostických kritérií. DSM–V tedy tuto miskoncepci objasňuje tím, že nízkou hmotnost definuje jako hmotnost nižší než minimální normální

hmotnost u dospělých, nebo nižší než minimální očekávanou hmotnost u dětí a dospívajících. Je tak odstraněn důraz na konkrétní číselnou hranici. Druhým bodem, který se v definici upravil, bylo kritérium vztahující se ke strachu z přibírání na váze. Pro diagnostikování anorexie nervosy tak v současnosti není potřeba, aby pacient tento strach výslovně potvrdil či se o něm zmínil. Poslední změnou v DSM–V bylo odstranění podmínky amenorey u žen (Call, Walsh, Attia, 2013).

Následky mentální anorexie

Mnoho z následků mentální anorexie je způsobeno hladověním a podvýživou.

Jako nejvýraznější znak můžeme pozorovat štíhlost až vyhublost postavy (kachexie), často i pod BMI 12. Nacházíme amenoreu, vypadávání vlasů, nápadně suchou kůži a zvýšenou lomivost nehtů. Kůže bývá pokryta nápadným jemným ochlupením. Tělesným vyšetřením lze zjistit bradykardii a arytmií. Zpomalení srdeční frekvence pak může vést k závratím a mdlobám. Bývá narušena iontová rovnováha, zvyšuje se náchylnost k zánětům, vyskytují se poruchy spánku. Metabolické změny často jsou výslednicí nutričního strádání, případně indukovaného zvracení a abúzu laxativ. Z gastrointestinálních symptomů lze jmenovat bolesti břicha a zácpu (Kocourková, Koutek, 2014).

Mentální bulimie

Bulimie, obdobně jako mentální anorexie, je závažné onemocnění, které se promítá do fyzického a psychického stavu jedince. Mentální bulimie začíná později a často se i ze subklinické formy mentální anorexie vyvíjí (Papežová, 2018, s. 123). Pro jedince trpícího bulimií je charakteristické, že prochází „cykly“ konzumace nadměrného množství potravy a následného zvracení či úmorného cvičen (National Library of Medicine, 2022, online).

Před záchvatem přejídání se může objevit pocit smutku, depresivní ladění, úzkostné stavy, pocity samoty, prázdnoty, po záchvatu následují pocity viny za nezvládnutí, selhání, často následuje autoagresivní jednání, auto mutilační jednání, například pořezání, nejsou ale výjimkou suicidální pokusy. Výjimečné nejsou ani poruchy chování typu asociálních projevů, vznik krádeží, buď peněz, které pacient použije na nákup jídla, nebo krádeže jídla samotného, které pacient spotřebuje v záchvatu přejedení (Němečková, 2011).

Charakteristika mentální bulimie dle DSM–IV (1994):

Charakteristika mentální bulimie dle DSM–IV uvádí pět základních znaků, kterými se toto onemocnění vyznačuje. Na základě výskytu či absence purgativního chování následně může být rozlišen purgativní a nepurgativní typ:

1. Opakující se epizody přejídání. Epizoda přejídání se může vyznačovat následovně:
 - a. Zkonzumování takového množství jídla za daný časový úsek (např. v rozmezí 2 hodin), které je daleko větší než množství jídla, které by za podobných okolností a stejný časový úsek zkonsumovala většina jedinců.
 - b. Pocit nedostatečné kontroly nad jídlem během takové epizody (např. pocit, že člověk nemůže přestat jíst nebo kontrolovat, co nebo kolik jí).
2. Opakující se nevhodné kompenzační chování, které má za cíl zabránit zvýšení hmotnosti, jako například vyvolávání zvracení; zneužívání projímadel, klystýrů, diuretik nebo jiných léků; půsty; nadměrné cvičení.
3. Přejídání a nevhodné kompenzační chování se průměrně vyskytují alespoň dvakrát týdně po dobu 3 měsíců.
4. Sebehodnocení je nepřiměřeně ovlivněno tvarem těla a hmotností.
5. Porucha se nevyskytuje výhradně během epizod mentální anorexie

Purgativní typ

Osoba si během aktuální epizody bulimie nervosy pravidelně sama vyvolává zvracení nebo zneužívá projímadla, diuretika či klystýry (DSM–IV, 1994).

Nepurgativní typ

Během aktuální epizody bulimie nervosy si osoba nevyvolává zvracení nebo nezneužívá projímadla, diuretika či klystýry, ale využívá jiných nevhodných forem kompenzačního chování, jako například hladovění či nadměrného cvičení (DSM–IV, 1994).

Změna v DSM–V

V DSM–V byly provedeny dvě zásadní aktualizace definice bulimie nervosy. První změnou je úprava kritéria frekvence epizod přejídání a následného kompenzačního chování. V předchozí verzi (DSM–IV) bylo pro naplnění diagnózy zapotřebí dopouštět se epizod přejídání a následné kompenzace alespoň dvakrát týdně po dobu tří měsíců.

V DSM–V je pak toto kritérium sníženo na výskyt alespoň jedenkrát týdně za stejné časové období. Druhou významnou změnou je odstranění podtypů mentální bulimie (purgativního a nepurgativního typu), a to pro nedostatečnou evidenci rozdílu mezi těmito subtypy v odpovědích na léčbu (Call, Walsh, Attia, 2013).

Následky mentální bulimie

Následky této poruchy příjmu potravy byly již stručně zmíněny v podkapitole o definici bulimie. Časté je auto mutilační jednání, pořežání, suicidální tendence. Osoby trpící mentální bulimií mají často viditelně nateklé slinné žlázy (což bývá způsobeno častým vyvoláváním si zvracení), mohou se vyskytovat zubní kazy, bolesti břicha, únava, nevykonnost, závratě, točení hlavy (Němečková, 2011). Mechanické způsobování zvracení může poškozovat kůži na kloubech ruky, kde můžeme pozorovat začervenalou kůži či boláky, je přítomno velké nebezpečí protrhnutí jícnu, vyskytuje se reflux žaludečních kyselin. Pokud nemocný využívá jako prostředky k potlačení výkrmného účinku potravy diuretika, laxativa či anorektika, vystavuje se například riziku poškození ledvin. Velice běžná je dehydratace, která často vede k oslabení svalů a extrémní únavě. Dehydratace také může mít za následek elektrolytovou nerovnováhu, což klade zvýšenou zátěž na lidské srdce a může vyústit v srdeční arytmii, a v nejvážnějších případech až selhání srdce (Pietrangelo, 2019, online).

Záchvatovité (psychogenní) přejídání

„Záchvatovité přejídání je porucha, které je v posledních letech věnována stále větší pozornost, neboť se z části podílí na nárůstu prevalence obezity v populaci. Pacienti s psychogenním přejídáním se neustále zabývají jídlem, typické je u nich bažení po jídle (craving), podobné touze po drogách a záchvaty přejídání (binge eating) jako u bulimických pacientů s trýznivým pocitem ztráty kontroly po přejedení. 25 % záchvatů trvá celý den, existuje však velká variabilita chování“ (Papežová, 2018, s. 124-125).

Charakteristika záchvatovitého přejídání dle DSM–IV (1994):

Záchvatovité přejídání bylo v DSM–IV zahrnuto kategorie vyžadující další výzkum. Konkrétně spadalo do kategorie tzv. nespecifikovaných poruch příjmu potravy. V DSM–V (2013) je však již záchvatovité přejídání začleněno do kategorie poruch příjmu

potravy jako samostatná specifická porucha. Čtenáři je překládána definice převzatá z DSM–IV.

1. Opakující se epizody přejídání. Epizoda přejídání je definována dvěma následujícími body:
 - a. Zkonzumování takového množství jídla za daný časový úsek (např. v rozmezí 2 hodin), které je rozhodně větší než množství, které by za podobných okolností a za stejný časový úsek zkonsumovala většina jedinců.
 - b. Pocit ztráty kontroly nad jídlem během takové epizody (např. pocit, že člověk nemůže přestat jíst nebo kontrolovat, co nebo kolik toho sní).
2. Epizody záchvatovitého přejídání jsou spojeny se třemi (nebo více) z následujících:
 - a. Konzumování potravy mnohem rychleji než obvykle.
 - b. Pokračování v jídle až do nepříjemného pocitu plnosti.
 - c. Konzumace velkého množství potravy i přesto, že se jedinec necítí fyzicky hladový.
 - d. Jedinec jí často sám, protože se stydí za to, kolik toho sní.
 - e. Pocity znechucení sebou samým, deprese či velké pocity viny po jídle.
3. Výrazný stres doprovázející epizodu přejídání.
4. Epizody přejídání se vyskytují v průměru alespoň dvakrát týdně po dobu 6 měsíců.
5. Záchvatovité přejídání není spojeno s opakovaným nevhodným kompenzačním chováním jako u bulimie a nevyskytuje se v průběhu mentální bulimie nebo mentální anorexie.

Změna v DSM–V

Jak již bylo zmíněno, významnou změnou v DSM–V bylo samotné formální uznání záchvatovitého přejídání jako samostatné diagnózy. V DSM–IV nacházíme záchvatovité přejídání v kategorii nespecifikovaných poruch příjmu potravy. Co se týče změny v samotných kritériích záchvatovitého přejídání, v DSM–V bylo upraveno kritérium týkající se frekvence těchto epizod. Čtvrté vydání diagnostického a statistického manuálu stanovuje, že epizody přejídání se musí vyskytovat nejméně dvakrát týdně po dobu šesti

měsíců a déle. V následujícím pátém vydání je to však sníženo na výskyt nejméně jednou týdně po dobu tří měsíců (Call, Walsh, Attia, 2013).

1.2 Historie poruch příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy bývají brány jako onemocnění současnosti, někým i jako „civilizační psychosomatické onemocnění“ (Koutek, Kocourková, 2013). I když se vnímání jídelních návyků v průběhu času měnilo, jisté formy poruch příjmu potravy zde s námi byly od samého počátku našich civilizací.

Termín „anorexie“ použil jako první ve 2. století našeho letopočtu lékař Galén, ještě před ním, v 5. století př. n. l., se Hippokrates „...zmiňuje o poruchách příjmu potravy a označuje je pojmem asithia“ (Faltus, 2018).

Extrémní dodržování diet a půstů bylo v dřívějších kulturách (a i v některých dnešních) bráno za sebe-očišťující akt, který vykonávali například zbožní křesťané (Ševčíková, Procházková, 2017, s. 19). Známa je například postava svaté Kateřiny ze Sienny, která odmítala jídlo od svých 16 let z duchovních důvodů. První klinické obrazy, které by mohly odpovídat diagnóze mentální anorexie pak byly zaznamenány v 17. století, konkrétně roku 1689 v díle Phthisiologia od Richarda Mortona. Během století následujících přibývalo popsaných případů dívek, které odmítaly přijímat potravu (Faltus, 2018, s. 21-23).

„Až do roku 1914 převládal takřka jednoznačně názor, že mentální anorexie je duševní poruchou. V témže roce hamburský patolog Morris Simmonds objevil i u některých vyhublých nemocných léze v hypofýze, a od této chvíle začaly diagnostické spory“ (Faltus, 2018, s. 23).

V roce 1952 se poruchy příjmu potravy dočkaly první zmínky v Diagnostickém a statistickém manuálu duševních nemocí (DSM), a to v první revizi. Zde byla stále anorexie brána jako onemocnění, které se projevuje odmítáním potravy na základě fyziologické reakce (neurologické onemocnění). Během 70. let se již v DSM–II vyskytuje samostatná zmínka o „mentální anorexii“, která je charakterizována především pacientovým nebývalým zájmem o udržení nízké váhy a o touze zůstat štíhlým. (Dell'osso, Abelli, Carpity et al., 2016).

Bulimie se může zdát být modernějším jevem, už jen kvůli tomu, že byla poprvé popsána jako varianta anorexie v roce 1980 (Fairburn et al., 2011). O mentální bulimii však nacházíme sporadické zmínky i z dob dřívějších.

První dochovaná zmínka o bulimii pochází z 2. století našeho letopočtu od Galéna, který stanovil její rysy a pojmenoval ji *bulimis*, vycházejíc ze slov *bous* a *limos*, v doslovném překladu „býčí hlad“ (Procházková, Ševčíková, 2017). V antickém Římě byly vyhlášené večírky, kdy se jejich účastníci přejídali, a obsah žaludku následně vyzvraceli, aby mohli v hostině pokračovat. Konzumování nadměrného množství potravy bylo běžné i na panských dvorech ve středověku, kdy se pořádaly opulentní hostiny pro příslušníky vyšších vrstev (Faltus, 2018). Poruchy příjmu potravy se nevyhýbaly ani královským rodinám, královna Viktorie byla vyhlášena tím, kolik potravy dokázala sníst na posezení – v dnešní době bychom toto chování pravděpodobně mohli označit za přejídání (Nutty History, 2023, online video). V roce 1979 britský psychiatr Geraldem Russell poprvé oficiálně používá termín *bulimia nervosa* (Faltus, 2018). Ten během svého působení v „Royal Free Hospital“ v Londýně zaznamenal, že někteří z jeho pacientů trpí poruchou příjmu potravy, takovou, která byla odlišná od tehdy známější anorexie. Tito pacienti byli obětmi jejich neodolatelného utkání k přejídání se, i přes to, že všichni měli až chorobný strach z možného ztloustnutí. To vedlo G. Russela k úvahám, že by se mohlo jednat o „chronickou fázi anorexia nervosa“ (Bowie, 2021, online).

V době od 1983 do roku 1989 bylo v odborné literatuře publikováno na 1000 odborných pojednání vztahujících se k této problematice. V roce 1987 prohlásila WHO (Světová zdravotnická organizace) mentální bulimii za jeden z prioritních medicínských problémů, kterým (spolu s ostatními poruchami příjmu potravy) zůstává v podstatě dodnes (Procházková, Ševčíková, 2017).

1.3 Faktory vzniku poruch příjmu potravy

Dle Krcha je vyloučena jednoduchá odpověď na složitost problému etiologie poruch příjmu potravy (2004). Z Krchovy práce, a z prací dalších předních odborníků v Česku i v zahraničí plyne, že nelze najít žádný klíčový rizikový faktor, a že se vždy jedná o souhru několika možných vlivů, které lze rozdělit na psychologické, biologické či sociální (Krch, 2005).

Biologické faktory

Mezi biologické faktory můžeme zařadit například otázku pohlaví (která je úzce spojena s hormonálními změnami během puberty), genetické či gastrointestinální faktory, ale i prenatální vývoj jedince. Ženské pohlaví je uváděno jako jeden z klíčových faktorů pro

možný vznik poruch příjmu potravy. Ženy jsou také těmi, koho dědičný faktor těchto poruch postihuje více, nežli muže (Barakat et al., 2023). U restriktivních typů poruch příjmu potravy je poměr žen ku mužům 10:1, a u poruch příjmu potravy bulimického typu pak 2:1 (Dane, Bhatia, 2023).

Kritickým obdobím pro vznik poruch příjmu potravy je puberta, která je charakteristická překotným vývojem jedince. Pokud jedinec prožije toto období dříve než jeho vrstevníci, může to vést ke zvýšené nespokojenosti s vlastním tělem, což může obdobně přispívat k dřívějšímu vzniku poruch příjmu potravy. Ve srovnání s vrstevníky hraje prim další faktor, a to konkrétně BMI (Body Mass Index). Zvýšené BMI během dětství může být jednou z příčin vzniku poruchy příjmu potravy v pozdějších letech. Poruchy příjmu potravy jsou úzce spojeny se změnami v trávicím traktu, protože endokrinní látky vytvořené v trávicím traktu komunikují s mozkem ohledně pocitů sytosti a hladu. Předpokládá se, že právě změny v metabolizaci střevních bakterií mohou být další z faktorů, které mohou předcházet vznik poruch příjmu potravy. Zvýšenému riziku vzniku poruchy příjmu potravy jsou vystaveni jedinci, kteří se narodili předčasně (předčasný porod může mít u některých jedinců za následek strukturální změny v mozku) či jedinci, kteří byli v děloze vystaveni škodlivým vlivům některých látek (například nikotin), nebo děti matek, které trpěly v těhotenství chorobou, která zapříčinila malnutrici (například anémie). Prenatální vývoj však může být ovlivněn ještě dříve, než těhotenství matky započne. Stresové události prožité matkou i rok předtím, než otěhotní, mají vliv na vznik určité formy poruchy příjmu potravy u novorozenců a kojenců. Vystavení plodu stresovému hormonu kortizolu má pak za následek vznik poruchy příjmu potravy v pozdějším životě (Barakat et al., 2023).

Psychologické faktory

Mezi psychologické faktory, které mohou mít vliv na vznik poruch příjmu potravy, lze zařadit rysy osobnosti, předchozí prožitá traumata a všeobecně mentální zdraví osoby.

Na rysy osobnosti můžeme nahlížet jako na významný faktor, který je v souvislosti se vznikem poruch příjmu potravy uváděn do popředí. Rysy jako je neuroticismus, perfekcionismus či impulzivita bývají velice často spojovány s jednou či více poruch příjmu potravy (Culbert et al., 2023).

Jedinci s poruchou příjmu potravy mají dále dle studií zvýšenou hodnotu kompulzivity (sklon k přehnaně kontrolovanému chování), tendenci vzdalovat (nebo

vyhýbat) se situacím spojeným s trestem, citlivost na sociální odměny a výraznou cílevědomost. Rysy perfekcionismu jsou běžné jak u mentální anorexie, tak u bulimie, jedinci s bulimií však navíc uvádějí, že byli během předchozích let vystaveni vyšší míře rodičovské kritiky. Jedinci s naměřenou vyšší mírou alexithymie pak byli ve větším riziku re-hospitalizace v časovém horizontu 3 let (Barakat et al., 2023).

Z dat, která jsou v současnosti k dispozici, vychází jasně najevo, že PTSP (post traumatická stresová porucha) předchází vývoj poruchy příjmu potravy (Vanzhula et al., 2019). Přepokládá se, že spíše, než samotná historie traumatických událostí stojí za vznikem PPP právě příznaky PTSP. Příznaky PTSP také mohou sloužit jako udržovací faktor poruchy příjmu potravy. Z řad možných traumat bylo jako možný rizikový faktor identifikováno i sexuální zneužití či sexuální násilí, avšak v současnosti není o kauzalitě mezi těmito dvěma faktory známo více informací (Barakat et al., 2023).

Významný faktor, který byl popsán jako faktor předcházející většinu z poruch příjmu potravy, je emocionální násilí. Emocionální násilí má za následek například i snížení sebeúcty a nízké sebevědomí, a tyto dva faktory jsou popisovány jako významné prediktory záchvatovitého přejídání. Se vznikem bulimie je pak propojeno slovní násilí přicházející od matek, slovní násilí od otců propojujeme se vznikem anorexie (Barakat et al., 2023).

Vznik poruch příjmu potravy je samozřejmě velice úzce spjatý s rodičovskými autoritami. Způsob, jakým rodiče se svými dětmi komunikují o stravování, jak se sami stravují, to vše ovlivňuje vytváření jídelních návyků u dítěte. Děti jsou více náchylné ke vzniku poruchy příjmu potravy, pokud jeden či oba z jejich rodičů vykazují některé z jevů, které jsou spojovány s psychopatií poruch příjmu potravy (například důraz na perfekcionismus, zvýšenou touhu být štíhlý/á...) (Barakat et al., 2023). Matky, které věnují zvýšenou pozornost vlastní váze a postavě, ovlivňují dítě i během kojení a postupně v dalším vývoji různými negativními postoji k potravě (Papežová, 2018).

Emoční nastavení rodičů vůči dítěti je dalším z možných faktorů, které se zaslouhují o vznik poruchy příjmu potravy. Pacienti s diagnostikovanou poruchou příjmu potravy uvádějí daleko nižší emoční propojení s rodiči (před vznikem PPP), než jejich zdraví sourozenci. Nízké emoční propojení s rodiči je tak řazeno mezi možné rizikové faktory. Další možné faktory, které mohou stát u vzniku poruchy příjmu potravy, je například separace dítěte od členů rodiny, účast na nehodě, a všeobecně stresové záležitosti v průběhu dětského věku. Výskyt tří či více stresových událostí, a externího kriticismu zároveň, se jeví jako významný prediktor bulimie rok před propuknutím.

V neposlední řadě, jako nejen podstatný prediktor, ale i následek PPP bývá jmenována např. deprese (Barakat et al., 2023).

Sociální faktory

Velice podstatným faktorem vzniku poruch příjmu potravy je šikana. Z observační studie o 182 participantech zjišťujeme, že právě šikana byla uváděna jako jedna z nejběžnějších forem traumatu, které prožili téměř všichni participanté (Barakat et al., 2023). Data potvrzující, že často právě šikana může stát u vzniku PPP, máme ostatně i z dalších studií (Dane, Bhatia, 2023).

Zvýšená symptomatologie PPP existuje i napříč LGBTQA+ skupinou v porovnání ke vzorku heterosexuální mužů a žen, dle Barakat (2023) zůstává však otázkou, zda je možné toto brát jako rizikový faktor vzniku.

Významným faktorem, který byl popsán v již mnoha výzkumech, je vystavení materiálům, které propagují nezdravé stravovací návyky či nezdravou štíhlost. Zatímco dříve se toto připisovalo různým módním magazínům, v současnosti v tomto odvětví hrají prim sociální média.

K dispozici je mnoho experimentálních studií, ze kterých vychází jasně najevo, že vystavení jedinců „ideálům krásy“ prezentovaným na sociálních sítích má za následek zvýšenou dissatisfakci s vlastním tělem. Takové výsledky nacházíme ve studiích autorů Prichard, Kavanagh, Mulgrew et al. (2020), Tiggemann, Haydens, Brown, Veldhuis (2018), či Kleemans, Daalmans, Carbaat, Anschutz (2018).

Důležité je zmínit, že nebyly nalezeny žádné rozdíly v dopadech těchto vlivů na různé pohlaví, což může indikovat, že jak muži, tak ženy, jsou mediálními obrazy „perfektních těl“ ovlivňováni ve stejné míře. U mladých žen bylo zjištěno, že používání sociálních sítí ovlivňuje jejich obavy ohledně váhy a tvaru těla, a u žen s diagnózou mentální anorexie pak používání sociálních sítí zhoršovalo příznaky této poruchy příjmu potravy (Barakat et al., 2023).

1.4 Protektivní faktory

Dle australské národní platformy NEDC (National Eating Disorders Collaboration, 2024, online) lze protektivní faktory dělit do následujících skupin:

Individuální protektivní faktory

Mezi individuální protektivní faktory můžeme řadit pozitivní vztah k vlastnímu tělu, vyšší sebevědomí, celkový well-being jedince, úspěchy ve škole, samostatnost, asertivitu, úspěšné plnění více sociálních rolí a dovednost zvládat problémy.

Rodinné protektivní faktory

Rodina může sloužit jako významný protektivní faktor na poli poruch příjmu potravy. Významné v tomto ohledu je rodinné prostředí, které neklade přílišný důraz na váhu a fyzickou přitažlivost. Jako důležité se jeví i pravidelné stravování ostatních rodinných příslušníků, či čas u jídla strávený společně.

Sociokulturní protektivní faktory

Příslušnost ke kultuře, která akceptuje různé tvary a velikosti postav, zapojení se do sportu nebo jiných koníčků, kde se neklade důraz na fyzickou přitažlivost nebo štíhlost, či struktury vrstevnické či sociální podpory a vztahy, kde se na váhu a fyzický vzhled neklade velký důraz, to vše je zařazeno mezi protektivní faktory.

Přijetí vlastního těla

Přijetí těla nastává, když je člověk schopen přijmout, ocenit a respektovat své tělo, a toto přijetí může snížit náchylnost k rozvoji poruchy příjmu potravy. Přijetí těla navíc zlepšuje sebeúctu, sebe přijetí a zdravý pohled na svět a chování.

Zdravý vztah k jídlu

Udržování zdravého vztahu ke stravování znamená jíst různorodé potraviny ze všech jídelních skupin, přijímat množství jídla odpovídající individuálním potřebám pro zdraví a rozvoj, schopnost jíst jak v přítomnosti ostatních, tak i samostatně, jíst spontánně a pro potěšení, všimnout si signálů našeho těla a jíst, když cítíme hlad, a přestat, když jsme sytí. Důležité je také neklasifikovat potraviny jako „dobré“ nebo „špatné“, „zdravé“ nebo „nezdravé“, a „vhodné“ nebo „nevhodné“.

Mediální gramotnost

Sociální média jsou pro mnohé dostupným a mocným nástrojem pro vyhledávání informací, navazování vztahů a podporu pocitu identity a sounáležitosti. Pro jiné mohou být online komunity nebezpečným prostorem a uvědomění si rizik může lidem pomoci přijmout vhodná opatření k zajištění bezpečného používání. Je důležité rozvíjet schopnost kritického přístupu k médiím, jejich analýzy, hodnocení a bezpečné tvorby.

1.5 Prevalence poruch příjmu potravy v ČR

Výskyt poruch příjmu potravy je celosvětově na vzestupu, a Česká republika není výjimkou. Dle Papežové můžeme obrovský nárůst PPP pozorovat i jako následek pandemie Covid-19, kdy lidé prožívali sociální izolaci a nejistotu (Papežová, 2023, rozhovor). Nebylo by to však poprvé, kdy v našich dějinách došlo k nárůstu poruch příjmu potravy.

Česká republika prošla v 90. letech 20. století významnou sociokulturní transformací. Ze socialistické země východního bloku se v krátkém časovém úseku stala demokratickou zemí. Tento přechod však zahrnoval rychlé zavádění západních hodnot, změny v mediální prezentaci ženského těla a vliv módního a dietního průmyslu. Země východního bloku, kde byly západní hodnoty představeny v posledních desítkách let, tak představují možnost zkoumat podíl sociokulturních faktorů na etiologii poruch příjmu potravy.

Poruchy příjmu potravy byly v Česku na výrazném vzestupu v devadesátých letech a na přelomu tisíciletí. Jak uvádějí Pavlová, Uher, Dragomirecká a Papežová (2010), průměrný nárůst případů mezi v období 1981–2005 činil 6 % ročně. Nejstrmější nárůst však byl v letech 1992–2000, kdy se počet přijatých osob zvyšoval v průměru o 10 % ročně. Mezi lety 1981 a 2001 se zároveň počet osob hospitalizovaných s nějakou z forem PPP čtyřnásobil, a zůstal zvýšený až do roku 2005.

Od roku 2004 již můžeme čerpat informace o prevalenci poruch příjmu potravy z *Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR*. Souhrnné zprávy pak vychází jednou za šest let, a jsou zde podrobně popsány počty pacientů léčených v ambulantních zdravotnických zařízeních, v psychiatrických lůžkových zařízeních a početnost skupin dle pohlaví či věku. Poslední zpráva vyšla v roce 2018, a vztahovala se na roky 2011–2017. Z každoročních výstupů ÚZISu byl vytvořeny i následující grafy. Pro lepší orientaci v grafech je nutné vyjasnění dvou následujících termínů:

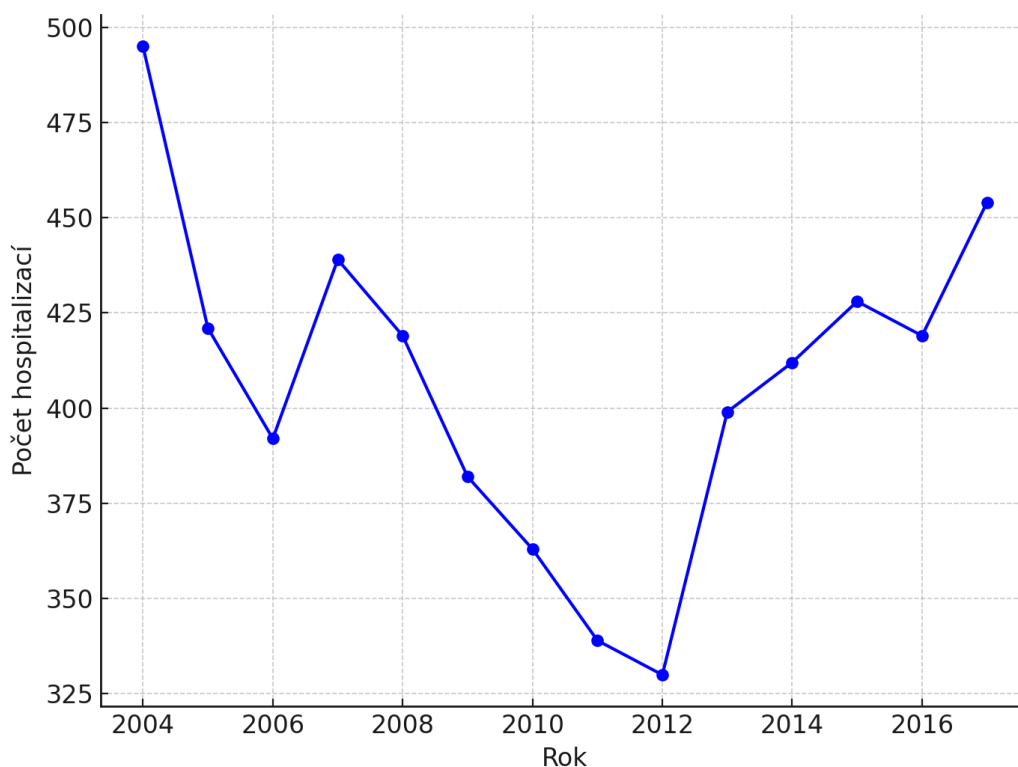
Hospitalizace v psychiatrických lůžkových zařízeních

„Za jeden případ hospitalizace se považuje každé ukončení hospitalizace na jednom oddělení v nemocnici nebo v psychiatrické léčebně, ať již hospitalizace skončila propuštěním nebo úmrtím pacienta, či jeho přeložením na jiné oddělení zdravotnického zařízení. Jeden pacient může být během sledovaného období hospitalizován vícekrát a tím se počet hospitalizovaných osob a hospitalizací liší“ (ÚZIS, 2018, s. 1-2).

Léčba v ambulantních zdravotnických zařízeních

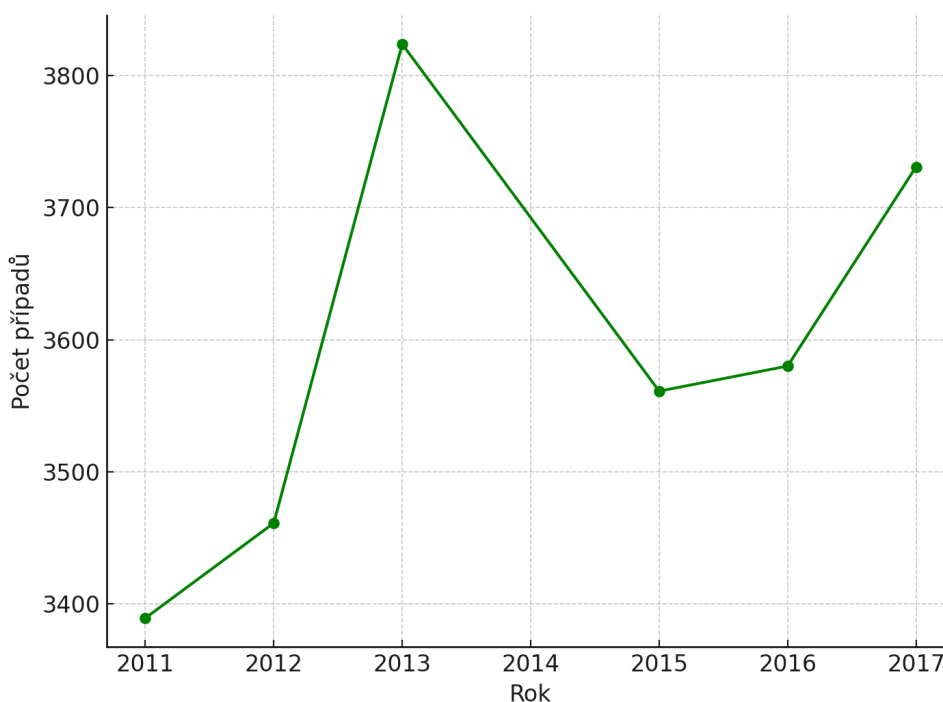
„Ambulantní péčí se rozumí zdravotní péče, při níž se nevyžaduje hospitalizace pacienta nebo přijetí pacienta na lůžko do zdravotnického zařízení poskytovatele jednodenní péče“ (MZČR, ÚZIS, 2024, online).

Od roku 2011 se ve výkazech o činnosti psychiatrických oddělení sleduje počet pacientů s poruchami příjmu potravy (ÚZIS, 2018). Informace o ambulantní péči jsou čerpány z výkazu činnosti psychiatrických ambulancí, nebo z ročních výkazů o činnosti zdravotnických zařízení pro obor psychiatrie.



Graf 1: Případy hospitalizace v psychiatrických lůžkových zařízeních

Graf 1 znázorňuje celkový počet hospitalizovaných osob v psychiatrických lůžkových zařízeních od roku 2004 do roku 2017. Je patrné, že největší počet hospitalizací byl v roce 2004 (z doby před nejsou z ÚZISu k dispozici žádná oficiální data). Po menším poklesu v roce 2006 a opětovném vzrůstu v roce 2007 křivka hospitalizací klesala, a minima dosáhla v roce 2012, kdy se ocitla na 330 hospitalizacích za rok. Důvod rapidního propadu křivky je prostorem pro spekulace, které ale nejsou předmětem této bakalářské práce. Od roku 2012 pak můžeme pozorovat stabilní nárůst počtu hospitalizací, a po roce 2016 se křivka opět začíná blížit svému maximu z roku 2004. **Graf 2** ukazuje případy léčby v ambulantních zdravotnických zařízeních¹. Na rozdíl od Grafu 1 byla křivka ambulantních případů na nejnižší hodnotě v roce 2011, od roku 2012 začala stoupat směrem nahoru. Propad ambulantních případů je možné evidovat mezi lety 2014 a 2015. V obou grafech se jako zlomový jeví rok 2013, kdy se počty hospitalizací začaly rapidní rychlostí zvyšovat, stejně tak skokově narostly počty ambulantních případů.



Graf 2: Případy léčby v ambulantních zdravotnických zařízeních

¹ Data k roku 2014 bohužel chybí nebo nebyla vydána, v grafu tedy není hodnota roku 2014 zadána.

2 Teoretický rámec práce

Teoretický rámec je naprosto zásadní k pochopení faktorů, které přispívají ke vzniku a rozvoji poruch příjmu potravy. Pro účely této bakalářské práce byly vybrány dva teoretické rámce, konkrétně Festingerova teorie sociálního srovnávání, a kognitivní teorie poruch příjmu potravy. Teorie sociálního srovnávání popisuje důvody, které vedou lidi k porovnávání se s ostatními, a z výzkumu *Body-Related Social Comparison and Disordered Eating among Adolescent Females with an Eating Disorder, Depressive Disorder and Healthy Controls* (Hamel, Zaitsoff, Taylor, 2012) vyplývá, že jedinci, kteří trpí nějakou z forem PPP, jsou ke srovnávání náchylnější než zbytek populace. Kognitivní teorie poruch příjmu potravy pak byla použita k vysvětlení samotného vzniku těchto poruch.

2.1 Teorie sociálního srovnávání

Teorie, která pochází již z roku 1954, se v současnosti uplatňuje v mnoha výzkumech zabývajících se poruchami příjmu potravy a sociálními sítěmi. Tato teorie vysvětluje, jaké popudy vedou lidi k tomu, se s ostatními porovnávat. Zmiňuje se především snaha o lepší porozumění sobě samému, udržení pozitivního náhledu na sebe sama a zlepšení svých schopností (Crusius et al., 2022).

Sám Festinger² tvrdí, že potřeba stabilního (stálého) sebehodnocení je v lidech hluboce zakořeněna. Naše přesvědčení o nás samých, které je založeno právě na vyhodnocování našich názorů a toho, jak si oproti ostatním stojíme, hraje klíčovou roli v našem chování (Festinger, 1954).

Dle Crusiuse by tedy lidé měli k porovnávání se vyhledávat informativní, objektivní zpětnou vazbu o svých schopnostech či názorech. Pokud však tato objektivní zpětná vazba není k dispozici, uchylují se lidé k sociálnímu porovnávání (2022).

Z výše uvedeného plyne, že se lidé srovnávají s ostatními:

1. aby získali přesné hodnocení sebe sama,
2. aby ochránili vlastní sebepojetí (self-image) porovnáváním s těmi, kdo jsou na tom hůře,

² Festinger (1954) vystavěl svou teorii na 9 hypotézách, které jsou podrobně popsány v Příloze A.

3. aby hledali informace o tom, jak pokročit a zlepšit své dovednosti srovnáváním s těmi, kdo jsou na tom lépe.

Při srovnávání se s ostatními mají však lidé i jisté preference týkající se toho, s kým se budou srovnávat. Crusius ve své práci *Social Comparison: Theory, research, and applications* zdůrazňuje, že i když mají jedinci k dispozici souhrnná data o mnoha jiných osobách, dopad těchto informací na vnímání sebe sama je relativně malý. Naproti tomu, srovnávání se s osobami v bližším okruhu nebo v bezprostřední situaci má na sebe hodnocení jedince větší vliv (2022).

V metaanalýze *A social comparison theory meta-analysis 60+ years on* bylo zjištěno, že porovnávání se směrem nahoru (tedy s někým, kdo je lepší než „já“) je preferováno před porovnávání se směrem dolů, takové výsledky pak máme primárně z laboratorních a experimentálních studií (Gerber, Wheeler, Suls, 2018).

Crusius et al. (2022) navrhuji několik faktorů, které ovlivňují výběr srovnávacích standardů. Stejně motivy, které mohou vysvětlovat, proč se lidé zapojují do sociálního srovnávání, vysvětlují také to, který standard si lidé vybírají. Pokud je cílem srovnávání akurátní poznání sebe sama, jako srovnávací standard vyhledávají lidé jiné jedince, kteří jsou jim podobní, neboť ti jim poskytnou potřebné diagnostické informace pro sebehodnocení. Pakliže lidé usilují spíše o sebezdokonalení, mohou místo toho vyhledávat ke srovnávání druhé, kteří jsou na tom hůře, protože ve světle takových srovnávání se bude daný jedinec jevit sám sobě pozitivněji. A konečně, pokud srovnávání slouží k cíli sebezdokonalování, zdají se být dokonalými měřítky nadřazení druhí, protože srovnávání směrem nahoru může být motivující a pomáhat ke zlepšení.

Rozsah a rozmanitost výzkumů, které využily teorii sociálního srovnávání k vysvětlení zkoumaných jevů svědčí o užitečnosti, kterou badatelé přisuzují sociálnímu srovnávání jako vysvětlujícímu konstrukt. Jedno z témat, které se ve výzkumech objevuje častěji, je vliv konzumace masmédií. Lidé zobrazovaní v těchto médiích, herci či modelky, jsou společností považováni za mimořádně atraktivní, a představují extrémní srovnávací standardy, co se fyzických vlastností týče. Většina výzkumníků tak ve svých studiích vyslovuje hypotézu, že ve srovnání s těmito dokonalými těly by měli být ostatní jedinci méně spokojeni s vlastním vzhledem. To by mohlo z dlouhodobého hlediska přispívat k psychickým problémům, jako jsou například poruchy příjmu potravy. V souladu s tímto názorem řada studií naznačuje, že vystavování se idealizovaným obrázkům těla v médiích může mít škodlivý vliv na sebehodnocení, předpovídá

internalizaci extrémních norem krásy a je spojeno s problematickými stravovacími návyky (Crusius et al., 2022).

Zároveň, v průběhu posledních let, byla velká část pozornosti věnována také následkům porovnávání se na sociálních sítích. Bohužel, sociální sítě jako je například Facebook či Instagram poskytují nejen mnoho příležitostí ke srovnávání se s ostatními, ale také konfrontují jejich uživatele se zkresleným pohledem na realitu. Lidé populární na sociálních sítích totiž mohou mít tendenci ke sdílení výhradně pozitivního obsahu, či líčení svého života v pozitivních barvách, což nemusí vždy odpovídat skutečnosti. Důležité je zdůraznit, že není možné brát sociální sítě jako něco černobílého. Sociální sítě mohou často sloužit i jako důležitý prostor, který umožňuje člověku se spojit s ostatními jedinci, může to být platforma k navazování nových či utužování starých přátelství. Takovéto vztahy pak, samozřejmě, přispívají k celkovému well-being jedince. V neposlední řadě je nutné zmínit, že v uplynulých letech se na sociálních sítích rozmáhají i profily, které si kladou za cíl ukazovat realitu takovou, jaká doopravdy je. Tyto profily se těší veliké oblibě, a i když jsou stále oproti zbytku sociálních sítí v menšině, obsah, který na platformy přináší, by neměl být opomíjen.

2.2 Kognitivní teorie poruch příjmu potravy

Kognitivní teorie poruch příjmu potravy jsou konceptem, který se v posledních desetiletích značně proměnil. V uplynulých 50 letech bylo publikováno mnoho samostatných teorií, které měly za cíl vysvětlit mechanismy fungování jednotlivých poruch příjmu potravy. Dle Williamsona bylo představeno za posledních 40 let mnoho koncepčních modelů poruch příjmu potravy. Behaviorální teorie pocházející ze 70. let zdůrazňovaly například strach z tloušťky a narušený obraz vnímání těla, jako primární motivaci pro restriktivní a kompenzační jídelní chování. V letech 90. pak již dochází k formulaci kognitivních teorií poruch příjmu potravy (2004).

Ústředním tématem pro pochopení kognitivního aspektu poruch příjmu potravy je tzv. body self-schéma. Body self-schéma lze chápat jako interní model těla jedince, obsahující jeho přesvědčení, postoje a očekávání týkající se jeho těla, a to zejména ve vztahu k váze či tvaru. V kontextu PPP se pak předpokládá, že toto self-schéma zaměřuje a zkresluje pozornost jedince k podnětům spojeným s jídlem a velikostí či tvarem těla. Optikou takového schématu může být například pocit sytosti interpretován jako „pocit tloušťky“. Obdobně, nevinné komentáře od ostatních mohou být

interpretovány jako narážka na jedincovu váhu či tvar těla. Jedinec si na základě například takového nevinného komentáře na tvar těla vytvoří jasný závěr či názor („jsem tlustý/á“, „vážím moc kilo“), který ač je nepravdivý, je v jeho očích empiricky dokazatelný právě oním komentářem. Většina lidí bez příznaků PPP si pak takový závěr nevytvoří, protože nevnímá informace stejně zkresleně, jako daný jedinec. Tento model zároveň předpokládá, že tato kognitivní zkreslení se vytvářejí bez vědomí jedince, který je prožívá a vnímá jako „skutečnost“ či „realitu“. Určité typy stimulů budou aktivovat kognitivní zkreslení u jedinců, kteří mají více vyvinuté body self-schema (ve smyslu více citlivé). Mezi tyto stimuly patří například informace o jídle, o tvaru či váze těla, nebo situace vyžadující sebehodnocení (primárně ve vztahu k jídlu či tvaru těla). Dalším z faktorů, které mohou aktivovat zkreslené vnímání, jsou negativní emoce. Tyto negativní emoce bývají často pojmenovávány jako úzkost, pocity tloušťky, deprese, znevažování vlastního těla, hněv, a nenávisť k sobě samému. Posedlost tvarem těla, jídlom atd. zhoršuje postupně jedincův emoční stav natolik, že cítí nutnost udělat cokoli, aby těmto pocitům unikl. Tuto reakci si lze nejuvýstižněji představit jako pocit nutkání, tedy naléhavý pocit, že musíme něco „udělat“, abychom ten současný intenzivní stav odčinili či zrušili. Z perspektivy jedince, který tyto pocity prožívá, tedy není jiná alternativa, než se jim vyhnout pomocí averzivního chování (purgativní chování, restrikce příjmu potravy, excesivní fyzická aktivita) (Williamson, 2004).

Body self-schema jedinců trpících poruchou příjmu potravy je tak silné a vše přesahující, že pro ně vytváří realitu, ve které žijí (označována také jako „zdanlivá realita“) (Williamson, 1999).

2.3 Aspekt sociálního srovnávání u poruch příjmu potravy

Teorie sociálního srovnávání hraje důležitou roli v pochopení procesů poruch příjmu potravy.

Cornig ve své studii předkládá, že osoby, které se s ostatními více porovnávají, si jsou sami sebou právě nejvíce nejistí: vykazují nižší úroveň sebeúcty, vyšší úroveň sociální úzkosti, neuroticismu, a jsou také více citliví a reaktivnější na chování druhých (2006). Důležitým poznatkem z té samé studie ovšem je, že tyto shodné rysy vykazují

i osoby s jak diagnostikovatelnou, tak subklinickou³ formou poruchy příjmu potravy.

Podstatným faktorem, který ovlivňuje, s kým a za jakých podmínek se budou jedinci srovnávat, je míra relevance srovnávaných aspektů, tedy míra, do jaké jsou pro jedince tyto aspekty důležité.

Festinger (1954) tvrdí, že čím větší hodnotu přisuzujeme jedinci nebo aspektu, se kterým se srovnáváme, tím důležitější má pro nás tento aspekt význam a více se snažíme mu vyrovnat či ho dosáhnout.

Dle Cornig je možné si tento jev ukázat na příkladu sociálního srovnávání se u žen. Ženy v drtivé většině případů věnují pozornost tělům jiných žen. Pro většinu z nich tak bude jejich tělo relevantním aspektem srovnávání (2006).

Cornig dále uvádí, že problematické zvnitřňování štíhlého ideálu krásy mnoha ženami lze přičítat jeho prezentaci v médiích. Nadměrná (a vesměs jednotná) prezentace tohoto „perfektního“ ideálu jej vykresluje jako důležitý, motivační a jako cíl hodný dosáhnutí. Je možné usuzovat, že s takto prezentovaným ideálem se bude většina žen porovnávat směrem „nahoru“, tedy že aspekt, se kterým se jedinci srovnávají, je „lepší“, než ten, co ve skutečnosti mají. Jedinci, kteří se takto srovnávají, se tedy automaticky budou vnímat v negativnějším světle, z čehož plynou i jisté negativní pocity. Právě ty pak mohou vést k restriktivnímu jídelnímu chování (dietám, excesivnímu cvičení), aby jedinci „zmenšili“ jimi vnímanou propast mezi současným stavem jejich těla a žádoucím ideálem. Takovéto srovnávání se má dle markantní podíl na vzniku poruch příjmu potravy (2006).

Úroveň nespokojenosti s vlastním tělem, která vzniká ze srovnávání těl žen s obrázky ideálů krásy v médiích, prokazatelně a konzistentně odlišuje osoby s poruchou příjmu potravy (či subklinickou formou poruchy příjmu potravy) od jedinců, kteří nevykazují žádné známky takovéto poruchy. Zkreslené vnímání vlastního těla, charakteristické pro jedince trpící PPP, pak stojí i za vybíráním nevhodných srovnávacích aspektů u těchto jedinců (Cornig, 2006).

Fenomén nadhodnocování tvaru a velikosti těla popisuje ve své studii například Williamson (2004). U jedinců s poruchami příjmu potravy se na základě kognitivního

³ „Subklinický průběh označuje průběh nemoci a jejích příznaků, které nejsou zcela a typicky vyvinuty. S průběhem nemoci není patrný charakteristickými a výraznějšími příznaky, může však někdy podle typu nemoci způsobit komplikace nebo naopak zanechat imunitu. Srov. asymptomatický, inaparentní, latentní, preklinický“ (Maxdorf, 2024, online).

zkreslení těla vytvoří jakási propast mezi vnímaným tvarem těla a ideálem, kterého chce jedinec dosáhnout. Tato propast často vede k pocitům deprese, úzkosti či špatné nálady. Aby se jedinci s PPP těmto pocitům vyhnuli, cítí se nuceni neustále monitorovat/hlídat tvar jejich těla, a stále jej porovnávat s ideálem, který si sami stanovili.

3 Vzestup sociálních sítí

Sociální sítě se postupem času staly neodmyslitelnou součástí našich životů. Pro většinu lidí je to místo, kde se potkávají s přáteli, sdílejí informace, pocity a zážitky, ale zároveň to je i platforma, kde si mohou najít práci, komunikovat se svými oblíbenými interprety, nebo si najít partnera. Společnost postupně vydefinovala, že je *normální* mít sociální sítě, a ten, kdo je nemá, do normy nezapadá.

3.1 Definice sociálních sítí

Termín “sociální sítě” byl poprvé představen v roce 1994 (Aichner et al., 2021). V této formě médií nastává nový obrat od tradičních médií, a to konkrétně v podobě participace uživatele. Dle Manninga (2014) může dnes uživatel sociálních sítí zprávy nejen konzumovat, ale zároveň je i vytvářet či regulovat svými činy (v podobě interakce s příspěvkem na dané síti).

Pro sociální sítě jsou dále charakteristické dvě vlastnosti:

1. *Všechny sociální sítě umožňují jakousi formu participace.*

Sociální sítě nikdy nejsou čistě pasivní. I když sítě jako Facebook mohou umožňovat pasivní konzumaci obsahu sdíleného druhými lidmi, téměř vždy je k tomu zapotřebí mít vytvořený vlastní profil. Právě vytvoření vlastního profilu bývá začáteční možností toho, jak uživatele nasměrovat k interakci s ostatními uživateli. Tato skutečnost odlišuje sociální sítě od tradičních médií, kde nebývá normou to, že by uživatel měl mít vytvořený vlastní profil určený ke konzumaci obsahu.

2. *Sociální sítě zahrnují interakci*

Tato interakce může být buď s osobami, se kterými na sociální síti navážeme “přátelství”, s rodinou, známými, s lidmi, kteří sdílí stejný okruh zájmu, nebo i s osobami, které znají někoho, koho známe i my. Ačkoli mnoho sociálních médií bylo zpočátku považováno za novinku, s postupnou integrací do osobního a pracovního života se stávají méně nápadnými a více očekávanými (Manning, 2014).

U dnešní mládeže se na předních příčkách oblíbenosti sociálních sítí umisťují velikáni typu Instagram, Facebook, TikTok či YouTube (Thomas, 2024, online).

Bezesporu nejstarší sociální platformou z výše jmenovaných je Facebook. Tato síť k roku 2024 měla přes tři miliardy uživatelů aktivních minimálně 1x měsíčně, a přes dvě miliardy denně aktivních uživatelů (Shewale, 2024, online). V České republice pak registrujeme 6.78 milionů uživatelů k lednu 2024d (Statista, 2024, online).

V roce 2010 vzniká Instagram (o dva roky později odkoupený Facebookem), který se i v Česku těší veliké oblibě. K lednu 2024 bylo na této sociální síti 3,89 milionu uživatelů, z nichž téměř třetina (31,9 %) uvedla věk mezi 18–24 lety. Je to tak nejpočetnější skupina, která na této sociální síti působí (Statista, 2024b, online).

Mezi nejmladší generací bývá jako populární sociální síť uváděn TikTok. Známy pro svá krátká, chytlavá videa, ale i kontroverze a zákazy této sítě, TikTok nastrádal celosvětově přes jednu miliardu denně aktivních uživatelů, a přes 3 miliardy stažení této aplikace (Woodward, 2024, online).

Ke květnu 2022 bylo na TikToku v Česku zaregistrováno přes 1,9 milionu uživatelů, z toho 54 % ženy (Statista, 2024c, online).

3.2 Netolismus

Je nesporné, že sociální sítě jsou v životech většiny lidí ambivalentním prvkem. Na jedné straně nabízejí nekonečné množství zábavy, informací a možností seberealizace, na straně druhé mohou být zdrojem pocitů nespokojenosti s vlastním tělem, škodlivého obsahu, kyberšikany a ztráty soukromí, a v neposlední řadě mohou způsobovat závislost.

Počet uživatelů sociálních sítí však stoupá o desítky procent každým rokem, jen mezi lety 2000 a 2012 se počet uživatelů internetu zvedl o 257 % v USA (Perrin, 2023). V České republice pak internet používá více než 7 milionů lidí (86 % lidí starších 16 let) (Český statistický úřad, 2024, online). Stejně, jako se zvyšuje počet uživatelů internetu, začal internet provázet téměř všechny oblasti našeho života. S tímto faktem jde ruku v ruce i riziko problematického užívání internetu či různých závislostí.

Závislostní chování a závislost

Závislost a závislostní chování jsou pojmy, které je pro účely této bakalářské práce radno od sebe jasně odlišit.

Pro termín **závislost** je charakteristická nutková potřeba vyhledávat či užívat určitou látku, nebo se zapojovat do určitého chování. Závislost může být látková (alkohol, drogy) či nelátková (internet, gambling). Téměř vždy se vyskytuje ztráta kontroly nad užíváním a pokračováním v užívání i přes mnohé nepříznivé následky. Stav závislosti zahrnuje jak psychologické prvky (nutkání či ztrátu kontroly), tak i fyzické aspekty, které jsou často reprezentovány tolerancí a abstinenčními příznaky při omezení či ukončení užívání látky nebo chování (Goodman, 1990).

Autoři Marlatt a Baer definují **závislostní chování** jako opakující se vzorec, který zvyšuje riziko zdravotních a/nebo osobních či společenských problémů. Závislostní chování je často subjektivně prožíváno jako „ztráta kontroly“, kdy toto chování pokračuje navzdory pokusům ho zmírnit nebo abstinovat. Pro tyto vzorce je typická snaha o okamžité uspokojení (krátkodobá odměna), často propojená s opožděnými škodlivými účinky (dlouhodobé náklady). Pokusy o změnu závislostního chování, ať už prostřednictvím léčby nebo vlastní iniciativy, se často vyznačují vysokou mírou relapsu (1988).

Dle autorů Sussman a Sussman se závislostní chování vztahuje na chování, které je kompulzivní a které vede k negativním důsledkům, i když nezahrnuje užívání návykových látek. Vyznačuje se touhou, tolerancí (potřebou většího množství daného chování k dosažení stejného účinku) a zároveň abstinenčními příznaky, když je chování přerušeno. Jako příklad takového chování lze jmenovat například hazardní hry, online nakupování, či užívání internetu (2011).

Nelátkové závislosti

Netolismus je pojem, který ze své podstaty spadá do skupiny *nelátkových závislostí*. „Termín *netolismus* lze vysvětlit pojmem závislost – v tomto případě závislost na virtuálních drogách, mezi které můžeme zařadit sociální sítě, počítačové hry, různé internetové služby, ale i užívání samotných zařízení jako např. mobilní telefon, televize apod. Takto závislou osobu označujeme slovem *netholik*“ (Internetem bezpečně, 2018).

Na rozdíl od látkových závislostí, kdy se jedinec stává závislým na nějaké psychoaktivní substanci, se jedinec stává závislým „...na určitém procesu, nebo způsobu chování, které nemůže ovládnout, například potřeba být neustále online, nebo potřeba neustále kontrolovat mobilní telefon. K virtuálním drogám tedy patří sociální sítě, počítačové hry, různé internetové služby, ale i užívání samotných zařízení jako například mobilní telefon, televize... (NZIP, 2024, online).

Netolismus nacházíme v různých podobách, jmenovitě například jako:

- závislost na virtuální sexualitě (nutkavé jednání člověka používat webové stránky pornografického zaměření),
- závislost na virtuálních vztazích (nadměrné věnování se virtuálním vztahům na seznamkách či sociálních sítích),

- internetové kompulze (hraní online her, internetové nakupování, sázení, virální online videa),
- přetížení informacemi (nadměrné surfování nebo vyhledávání v databázích),
- závislost na počítači nebo mobilním telefonu (nadměrné využívání počítače, nadměrné hraní her) (NZIP, 2024, online)

V prostředí psychologů se sice dostává pojem *netolismus* do popředí, k březnu 2024 ale stále není oficiálně uznán ani diagnostikován (ať už v MKN-10 či v DSM-V) (Internetem bezpečně, 2018, online).

4 Poruchy příjmu potravy v kontextu nadužívání sociálních sítí

Trávení času online s sebou přináší mnoho možných rizik. Některá jsou patrná na první pohled, jiná jsou dobře skryta uvnitř internetu, a některá jevy na internetu jsou nebezpečné tím, co si ze setkání s nimi můžeme odnést. Aspekt sociálních sítí je při vzniku poruch příjmu potravy důležitým prvkem. Na jednu stranu je zdůrazňována možnost nalezení podpory a pomoci skrze sociální sítě, na stranu druhou může trávení času online značně přispívat k rozvoji problému.

Studie prováděné (většinou u adolescentů či s horní omezující věkovou hranicí) na toto téma v zahraničí nám přinášejí mnohdy až alarmující výsledky. Z dat z Turecka vyplývá, že jeden ze tří adolescentů má středně vážnou závislost na sociálních sítích.⁴ 21 % dívek je pak ve vysokém riziku vytvoření poruchy příjmu potravy (Yurtdaş-Depboylu, Kaner, Özçakal, 2022). Z pakistánských adolescentů ve věku od 14 do 25 let je v riziku vytvoření závažné závislosti na sociálních sítích téměř polovina vzorku (41,7 %), a 42 % z respondentů trpí pravděpodobně nějakou z forem poruch příjmu potravy (Mushtaq, Ashraf, Hameed, et al., 2023). Studie z roku 2022, která byla prováděna na čínských studentkách vysokých škol pak uvádí, že vyšší míra závislosti na sociálních sítích korelovala s příznaky PPP (He, Li, Liu, Ma, 2022). Australská studie pak předkládá data, kdy více než 51 % dívek a 40 % chlapců vykazuje příznaky poruchy příjmu potravy, tyto příznaky také nabývají na intenzitě se zvyšujícím se počtem účtů na sociálních sítích.

Čeští adolescenti se v trávení času online ve velké míře neliší od zahraniční populace, naopak, čas trávený na online platformách konstantně roste. Z dat webu *Statista* vyplývá, že zatímco v roce 2017 trávili Češi denně v průměru na sociálních sítích 144 minut a v roce 2020 159 minut, v roce 2022 se dostali na průměrný denní čas 165 minut (Statista, 2024a, online).

Obdobné výzkumy, které by se zaměřovaly na propojování závislostního chování ve vztahu k sociálním sítím a zvýšené symptomatice poruch příjmu potravy zatím nebyly v České republice realizovány. Pro lepší přehlednost v této problematice (alespoň u jedné z generací) je však možné se opřít o data z výzkumné sítě HBSC. *Health behaviour*

⁴ I když v předchozí kapitole bylo uvedeno, že termín netolismus či závislost na sociálních sítích není doposud uznán v DSM-V či MKN-10, v citovaných studiích pracují jejich autoři s pojmem *social media addiction* (závislost na sociálních sítích). Pro zachování významu miněného původními autory se v této části práce tedy bude vyskytovat pojem *závislost na sociálních sítích*.

in school-aged children je výzkum, který byl prováděn v ČR od května do června roku 2022. Zahrnoval vzorek 14 588 školáků (ve věkovém rozmezí 11–15 let), pocházejících z 246 různých škol po celé republice. Výzkum uvádí, že každý dvanáctý školák (ve věku od 11 do 15 let) (což činí přibližně 8,3 % z celkového vzorku), má problém s nadužíváním sociálních sítí, které má rysy závislostního chování. Každý dvanáctý školák se tak již neúspěšně pokusil omezit používání sociálních sítí, které mu nepříjemně zasahuje do jeho osobního života, koníčků, školních výsledků či rodinných vztahů. Z výzkumu možná překvapivě vychází najevo, že sociální sítě jsou dominantním prostorem dospívajících dívek. Počet problematických uživatelů se skokově zvyšuje mezi jejich 11. a 13. rokem života (přecházení z prvního stupně ZŠ na druhý stupeň). Dívky tvoří vyšší procento celkových uživatelů sociálních sítí, a zároveň převyšují i procento problematických uživatelů (mezi problematickými uživateli lze nalézt 10 % dívek, ale jen 6 % chlapců). I když u chlapců dochází s věkem k mírnému poklesu užívání sociálních sítí, studie uvádí, že 13 % chlapců se potýká s nadměrným hraním her (Zdravá generace, 2024).

HBSC výzkum je jediný výzkum svého druhu realizovaný v České republice, která udává alespoň základní povědomí o tom, jak si jedna z generací aktuálně na poli závislosti na sociálních sítích stojí.

4.1 Škodlivost algoritmů

Slovo algoritmus je možné definovat z různých úhlů pohledu.

V programování se algoritmus chápe jako řada instrukcí, které jsou určeny k řešení specifických problémů, plnění zadaných úkolů, či vytváření rozhodnutí. Algoritmy řídí činnosti počítače, například třídění prvků, vyhledávání dat nebo identifikace objektů. U sociálních sítí se za algoritmus považuje sada pravidel, znaků a dat, která řídí samotné fungování platformy. Algoritmy určují filtrování, řazení, hodnocení, vybírání a doporučování obsahu uživatelům. Ve své podstatě algoritmy ovlivňují veškerý obsah, který vidíme na sociálních sítích (Adisa, 2023, online).

Různé sítě mají různé algoritmy, které příspěvky řadí na základě jiných kritérií – co je důležité pro úspěšnost příspěvků na Facebooku, nebude relevantní pro příspěvky na TikToku či Instagramu (O'Brian, 2023, online).

Mezi hlavní funkce algoritmů patří analyzování uživatelského chování (interakce s obsahem, doba strávená sledováním videa či příspěvku, vyhledávání hashtagů nebo klíčových slov) s cílem, aby uživatel strávil víc času na dané sociální síti. Způsob

prezentace a pořadí příspěvků je tak klíčový způsob, jak jsou uživatelé podněcováni k trávení více času online.

I když sociální sítě nabízejí jejich uživatelům možnost hrát aktivní roli v rozhodování o tom, jaký typ obsahu budou sledovat (například výběr kanálů, které sledují), zobrazovaný obsah bývá ovlivněný v první řadě právě algoritmy. Hrozba, která u sociálních sítí právě skrze algoritmy vyvstává, je však před zraky jejich uživatelů skrytá (Harriger, Evans, Thompson, Tylka, 2022).

Firma Meta, která stojí za sociálními sítěmi Facebook a Instagram si je vědoma nebezpečí, které z trávení času na těchto sítích plyne. Z interní studie dané společnosti vyplývá, že zmíněné sociální sítě zhoršují body image pro významné procento zkoumané populace. Studie také naznačuje značný vliv Instagramu na mentální zdraví mládeže, a to zejména na úzkosti, deprese, a dokonce i suicidální myšlenky. Instagram má jen v USA přes 40 % uživatelů mladších 22 let. Samotná společnost Meta pak přisuzuje velký význam i sociálnímu srovnávání, které se prostřednictvím Instagramu odehrává u většiny mladých lidí (The Wall Street Journal, 2021).

Co se týče dalších sociálních sítí, *The Wall Street Journal* zorganizoval vlastní experiment, který se zaměřoval na algoritmus sítě TikTok. Bylo vytvořeno 100 tzv. botů⁵, kterým byl založený vlastní TikTok účet a vlastní preference co se obsahu týče. Z experimentu vyplývá, že algoritmus rychle nasměroval tyto uživatele do více specializovaných zákoutí obsahu, který byl méně hlídán tzv. moderátory⁶, a který mnohdy zahrnoval i témata, která mohla negativně ovlivnit mentální zdraví jedinců (témata sebepoškozování, sebevražedné myšlenky, deprese a celkově negativně laděný obsah). Nejdůležitější faktor pro doporučení obsahu právě na TikToku byl čas strávený sledováním videa, tedy jestli uživatel například zastavil nebo znovu přehrál dané video. Dle WSJ se tak dá předpokládat, že čím déle uživatelé na sociální sítí jsou, tím spíše jim bude doporučován nevhodný obsah či obsah nehlídaný moderátory. To je bohužel klíčové u osob, které jsou na sociálních sítích závislé. Někteří z teenagerů sami reportují, že i přes to, že by chtěli z důvodu pocitů závislosti sociální sítě opustit, je to pro ně každým dnem

⁵ Bot je internetový robot nebo počítačový program, který vytváří a zpracovává požadavky na servery (Eduself.sk, 2024, online).

⁶ Moderátoři jsou zodpovědní za monitorování uživatelského obsahu a kontrolu, zda obsah odpovídá pravidlům dané platformy (Influence Insider, 2024, online).

náročnější, protože valná část jejich sociálního života se odehrává právě skrze tyto online platformy (WSJ, 2021, online)

4.2 Skryté nebezpečí online PPP komunit

Již z roku 2001 je možné najít zmínky o online komunitách, kde se shromažďovali jedinci s poruchou příjmu potravy. Dle Gerrard (2018) by se komunity propagující poruchy příjmu potravy v současnosti mohly označit za dlouhodobý problém. Tyto komunity, zkráceně tzv. pro-ED⁷, vystupují i pod názvy jako „pro-ana“⁸ či „pro-mia“⁹. Být „pro-ED“ znamená propagovat poruchu příjmu potravy spíše jako „životní volbu“ než „onemocnění“, glorifikovat jeden z přídatných projevů PPP (extrémní štíhlost), a zcela ignorovat jiné, závažné a mnohdy nezvratné příznaky PPP. I přes to, že zakázala v roce 2012 „glorifikaci“, „propagaci“ a „podporování“ poruch příjmu potravy, v dokumentu „Zásady komunity“¹⁰ tyto pojmy nejsou přesně definovány, a příspěvky s touto tematikou se tak na sociálních sítích stále vyskytují. Podstatné z hlediska funkce algoritmů je, že zatímco v době blogů či webových stránek s pro-ED tematikou je člověk musel znát a aktivně vyhledat, u sociálních sítí je možné se k tomuto typu obsahu dostat zcela neplánovaně a náhodně.

Gerrard (2018) ve své studii analyzovala funkci algoritmů a doporučování příspěvků na základě těch, se kterými již uživatel interagoval. Uživateli, který na sociálních sítích projeví zájem o zdravý životní styl, bude algoritmus doporučovat příspěvky, které s tímto obsahem souvisí. Jak již bylo výše zmíněno, čím déle však uživatel na dané sociální síti stráví času, tím spíše se dostane do více okrajových a nehlídaných druhů obsahu, které jsou – v rámci témat zdravého životního stylu a například sestavení vhodného jídelníčku – i právě PPP. Na základě vyhledání pojmu „fitness inspirace“ tak Gerrard začala dostávat doporučení na příspěvky, které v sobě obsahovaly pojmy jako „anorexie“, „bulimie“, „pro-ED“ apod. Spolu s nimi ale dostávala doporučení i na příspěvky, které mluvily o depresi, sebepoškozování či suicidálních

⁷ Pojem, který označuje obhajování, podporu a promování poruch příjmu potravy.

⁸ Internetová komunita zastávající názor, že mentální anorexie je životní styl, nikoliv onemocnění (Collins English Dictionary, 2024a, online).

⁹ Internetová komunita zastávající názor, že bulimie je životní styl, nikoliv onemocnění (Collins English Dictionary, 2024b, online).

¹⁰ Seznam pravidel pro užívání Instagramu.

tendencích. Ke stejným výsledkům došla ve své studii i trojice výzkumníků Chancellor, Lin a Choudhury, kteří provedli analýzu více než 30 000 příspěvků, které byly smazané pro pro-ED obsah. V těchto příspěvcích se v hojné míře vyskytovala témata glorifikace extrémních diet, poruch příjmu potravy, depresivity, sebepoškozování či suicidálních tendencí (2016).

5 Souvislost excesivního používání sociálních sítí a rozvoje PPP

Poslední část práce si klade za cíl prozkoumat souvislost mezi poruchami příjmu potravy a závislostním chováním ve vztahu k sociálním sítím. V této kapitole bude popsán výzkumný problém a výzkumné cíle, budou formulovány hypotézy a vztahy mezi proměnnými, následně ověřena platnost stanovených hypotéz, a v poslední části budou diskutovány zjištěné výsledky.

5.1 Výzkumný problém

Prevalence poruch příjmu potravy se od začátku 21. století zvýšila z 3,5 % na téměř 8 %. Mentální anorexie má navíc z psychiatrických diagnóz nejvyšší úmrtnost, pacienti s mentální anorexií mají i 18krát vyšší pravděpodobnost sebevraždy. Vznik poruch příjmu potravy je již několik desítek let dáván do souvislosti se štíhlým ideálem krásy (Medical Tribune, 2022, online). Velkým prostorem, kde se tento štíhlý ideál krásy prezentuje v hojné míře, jsou právě sociální sítě.

Sociální sítě se postupem času staly velice důležitým prvkem životů lidí po celém světě. Bývají vnímány jako platformy pro komunikaci s přáteli, sdílení a konzumaci obsahu, či hledání inspirace a nových známostí. Algoritmy, které nabízejí a řadí obsah dle konkrétních preferencí daného uživatele však mohou představovat skrytou hrozbu. Právě schopnost algoritmů odhalit podobnosti u příspěvků, se kterými interagujeme, a které bychom si sami nevšimli, má jediný cíl, a to udržet nás na dané sociální síti co nejdéle. Tito jedinci jsou tak ve zvýšeném riziku vzniku závislostního chování. Nadužívání sociálních sítí bylo již v několika studiích propojeno s mnohými negativními následky, mezi které patří i zvýšená symptomatika poruch příjmu potravy. Limitem těchto studií však je, že se tyto dva jevy zkoumaly výhradně u adolescentů či měly nastavenou omezující horní věkovou hranici. Navíc, byly opomenuty faktory, které mohly hrát důležitou roli při ovlivňování výsledků těchto studií.

Dle Novotné a Šťovíčkové Jantulové je výzkumný problém výsledkem, který formulujeme na základě rešerše a studie odborné literatury. Může se jednat o jednu větu nebo celý odstavec textu, který bude specifikovat, na co bude vlastní výzkum zaměřen (2019).

Výzkumný problém pro tuto práci zní tedy následovně: *Souvislost mezi excesivním používáním sociálních sítí a rozvojem poruch příjmu potravy u respondentů starších 18 let.*

5.2 Výzkumné cíle

Dle Novotné a Šťovíčkové Jantulové je vhodné si po stanovení výzkumného problému stanovit výzkumné otázky i proto, že formulace výzkumného problému bývá často příliš obecná. Výzkumné otázky pomáhají výzkumný problém specifikovat a zpřesnit, jejich prostřednictvím jsou zkonkretizovány jednotlivé oblasti, které jsou reálně v procesu výzkumu zkoumány (2019).

Výzkumné cíle byly stanoveny následující:

- analýza vztahu mezi mírou závislosti na sociálních sítích a poruchami příjmu potravy
- analýza vztahu mezi mírou závislosti na sociálních sítích a dimenzí pohlaví
- analýza vztahu socioekonomického statusu a mírou závislosti na sociálních sítích
- analýza vztahu mezi poruchami příjmu potravy a výší příjmu
- analýza vztahu poruch příjmu potravy a dimenze pohlaví
- analýza vztahu mezi poruchami příjmu potravy a závislostním chováním na sociálních sítích za vlivu proměnné *příjem*

5.3 Formulace hypotéz

„Hypotéza představuje výrok o vztahu dvou či více proměnných, který je odvozen z prověřované teorie. Při takovém postupu jsou pak v textu striktně formulovány jednotlivé testované hypotézy (H1, H2, H3...) a prostřednictvím sebraných dat se ukazuje, zda dané hypotézy analýza potvrzuje, či vyvrací“ (Špaček, 2019, s. 117).

Předpoklady pro hypotézy

Hypotézy byly vytvořeny na základě teoretické části práce.

H1 byla stanovena na základě výsledků vícero zahraničních výzkumů, které se věnovaly tomuto problému. Autoři Yurtdaş-Depboylu, Kaner a Özçakal (2022), He, Li, Liu a Ma (2022) či Mushtaq, Ashraf, Hameed, et al. (2023) skutečně našli pozitivní vztah mezi závislostí na sociálních sítích a zvýšenou symptomatikou poruch příjmu potravy, výzkumný vzorek však tvořili výhradně adolescenti či studenti vysokých škol s horní věkovou hranicí do 25 let. Proto je tedy potřeba prozkoumat, zda se tato problematika u dospělých osob neliší, pokud se navíc vezmou v potaz další faktory, jako je například socioekonomický status. Z toho je tedy vytvořena **H6**, která bere v potaz právě příjem.

H2 vychází z výzkumu HBSC, který byl prováděn v českém prostředí, a ze kterého vyplynulo, že právě dívky jsou více náchylné k problematickému užívání sociálních sítí (Zdravá generace, 2024, online).

H3 se zaměřuje na zjištění, zda osoby, které mají nízkou sebehodnotu (se kterou je opět velice úzce propojený nízký příjem), budou trávit více času na sociálních sítích, stejně jako ve studii autorů Bahrainian, Alizadeh a Raeisoon (2014).

H4 byla odvozená z proměnné *sebehodnoty*, kterou zastupuje proměnná *příjem*. Jelikož sebehodnocení je signifikantním faktorem u vzniku poruch příjmu potravy, a zároveň nízká sebehodnota je mezi osobami s PPP vysoce prevalentní (Silverstone, 1992), má tato hypotéza za cíl ověřit, zda-li to samé platí i v případě zástupné proměnné *příjmu*.

H5 je odvoditelná z mnoha dat, ať již z výzkumů Crusiuse et al. (2022), či z tuzemského prostředí z práce Papežové (2018), či ze statistických dat ÚZISu o hospitalizacích či ambulantních léčbách pacientů s PPP, kde drtivou většinu případů tvoří právě ženy.

Shrnutí hypotéz

H0₁: Excesivní užívání sociálních sítí neovlivňuje vznik poruch příjmu potravy

H1₁: Excesivní užívání sociálních sítí ovlivňuje vznik poruch příjmu potravy

H0₂: Neexistuje rozdíl v míře excesivního užívání sociálních sítí mezi ženami a muži

H1₂: Ženy vykazují vyšší míru excesivního užívání sociálních sítí v porovnání s muži

H0₃: Čas strávený na sociálních sítích není závislý na výši příjmu

H1₃: Více času na sociálních sítích budou trávit osoby s nižším příjmem

H0₄: Prevalence poruch příjmu potravy není závislá na výši příjmu

H1₄: Poruchy příjmu potravy budou více prevalentní mezi osobami s nižším příjmem

H0₅: Neexistuje rozdíl ve výskytu příznaků poruch příjmu potravy mezi ženami a muži

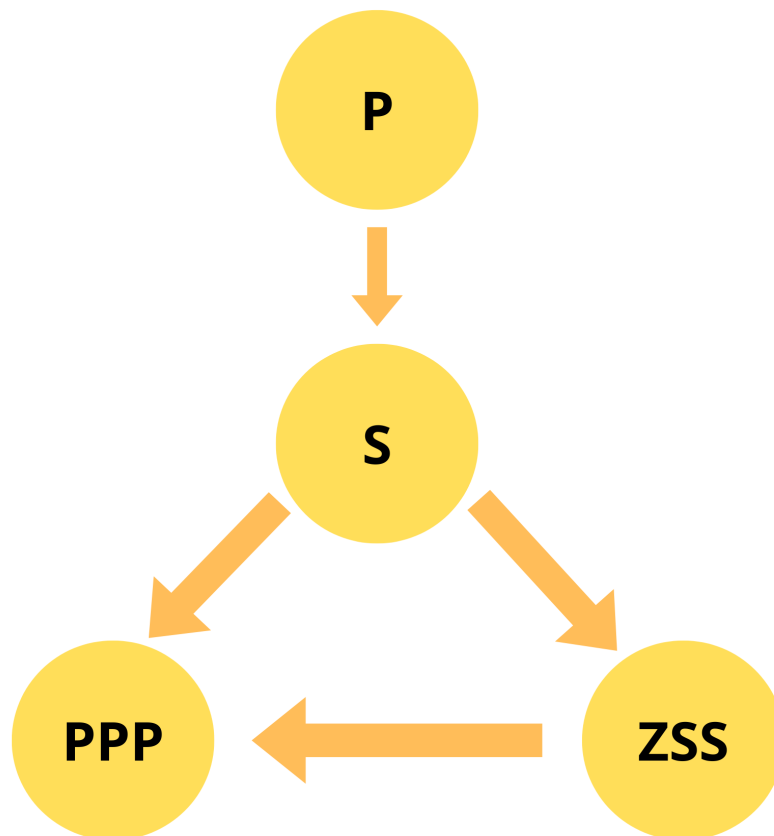
H1₅: Vyšší výskyt příznaků poruch příjmu potravy bude mezi ženami

H0₆: Přidání proměnné příjem nijak neovlivní pozitivní vazbu mezi symptomy PPP a mírou excesivního užívání sociálních sítí

H1₆: Pozitivní vazba mezi symptomy PPP a mírou excesivního užívání sociálních sítí se sníží v důsledku přidání proměnné příjem

5.4 Vztahy mezi proměnnými

Pro lepší orientaci ve vztazích mezi proměnnými bylo vytvořeno následující schéma:



Obrázek 1: *Vztahy mezi proměnnými*

P = příjem

S = sebehodnota

ZSS = závislost na sociálních sítích

PPP = poruchy příjmu potravy

Příjem jako instrumentální proměnná

Pro účely měření sebehodnoty byla použita instrumentální proměnná *příjem*.

„K použití instrumentální (proxy) proměnné přistupujeme tehdy, pokud je proměnná, kterou se pokoušíme získat, přímo neměřitelná. Instrumentální proměnná vykazuje s naší cílenou proměnnou korelaci a je měřitelná“ (Stemmark, 2024, online).

Z dat, která jsou v současnosti k dispozici, vyplývá jasná korelace mezi výší příjmu a sebehodnotou (Bleidorn, Kretzschmar, Hopwood, 2023). Průřezová studie z roku 2021 dokonce uvádí, že zde je robustní množství důkazů podporujících teorii, že vyšší příjem znamená i vyšší sebevědomí a pozitivnější smýšlení o sobě samém (Tong, Reddish, Oh, et al., 2022). Navíc, se vzrůstajícím příjmem vzrůstá i jedincova percepce jeho vlastního zdraví (Mackenbach, Martikainen, Looman, et al., 2005).

Sebehodnota u poruch příjmu potravy a závislosti na sociálních sítích

Jak již bylo zmíněno, sebehodnota je úzce propojena s faktorem *příjmu*. Nízká sebehodnota je však také velice často přítomna přímo u pacientů s poruchami příjmu potravy. I přes to, že vznik poruch příjmu potravy je výsledkem souhry několika mnoha faktorů, nízká sebehodnota byla některými z autorů jmenována jako (téměř) nejpodstatnější prediktor vzniku takovýchto poruch (Silverstone, 1992). Dle autorů Pelce, Winiarského a Polak-Szczybyła pak stojí nízká sebehodnota za některými z konkrétních příznaků poruch příjmu potravy, jako jsou například nekontrolované záchvaty přejídání či excesivní cvičení, vše za účelem změny vzhledu jedince (2023). Na druhé straně, výsledky meta analýzy dokládají, že sebehodnota může působit nejen jako prediktor, ale i jako důsledek poruch příjmu potravy (Krauss, Dapp, Orth, 2023).

V případě sociálních sítí byla sebehodnota jmenována jako podstatný faktor, který může ovlivňovat vznik případného závislostního chování (Bahrainian, Alizadeh, Raeisoon, 2014). Negativně ovlivňovala sebehodnota každodenní užívání internetu u adolescentů. Adolescenti s nižší sebehodnotou byli více náchylní k patologickému nadužívání internetu (Kircaburun, 2016).

Sebehodnota jako mediátor

"Mediací se zabýváme z toho důvodu, že díky ní můžeme prozkoumat kauzální vztahy mezi proměnnými. Jedná se o zapojení třetí proměnné do vztahu mezi dvěma proměnnými, což umožňuje lepší zkoumání vztahů. Pokud zkoumáme vztah mezi dvěma proměnnými, zpravidla jednu označujeme jako příčinu (čili nezávislou neboli vysvětlující proměnnou) a druhou jako následek, tedy vysvětlovanou či závislou proměnnou). Pomocí

mediace nicméně nezjišťujeme pouhý prostý vztah mezi těmito dvěma, ale snažíme se o hlubší analýzu procesů, které se v tomto vztahu odehrávají, a co může ovlivnit jejich směr a sílu" (Horáková, 2017, s. 5).

V této bakalářské práci bude mediačního efektu sebehodnoty využito pomocí zástupné proměnné *příjmu* v posouzení, zda a jak se změní vztah mezi závislostí na sociálních sítích a poruchami příjmu potravy.

5.5 Výzkumné nástroje

Výzkumné šetření bylo postaveno na kvantitativní strategii.

"Kvantitativní strategie při zpracování dat využívá metod statistické analýzy, které umožňují naplnit dva základní cíle. Za prvé poskytují nástroje pro souhrnné analytické popisy velkého množství shromážděných. Za druhé prostřednictvím matematické pravděpodobnosti umožňují posoudit, s jakou spolehlivostí lze zjištění z náhodně vybraného souboru případů zobecnit na celou populaci" (Špaček, 2019, s. 121).

V dotazníku byly použity dva výzkumné nástroje, a to konkrétně *Eating Disorder Diagnostic Scale* a *Bergen Social Media Addiction Scale*.

Eating Disorder Diagnostic Scale (EDDS)

Eating disorders diagnostic scale je škála, která je zaměřená na stručné sebe hodnocení příznaků anorexie, bulimie a záchvatovitého přejídání. Dle autora škály E. Stice je tento nástroj přínosem především kvůli své stručnosti a vysoké reliabilitě a validitě. Protože škála nebyla dosud v českém prostředí použita, se souhlasem autora (*Příloha B*) byla přeložena do češtiny dle standardů WHO pro překlad diagnostických nástrojů (česká verze škály viz *Příloha C*, anglický originál *Příloha D*).

Škála je sestavena z několika sekcí, které zahrnují otázky zaměřené na patologické chování spojené s poruchami příjmu potravy, sebehodnocení a vnímání těla, a otázky na možné kompenzační chování. V poslední sekci jsou od respondentů požadovány údaje o jejich váze, výšce, užívání antikoncepce a případném vynechání menstruačního cyklu. Na otázky týkající se sebehodnocení či vnímání těla respondenta byla možnost odpovědět pomocí čtyřstupňové škály o následujících možnostech: vůbec, málo, středně, velmi. U otázek, které zjišťovaly frekvenci určitých symptomů poruch příjmu potravy, mohli respondenti odpovědět pomocí číselné škály, a to buď od nuly do sedmi (pokud šlo o otázku týkající se počtu dní), nebo od nuly do čtrnácti (v případě otázky týkající se

počtu případů výskytu symptomů některé z poruch příjmu potravy). Dále byly zahrnuty i otázky s možností odpovědi ano či ne, a to při dotazování na průběh epizody přejídání či na ztrátu kontroly. Škála obsahuje celkem 22 položek.

Příklady jednotlivých položek ze škály:

Během posledních 3 měsíců...

Cítil/a jste se někdy tlustý/á?

Měl/a jste někdy reálný strach z toho, že byste mohl/a přibrat nebo se stát tlustým/ou?

Ovlivnila vaše váha způsob, jakým smýšlíte o sobě jako o člověku?

Ovlivnil tvar vašeho těla způsob, jakým o sobě smýšlíte jako o člověku?

Kolikrát týdně jste si v průměru během posledních 3 měsíců sami vyvolali zvracení, abyste zabránili přibírání na váze, nebo abyste potlačili výkrmné účinky jídla?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14

Kolikrát týdně jste v průměru během posledních 3 měsíců použili laxativa nebo diuretika, abyste zabránili přibírání na váze, nebo abyste potlačili výkrmné účinky jídla?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14

Bergen Social Media Addiction Scale (BSMAS)

Bergen Social Media Addiction Scale je diagnostický nástroj, který byl vyvinutý z nástroje *Bergen Facebook Addiction Scale*, a to pomocí záměny termínu „Facebook“ za „Sociální síť“. Jedná se o jeden z nejvíce využívaných dotazníků, který slouží k měření závislosti na sociálních sítích. BSMAS je vybudovaný na základě Griffithsových 6 charakteristik závislosti (Stănculescu, 2022).

6 komponentů závislosti (Griffiths, 1996):

Důležitost: daná aktivita se stává nejdůležitější činností v životě člověka a ovládá jeho myšlení (obsese či kognitivní zkreslení), cítění (touhy) a chování (zhoršení sociálního chování). I když se lidé aktuálně této činnosti nevěnují, přemýšlejí o tom, kdy se jí zase věnovat budou.

Změny nálad: subjektivní zážitky, které jedinci popisují jako důsledky zapojení se do určité aktivity, a které mohou být chápány jako copingové strategie za účelem uklidnění se (euforie, vzruch, či paradoxně útlum nebo pocit otupělosti).

Tolerance: proces, při kterém je potřeba stále větších množství určité aktivity pro dosažení původních (dřívějších) účinků. Gambler tak například může neustále zvyšovat výši sázek pro to, aby zažil stejný euforický efekt, který byl původně dosažený menší částkou.

Abstinenční příznaky: nepříjemné pocity a/nebo fyzické prožitky, které nastávají, jakmile je nějaká aktivita přerušena nebo náhle snížena. Mezi časté abstinenční příznaky patří například stres, náladovost nebo podrážděnost.

Konflikty: konflikty mohou vznikat uvnitř jednotlivce (intrapersonální konflikt), nebo mezi závislou osobou a okolím, pokud je okolí danou aktivitou znepokojeno, (interpersonální konflikt).

Relaps: tendence k opakovanému návratu k dřívějším vzorcům určité aktivity a k rychlému obnovení i těch nejextrémnějších vzorců typických pro vrchol závislosti po mnoha letech abstinence nebo kontroly.

BSMAS obsahuje celkem 6 položek, na které může respondent odpovědět pomocí pětibodové Likertovy škály ve znění:

- Velmi zřídka
- Zřídka
- Občas
- Často
- Velmi často

Příklady jednotlivých položek z dotazníku:

Strávil/a jste hodně času přemýšlením o sociálních médiích nebo jste plánoval/a je použít?

Používal/a jste sociální média, abyste zapomněl/a na své osobní problémy?

Snažil/a jste se neúspěšně omezit používání sociálních médií?

5.6 Charakteristika sběru dat a výběrový soubor

Data byla sbírána pomocí online dotazníkového systému (<https://dotaznik.oushi.upol.cz/doc/en>), který byl vyvinut Institutem sociálního zdraví (OUSHI). Data sbírali studenti z Univerzity Hradec Králové a Univerzity Palackého v Olomouci. Sběr dat proběhl mezi říjnem 2023 a dubnem 2024, a to za pomoci techniky nabalování. „Nabalování, jinak také **techniku sněhové koule** (snow-ball sampling) používáme tehdy, pokud jsou terén či téma dostatečně ohraničené, ale zároveň je ještě

důvěrně neznáme. Jde totiž o to, že nám jeden aktér doporučí druhého, ten třetího a tak dál. Vzorek se tedy postupně nabaluje jako sněhová koule" (Novotná, 2019, s. 297).

Účast na výzkumném šetření byla dobrovolná a anonymní. Všichni účastníci byli seznámeni s možností dotazník kdykoliv ukončit. Respondenti byli se všemi náležitostmi dotazníku seznámeni před jeho započítáním, a byl požadován jejich informovaný souhlas s účastí ve výzkumném šetření (*Příloha E*). Institut sociálního zdraví Univerzity Palackého (OUSHI) zaručil splnění etického hlediska výzkumu (Souhlas 2020/4).

Základní populaci byli pro účely této bakalářské práce jedinci starší 18 let žijící v České republice. Ze sčítání lidu v roce 2021 vyplývá, že celkový počet těchto jedinců činil 8 530 709, z čehož byl celkový počet žen 4 374 357 (51.16 %) (Český statistický úřad, 2021, online).

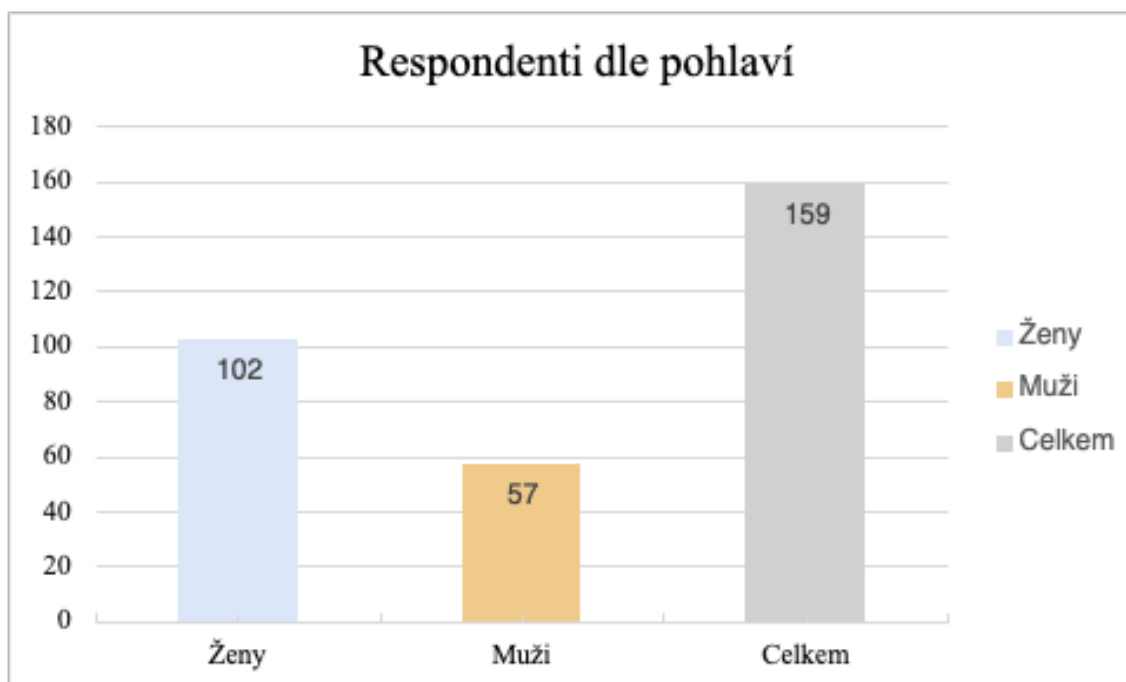
Výzkumný vzorek pak tvořili respondenti, kteří byli starší 18 let, a splňovali podmínku české národnosti. Počáteční **výběrový soubor** činil 287 studijních subjektů. Z něho bylo vyloučeno 70 respondentů, kteří dotazník vyplnili za kratší než stanovený limit 15 minut. Následně bylo odstraněno 29 respondentů, protože dotazník ukončili ihned po vyplnění sociodemografických údajů. 19 respondentů pak bylo vyloučeno kvůli nekonzistentním odpovědím týkajících se výšky, váhy a věku. Jeden respondent byl vyloučen, protože nebyl starší 18 let. V posledním kroku bylo vyloučeno celkem 9 respondentů, protože uvedli jinou národnost než českou. Finální počet respondentů ve výzkumném souboru tak činil **159** respondentů.

	Pohlaví	N	Minimum	Maximum
Věk	Žena	102	21.00	77.00
	Muž	57	20.00	67.00

Tabulka 1: *Informace o věku respondentů*

Průměrný věk činil 42.65 let (SD=12,53), s rozpětím od 20 do 77 let. Nejmladšímu respondentovi bylo v době měření 20 let, nestaršímu respondentovi pak 77 let. Žen bylo ve vzorku zastoupeno 64.2 %, mužů 35.8 %. V **grafu 3** je pak znázorněn počet žen ku mužům, a celkový počet respondentů.

Výběrový soubor byl značně rozmanitý i co se socioekonomického statusu týče (viz **tabulka 2**). V souboru byly 2.52 % studentů, 5.66 % důchodců, a nejpočetnější skupinu (71.7 %) tvořili zaměstnaní lidé, spolu se živnostníky (13.21 %).



Graf 3: Rozdělení respondentů dle pohlaví

Socioekonomický status	N
student/ka	4
zaměstnaný/á	114
živnostník, OSVČ, podnikatel	21
v domácnosti/dobrovolně nezaměstnaný/á	1
nezaměstnaný/á	3
starobní důchod	9
mateřská dovolená	7

Tabulka 2: Počty respondentů dle socioekonomických statusů

Se socioekonomickým statusem je úzce propojená i výše příjmu. Z **tabulky 3** je patrné, že více než tři čtvrtiny respondentů přesahují průměrnou výši platu v České republice, která v roce 2023 činila 43 341 (Český statistický úřad, 2023, online).

Příjem	N
do 30. 000	11
31.000 - 40.000	15
41.000 - 50.000	25
51.000 - 60.000	21
61.000 - 70.000	29
71.000 - 80.000	17
81.000 - 90.000	11
91.000 - 100.000	13
101.000 a více	17

Tabulka 3: *Výše příjmu u respondentů*

Rodinný stav	N
svobodný/á	41
ženatý/vdaná	95
rozvedený/á	13
druh, družka	10

Tabulka 4: *Rodinný stav respondentů*

Více než polovinu (59.75 %) souboru tvořili lidé v manželském svazku. Druhé nejpočetnější procento pak bylo svobodných (25.79 %).

Vzdělání	N
vyučen nebo SŠ bez maturity	2
maturita	39
vyšší odborná škola	3
vysokoškolské bakalářské (Bc.)	24
vysokoškolské magisterské (Mgr., Ing.)	80
vysokoškolské doktorské (Dr.)	11

Tabulka 5: *Vzdělání respondentů*

V otázce, která se týkala vzdělání respondentů, jich více než polovina (50.31 %) uvedla magisterské či inženýrské. 24.53 % pak uvedlo jako nejvyšší dosažené vzdělání střední školu s maturitou, a 15.09 % bakalářské. V souboru bylo zastoupeno i 6.92 % jedinců s doktorským vzděláním, a 1.26 % jedinců s vyučením nebo střední školou bez maturity.

5.7 Ověřování platnosti stanovených hypotéz

Ověřování stanovených hypotéz bylo prováděno pomocí programu Jamovi (verze 2.3.28.0) během dubna 2024. Ověřované hypotézy jsou v následujícím textu předkládány chronologicky tak, jak byly představeny v kapitole 5.3 *Formulace hypotéz*. Na datech byl provedený Shapiro-Wilkův test, pomocí kterého byl ověřován předpoklad normality.

Pokud byla p hodnota nižší nebo rovna hodnotě 0.05, usuzujeme, že předpoklad normality nebyl naplněn (Variation, 2024, online).

H1: Excesivní užívání sociálních sítí ovlivňuje vznik poruch příjmu potravy

Z výsledků Shapiro–Wilkova testu vyplývá, že data nemají normální rozložení.

Statistika	p
0.77	< .0001

Tabulka 6: *Shapiro–Wilkův test pro H1*

Na základě této skutečnosti tedy provádíme Spearmanův koeficient pořadové korelace (viz **tabulka 3**). Z p hodnoty je patrné, že zde statisticky signifikantní pozitivní korelace

mezi těmito dvěma proměnnými skutečně existuje, i když z hodnoty 0.14 můžeme usuzovat, že je spíše slabší. Jedinci, kteří dosahují vyššího skóre v dotazníku BSMAS, tak budou dosahovat i vyššího skóre u dotazníku EDDS. Je tedy možné zamítnout nulovou hypotézu a přijmout hypotézu alternativní. **H1** ve znění *Excesivní užívání sociálních sítí ovlivňuje vznik poruch příjmu potravy, potvrzujeme.*

		EDDS_SUM	BSMAS_total
EDDS_SUM	Spearman's rho	—	
	df	—	
	p-hodnota	—	
BSMAS_total	Spearman's rho	0.14	—
	df	145	—
	p-hodnota	0.0463	—

Pozn.: H_a předpovídá pozitivní korelaci

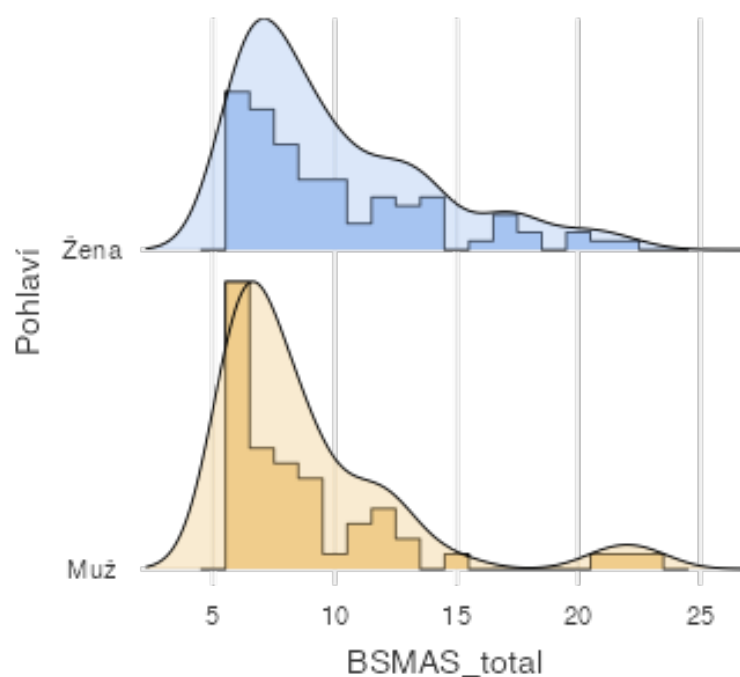
Tabulka 7: Korelační koeficient BSMAS a EDDS pro *H1*

H2: Ženy vykazují vyšší míru excesivního užívání sociálních sítí v porovnání s muži

Z **tabulky 8** si můžeme všimnout, že ženy skutečně v průměru skórovaly na BSMAS škále výše než muži. Následně využíváme histogramu s předpokladem hustoty rozložení hodnot, a to pro obě pohlaví (viz **obrázek 2**). Z histogramů je patrné, že data pravděpodobně nemají normální rozložení. Provádíme Shapiro–Wilkův test, jehož hodnota tento potvrzuje, že data skutečně nemají normální rozložení.

	Pohlaví	N	Missing	M	ME	SD	Mini	Max
BSMAS_total	Žena	93	9	9.95	9.00	4.01	6.00	22.00
	Muž	54	3	8.85	7.50	3.97	6.00	23.00

Tabulka 8: Deskriptivní statistika BSMAS pro *H2*



Obrázek 2: Histogram hodnot BSMAS u obou pohlaví pro *H2*

	Pohlaví	N	Missing	Shapiro-Wilk	
				W	p
BSMAS_total	Žena	93	9	0.86	<.0001
	Muž	54	3	0.72	<.0001

Tabulka 9: Shapiro–Wilkův test pro *H2*

U dat, která nemají normální rozložení tedy provádíme Mann-Whitney U test.

		Statistika	p
BSMAS_total	Mann-Whitney U	1985.50	0.0164

Pozn. $H_a \mu_{\text{Žena}} > \mu_{\text{Muž}}$

Tabulka 10: Mann-Whitney U test pro *H2*

Z Mann-Whitney U testu je patrné, že p hodnota je signifikantně nižší než 0.05, a je tedy možné zamítnout nulovou hypotézu a přijmout alternativní hypotézu. **H2** (*Ženy vykazují vyšší míru excesivního užívání sociálních sítí*) tedy **přijímáme**.

H3: Více času na sociálních sítích budou trávit osoby s nižším příjmem.

Pro porovnání průměrného skóre BSMAS u jednotlivých úrovní příjmu byla vytvořena **tabulka 11**. Je patrné, že skupina, která uvedla nejnižší příjem (do 30. 000) dosahovala v průměru nejvyššího skóre na BSMAS škále.

	Příjem	N	Missing	Mean	Median	SD	Min	Max
BSMAS_total	do 30.000	7	4	11.00	11.00	5.23	6.00	18.00
	31.000 - 40.000	14	1	9.57	8.50	4.05	6.00	18.00
	41.000 - 50.000	23	2	9.43	8.00	4.00	6.00	22.00
	51.000 - 60.000	19	2	9.05	8.00	2.99	6.00	14.00
	61.000 - 70.000	29	0	9.24	8.00	3.80	6.00	20.00
	71.000 - 80.000	16	1	9.06	8.00	3.86	6.00	21.00
	81.000 - 90.000	10	1	10.10	9.00	5.00	6.00	21.00
	91.000 - 100.000	12	1	10.33	8.50	5.12	6.00	23.00
	101.000 a více	17	0	9.71	9.00	4.24	6.00	22.00

Tabulka 11: BSMAS u jednotlivých úrovní příjmu pro **H3**

I přes to je však nutné provést další test, který určí, zda jsou tyto rozdíly mezi jednotlivými skupinami dílem náhody, či zda jsou statisticky signifikantní. Ze Shapiro–Wilkova testu pak vidíme, že data nemají normálnímu rozložení.

	Příjem	N	Shapiro-Wilk	
			W	p
BSMAS_total	do 30. 000	7	0.85	0.1198
	31.000 - 40.000	14	0.83	0.0138
	41.000 - 50.000	23	0.76	< .0001
	51.000 - 60.000	19	0.84	0.0041
	61.000 - 70.000	29	0.78	< .0001
	71.000 - 80.000	16	0.75	0.0006
	81.000 - 90.000	10	0.83	0.0297
	91.000 - 100.000	12	0.80	0.0105
	101.000 a více	17	0.81	0.0026

Tabulka 12: *Shapiro–Wilkův test pro BSMAS u jednotlivých úrovní příjmu u H3*

K ověření hypotézy tedy bude použito Kruskal-Wallisova testu. Z hodnoty p, která dalece převyšuje hodnotu 0.05 můžeme usuzovat, že nulovou hypotézu nelze zamítnout, a alternativní hypotézu **H3** *Více času na sociálních sítích budou trávit osoby s nižším příjmem* tak **nepřijímáme**.

	χ^2	df	p
BSMAS_total	0.61	8	0.9997

Tabulka 13: *Kruskal-Wallisův test pro H3*

H4: Poruchy příjmu potravy budou více prevalentní mezi osobami s nižším příjmem

Jako první provádíme Shapiro–Wilkův test. Z nízké p hodnoty můžeme usuzovat, že nebyl naplněn předpoklad normality dat.

	W	p
EDDS_SUM	0.81	< .0001

Tabulka 14: Shapiro–Wilkův test pro H4

Pro otestování této hypotézy byla tedy zvolena metoda Welchova testu, který nevyžaduje předpoklad homogenity rozptylů napříč zkoumanými skupinami.

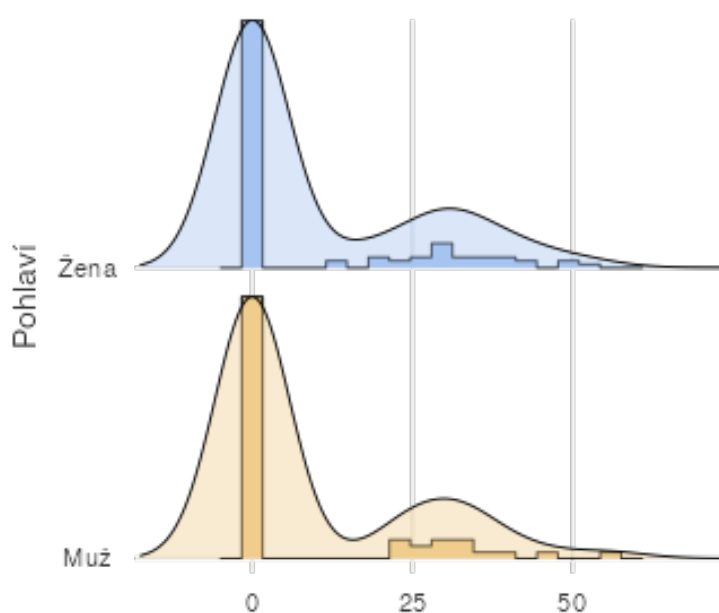
	F	df1	df2	p
EDDS_SUM	1.18	8	53.65	0.3259

Tabulka 15: Welchův test pro H4

Výsledky analýzy indikují, že z nemáme dostatečnou evidenci k zamítnutí nulové hypotézy. Alternativní hypotézu **H4 Poruchy příjmu potravy budou více prevalentní mezi osobami s nižším příjmem tak nepřijímáme.**

H5: Vyšší výskyt příznaků poruch příjmu potravy bude mezi ženami.

Jako první byla provedena vizuální analýza dat vyobrazených pomocí histogramu s předpokladem hustoty rozložení hodnot. Je patrné, že data u mužů ani u žen



Obrázek 3: Histogram a hustota rozložení příznaků PPP u obou pohlaví

pravděpodobně nemají normální rozložení, což se následně potvrzuje i Shapiro–Wilkovým testem.

	Pohlaví	N	Missing	Shapiro-Wilk	
				W	p
EDDS_SUM	Žena	102	0	0.65	<.0001
	Muž	57	0	0.61	<.0001

Tabulka 16: Shapiro–Wilkův test pro **H5**

Z **tabulky 17** je možné vyčíst, že nejnižší skóre v dotazníku EDDS bylo u obou pohlaví stejné, a že nejvyšší skóre bylo naměřeno u jednoho z mužských respondentů. Z tabulky 17 je patrné, že ženy skórovaly na škále EDDS průměrně více než muži. Pro porovnání dvou vzorků s nenormálním rozložením je však potřeba provést Mann–Whitney U test.

	Pohlaví	N	Missing	M	MD	SD	Min	Max
EDDS_SUM	Žena	102	0	9.60	0.00	15.53	0.00	54.00
	Muž	57	0	8.56	0.00	15.13	0.00	56.00

Tabulka 17: Skóre dotazníku EDDS u obou pohlaví pro **H5**

Výsledná p hodnota Mann–Whitney U testu dalece přesahuje hodnotu 0.05. Z těchto výsledků tak usuzujeme, že nemáme dostatečnou evidenci pro zamítnutí nulové hypotézy. Alternativní hypotézu **H5** *Vyšší výskyt příznaků poruch příjmu potravy bude mezi ženami* tak **nepřijímáme**.

		Statistika	p
EDDS_SUM	Mann-Whitney U	2800.50	0.3172

Pozn.: $H_a \mu_{\text{žena}} > \mu_{\text{muž}}$

Tabulka 18: Porovnání žen a mužů pomocí Mann-Whitney U testu pro **H5**

H6: Pozitivní vazba mezi symptomy PPP a mírou excesivního užívání sociálních sítí se sníží v důsledku přidání proměnné příjem.

Pro otestování této hypotézy bylo zapotřebí otestovat možný vztah mezi nadužíváním sociálních sítí a symptomy poruchami příjmu potravy, a to i za mediačního efektu *příjmu*. Byly tak vytvořeny dvě lineární regresní analýzy, na kterých bylo testováno, zda a jak přidání *příjmu* bude mít na tento vztah vliv. *Model 1* zahrnoval testování vlivu závislosti na sociálních sítí na poruchy příjmu potravy, v *Modelu 2* pak byl přidán i *příjem*.

Prediktor	B-koefficient	SE	t	p
Intercept ^a	3.74	3.32	1.13	0.2620
BSMAS_total	0.65	0.32	2.04	0.0431

^a Představuje referenční úroveň

Tabulka 19: Model 1 - EDDS_SUM pro H6

Výsledky prokazují signifikantní pozitivní korelaci, na základě *Modelu 1* je tedy možné potvrdit, že nadužívání sociálních sítí je propojeno s vyšším množstvím symptomů poruch příjmu potravy. Z p hodnoty také usuzujeme, že tento vztah je statisticky významný. *Model 1* tedy slouží jako základní analýza, kde byl ustanovený vztah mezi závislou proměnnou EDDS a prediktorem BSMAS.

Model 2 (**tabulka 20**) odhaluje, že zatímco závislost na sociálních sítích ovlivňuje symptomatiku poruch příjmu potravy, po přidání mediátoru *příjmu* nebyl vztah nijak signifikantně ovlivněn.

Prediktor	Odhad	SE	t	p
Intercept ^a	0.22	6.88	0.03	0.9744
BSMAS_total	0.62	0.32	1.90	0.0591
Příjem_modified:				
31.000 - 40.000 – do 30 000	9.45	7.23	1.31	0.1934
41.000 - 50.000 – do 30 000	3.18	6.75	0.47	0.6380
51.000 - 60.000 – do 30 000	-1.22	6.92	-0.18	0.8602
61.000 - 70.000 – do 30 000	4.39	6.59	0.67	0.5060
71.000 - 80.000 – do 30 000	-0.74	7.09	-0.10	0.9167
81.000 - 90.000 – do 30 000	5.55	7.69	0.72	0.4712
91.000 - 100.000 – do 30 000	6.58	7.42	0.89	0.3768
101.000 a více – do 30 000	8.09	7.01	1.15	0.2506

^a Představuje referenční úroveň

Tabulka 20: Model 2 - EDDS, BSMAS a příjem pro H6

Z **tabulky 21** můžeme sledovat porovnání vhodnosti použití jednotlivých modelů pro vysvětlení našich dat. Zatímco *Model 2* ukazuje poněkud vyšší R^2 , což by mohlo indikovat *Model 2* jako vhodnější pro vysvětlení tohoto vztahu, vykazuje také vyšší BIC hodnotu. To naznačuje, že další přidání prediktory do *Modelu 2* pravděpodobně neposkytují dostatečné vylepšení v modelu, které by mohlo ospravedlnit jejich přidání.

Model	R	R^2	BIC
1	0.17	0.03	1237.07
2	0.28	0.08	1269.22

Tabulka 21: Míra přizpůsobení modelů pro H6

Model	Model	ΔR^2	F	df1	df2	p
1	- 2	0.05	0.93	8	137	0.4937

Tabulka 22: Porovnání modelů pro H6

Hodnota ΔR^2 v **tabulce 22** pak naznačuje, že přidání proměnné *příjmu* v *Modelu 2* by vysvětlilo pouhých 5 % variability hodnot závislé proměnné oproti *Modelu 1*.

I přes zahrnutí *příjmu* v *Modelu 2* je vysvětlující hodnota tohoto modelu minimální a statisticky nevýznamná. Zatímco *Model 2* vysvětluje více variability hodnot závislé proměnné než *Model 1*, jak je patrné ze zvýšení hodnoty ΔR^2 , z F-testu a hodnoty p můžeme usuzovat, že toto zlepšení není statisticky významné. Z toho vyplývá, že přidání mediátoru *příjem* vztah mezi závislostí na sociálních sítích a poruchami příjmu potravy nijak neovlivňuje. Není tedy dostatečná evidence na zamítnutí nulové hypotézy. Alternativní hypotézu **H6** *Pozitivní vazba mezi symptomy PPP a mírou excesivního užívání sociálních sítí se sníží v důsledku přidání proměnné příjem* tedy **nepřijímáme**.

Přehled přijatých a nepřijatých alternativních hypotéz	
H1	přijímáme
H2	přijímáme
H3	nepřijímáme
H4	nepřijímáme
H5	nepřijímáme
H6	nepřijímáme

Tabulka 23: Přehled přijatých a nepřijatých alternativních hypotéz

5.8 Diskuse

Cílem této bakalářské práce bylo prozkoumat vztah mezi poruchami příjmu potravy a závislostí na sociálních sítích. Jelikož předchozí výzkumy braly při zkoumání tohoto vztahu v potaz pouze věkovou skupinu adolescentů, bylo záhodno, aby bylo otestováno, zda-li tento vztah funguje stejně i u věkové skupiny jedinců starších 18 let. Výzkumné cíle byly zaměřeny konkrétně na analýzu souvislostí mezi závislostí na sociálních sítích a poruchami příjmu potravy, na roli pohlaví a v neposlední řadě *příjmu* a jeho mediačního vlivu na tyto vztahy. Hypotézy byly formulovány na základě důkladné rešerše literatury a předchozích studií na toto téma. Celkový počet respondentů činil 159, průměrný věk respondentů byl 42.65 let a ve vzorku bylo zastoupeno 64.2 % žen.

Prvním významným zjištěním v empirické části této práce bylo potvrzení **hypotézy 1**. Spearmanův test ukázal statisticky signifikantní, i když poněkud slabou, pozitivní korelaci mezi závislostí na sociálních sítích (měřeno škálou BSMAS) a zvýšenou symptomatikou poruch příjmu potravy (měřeno pomocí škály EDDS). Toto zjištění je ve shodě s mnoha dosavadními výzkumy na toto téma, obohacuje je však o potvrzení, že tento vztah lze nalézt nejen u adolescentů, ale i u věkové skupiny jedinců starších 18 let (bez horní věkové hranice). Výzkum *Prevalence of Eating Disorders and Their Association with Social Media Addiction among Youths* z roku 2023 rovněž prokázal souvislost mezi závislostí na sociálních sítích a zvýšenou symptomatikou poruch příjmu potravy. Autoři Mushtaq, Ashraf, Hameed, et al. (2023) se však zaměřovali na diagnostiku jednotlivých poruch příjmu potravy samostatně, a ve výsledných analýzách tak bylo možno rozlišit příznaky mentální anorexie, mentální bulimie, a záchvatovitého přejídání. Muži a ženy dle dat z tohoto výzkumu navíc vykazovaly podobnou prevalenci poruch příjmu potravy, což je v rozporu s výsledky z analýzy **hypotézy 5** v této bakalářské práci.

Hypotéza 5 předpokládala, že poruchy příjmu potravy budou více prevalentní mezi ženami. Navzdory naprosto drtivému množství evidence, která svědčí pro vyšší prevalenci poruch příjmu potravy mezi ženami, se tato hypotéza u tohoto výzkumného souboru překvapivě nepotvrdila, a to i přes to, že byl výzkumný soubor tvořený nadpoloviční většinou (64.2 %) žen. Možným vysvětlením tohoto jevu může být pravděpodobně i fakt, že ženská část respondentů byla v průměru o něco starší než ta mužská (průměrný věk žen činil 42.85 let a u mužů 42.25 let). DSM-IV udává, že poruchy příjmu potravy jsou z 90 % doménou žen (DSM-IV, 1994), z dat NEDC však

vychází najevo, že muži tvoří téměř polovinu (43 %) jedinců se záchvatovitým přejídáním. Budoucí výzkum by tedy bylo vhodné směřovat do prozkoumávání aspektů poruch příjmu potravy právě u mužů.

V souladu s předchozími zjištěními studie HBSC z roku 2022 vychází výsledky analýz u **hypotézy 2**, která předpokládala, že ženy budou vykazovat vyšší míru excesivního užívání sociálních sítí. Z výsledků Mann–Whitney U testu můžeme usuzovat, že tento rozdíl byl skutečně statisticky signifikantní, a hypotéza tak byla potvrzena. Sami autoři HBSC studie uvádějí výsledky, které svědčí pro vyšší procento problematických uživatelů sociálních sítí mezi dívkami, jako překvapivé (Zdravá generace, 2024, online). Nadužívání internetu obecně je i v současné společnosti často bráno jako více prevalentní mezi mužskou populací (a v případě gamingu tomu tak skutečně z dat HBSC stále je), z výsledků jak již zmíněné HBSC studie, a i této bakalářské práce však vyplývá, že by mohlo být záhodno problematiku závislosti na sociálních sítích u žen více zkoumat.

Z výsledků této bakalářské práce a jiných doložených výzkumů vyplývá, že přesto, že je závislost na sociálních sítích velice často dávana do souvislosti s rizikem vzniku poruch příjmu potravy, je otázkou, jestli by se neměl budoucí výzkum ubírat i samostatným směrem průzkumu vztahu mezi nadužíváním sociálních sítí výhradně u žen. Pro tento fakt svědčí i to, že v této bakalářské práci ženy skutečně vykazovaly vyšší míru závislosti na sociálních sítích, ale nižší prevalenci poruch příjmu potravy.

Důležitým faktorem, který hrál roli v několika hypotézách, byl v této bakalářské práci *příjem*. Ten měl soužit jakožto zástupná (proxy) proměnná pro *sebehodnotu*. Pozitivní vztah mezi *příjmem* a *sebehodnotou* byl ustanoven na základě pečlivé rešerše literatury a vědeckých publikací. Ve studii autorů Bleidorna, Kretzschmara a Hopwooda vyplynula jasná korelace mezi výší příjmu a sebehodnotou (2023). Průřezová studie autorů Tong, Reddish a kol. dokonce uvedla, že existuje robustní množství důkazů podporujících teorii, že vyšší příjem znamená i vyšší sebevědomí a pozitivnější smýšlení o sobě samém. Dle Silverstona (1992) lze pak *sebehodnotu* označit jako jeden z nejpodstatnějších prediktorů vzniku poruch příjmu potravy. Nízká *sebehodnota* je dle autorů Krauss, Dapp a Orth nadále přítomna i během průběhu onemocnění (2023). Na této bázi tedy byla zformulována **hypotéza 4**, která předpokládala vyšší prevalenci poruch příjmu potravy mezi osobami s nižším příjmem. Protože předpoklad normality nebyl naplněn, byla využita metoda Welchova testu, který nevyžaduje předpoklad homogenity rozptylů napříč zkoumanými skupinami. Z výsledků analýzy vyplynulo, že

jednotlivé úrovně příjmu se nijak signifikantně neliší v hodnotách skóre škály EDDS. Je však nutno podotknout, že je možné, že výsledky této analýzy podléhaly zkreslení kvůli malému vzorku respondentů. Více než tři čtvrtiny vzorku respondentů uvedly příjem vyšší než průměrný příjem v ČR pro rok 2023, a skupina s nejnižším příjmem byla i nejméně početnou skupinou respondentů. Pro budoucí výzkum je tedy záhodno, aby byl prováděn na větším vzorku, ve kterém bude větší zastoupení jedinců se skutečně nízkým příjmem.

Se zástupnou proměnnou se operovalo i v případě **hypotézy 3**. Zde byl daný předpoklad, že osoby s nižším příjmem budou trávit více času na sociálních sítích, a budou projevovat více znaků závislostního chování. Z přehledů průměrného skóre na BSMAS škále u jednotlivých úrovní příjmu je patrné, že jedna ze skupiny (konkrétně příjem do 30.000) dosahovala vyššího průměrného skóre než ostatní úrovně. Kruskal–Wallisův test však odhalil, že tento rozdíl není statisticky signifikantní, a hypotézu se tak potvrdit nepodařilo. Stejně jako u **hypotézy 4** je pravděpodobné, že výzkumné šetření v této oblasti bylo značně limitováno malým zastoupením jedinců s nízkým příjmem, a nízkým počtem respondentů obecně.

V neposlední řadě, **hypotéza 6** zkoumala, zda se přidáním faktoru *příjmu* změní vztah mezi závislostí na sociálních sítích a zvýšenou symptomatikou poruch příjmu potravy. Z výsledků analýz a porovnání *Modelu 1* a *Modelu 2* můžeme usuzovat, že přidání faktoru příjmu vztah mezi závislostí na sociálních sítích a poruchami příjmu potravy nijak významně neovlivnil.

V otázce limitů práce je podstatné jmenovat pravděpodobně ten nejpodstatnější, a tím je malý výzkumný soubor, který vznikl metodou nabalování, a znemožňuje tak generalizaci výsledků. Jednotlivé věkové skupiny nebyly ve výzkumném vzorku zastoupen adekvátně k populaci, což je možné brát jako další faktor znemožňující generalizaci výsledků. V úvodní části práce je zmíněno, že dotazník EDDS byl validován pro starší, konkrétně čtvrtou verzi *Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch* (1994). Ve čtvrté revizi se diagnostická kritéria pro bulimii nervosu a záchvatovité přejídání lišila od těch, které jsou v platnosti v současnosti. Je tedy otázkou, zda by při použití jiného diagnostického nástroje pro určení poruch příjmu potravy byly výsledky odlišné od těch prezentovaných v této bakalářské práci. Dotazník EDDS byl vybrán především kvůli tomu, že se jedná o krátký, zato ale komplexní diagnostický nástroj, který je vhodný pro distribuci mezi větší vzorek respondentů pro získání základního povědomí o prevalenci poruch příjmu potravy. Při použití jiného, více konvenčního nástroje by tak

bylo možné výsledky podepřít množstvím literatury či výzkumů, které by vysvětlovaly jeho výsledky. Dalším z limitů je využití sebe posuzovacích dotazníků (BSMAS či EDDS), kdy respondenti nemusí odpovídat zcela objektivně. To může být způsobeno například efektem sociální žádoucnosti, kdy lidé odpovídají tak, jak si myslí, že je sociálně žádoucí. Velikým limitem může být i ustanovení nevhodné zástupné proměnné. Jelikož sebehodnota je komplexní konstrukt, je možné, že nemusí být zcela adekvátně zachycena pouze skrze ekonomické faktory, kterým právě *příjem* je.

Jako nejpodstatnější přínos této práce lze označit výsledek analýz, které potvrzují vztah mezi nadužíváním sociálních sítí a zvýšené symptomatiky poruch příjmu potravy, a to u vzorku jedinců starších 18 let bez horní věkové hranice. Valná většina dosavadních výzkumů se zaměřovala na zkoumání tohoto vztahu u adolescentů, popř. měla nastavenou omezující horní věkovou hranici (často do 25 let). Dalším faktem, které by šlo označit jako přínos, je zjištění, že u takto malého vzorku respondentů zástupná proměnná *příjem* nemá vliv na změnu tohoto vztahu. *Příjem* jakožto zástupná proměnná pro *sebehodnotu* však může hrát roli v otázce závislosti na sociálních sítích. Analýza (viz hypotéza 3) ukázala, že zde může existovat jistý trend mezi těmito dvěma proměnnými, je však záhodno jej podrobit detailnějším průzkumu na podstatně větším vzorku.

Překvapivým příspěvkem může být i fakt, že vyšší prevalence poruch příjmu potravy byla nalezena u mužů a nikoliv u žen. Pro budoucí vývoj léčby těchto poruch je podstatné věnovat tomuto jevu zvýšenou pozornost a zaměřit se na jeho možné příčiny.

Závěr

Bakalářská práce byla zaměřena na ověření, zda existuje souvislost mezi excesivním užíváním sociálních sítí a rozvojem poruch příjmu potravy u jedinců starších 18 let. Předchozí studie na toto téma se zaměřovaly především na adolescenty, což je možno brát jako jeden z jejich limitů. Respondenty této bakalářské práce tedy tvořili jedinci starší 18 let, bez horní omezující věkové hranice.

V prvních čtyřech kapitolách byl utvořený teoretický rámec práce, byly zde představeny definice jednotlivých poruch příjmu potravy, zároveň zde byla definována problematika závislosti na sociálních sítích. V teoretické části byly představeny i dvě teoretické koncepty, konkrétně *Teorie sociálního srovnávání*, která se zaměřila na možné vysvětlení vzniku poruch příjmu potravy v kontextu užívání sociálních sítí, a *Kognitivní teorie poruch příjmu potravy*, která popisovala samotné mechanismy vzniku poruch příjmu potravy. V poslední páté kapitole pak byly představeny výsledky výzkumného šetření.

Z analýz jednotlivých hypotéz vyplývá, že ve vzorku respondentů skutečně existuje souvislost mezi excesivním užíváním sociálních sítí a rozvojem poruch příjmu potravy. Hypotéza o vyšší míře nadužívání sociálních sítí u žen byla taktéž potvrzena. Zajímavým aspektem této práce jsou však i hypotézy, které s potvrdit nepodařilo. Předpoklad, který byl autorkou považovaný za téměř jistý, tedy že významně vyšší prevalence poruch příjmu potravy bude mezi ženami, se i přes vyšší procentuální zastoupení žen ve vzorku ukázal jako mylný. Přes přetrvávající konsenzus ve společnosti, kdy je předkládáno, že vyšší prevalence poruch příjmu potravy se vyskytuje mezi ženami, dává toto zjištění prostor pro budoucí výzkum, který by se měl této problematice věnovat podrobněji. Podstatným zjištěním je i fakt, že *příjem* pravděpodobně nemusí být vhodně zvolenou zástupnou proměnnou pro *sebehodnotu*, byť je jejich pozitivní vztah popsán v mnoha výzkumech a literatuře. Celkem se ze šesti hypotéz podařilo potvrdit dvě. I přes to je však možné cíl práce vytyčený v *Úvodu* označit za splněný, neboť výsledky výzkumného šetření skutečně potvrdily, že mezi excesivním užíváním sociálních sítí a rozvojem poruch příjmu potravy existuje pozitivní vztah.

Přínosy bakalářské práce vyplývají jak z její teoretické, tak praktické části. V teoretické části je předkládáno komplexní vysvětlení kognitivní teorie poruch příjmu potravy, a to na základě důkladné rešerše existující cizojazyčné literatury. Z praktické části je bakalářská práce přínosem především na poli zkoumání poruch příjmu potravy a nadužívání sociálních sítí u jedinců starších 18 let. Z limitů práce je patrné, že budoucí

výzkum na tomto poli by se měl zaměřit na okolnosti vyšší prevalence poruch příjmu potravy u mužské populace a na faktor *příjmu*, který může v problematice PPP a nadužívání sociálních sítí hrát důležitou roli. Budoucí výzkumníci by též měli vzít v potaz, že je zapotřebí většího vzorku respondentů, než měla tato bakalářská práce.

Seznam použitých zdrojů

- ADISA, Dorcas. Everything you need to know about social media algorithms. In: Sprout social [online]. 2023 [cit. 2024-04-14]. Available from: <https://sproutsocial.com/insights/social-media-algorithms/>.
- AICHNER, Thomas, GRÜNFELDER, Matthias, MAURER, Oswin, JEGENI, Deni. Twenty-Five Years of Social Media: A Review of Social Media Applications and Definitions from 1994 to 2019 In: *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking* [online]. 2021, 24 (4), pp. 215-222 [cit. 2024-04-17]. ISSN 2152-2723. Available from <https://doi.org/10.1089/cyber.2020.0134>.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, Virginia: American Psychiatric Association, 2013. 970 s. ISBN 978-0-89042-555-8.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 1994. 886 s. ISBN 0-89042-062-9.
- BAHRAINIAN, S., ALIZADEH, K. H., RAEISOON, M. R., et al. Relationship of Internet addiction with self-esteem and depression in university students. In: *Journal of Preventive Medicine and Hygiene* [online]. 2014, 55 (3), pp. 86–9 [cit. 2024-04-18]. ISSN 2421-4248. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4718307/>.
- BAHRAINIAN, S., ALIZADEH, K. H., RAEISOON, M. R., et al. Relationship of Internet addiction with self-esteem and depression in university students. In: *Journal of Preventive Medicine and Hygiene* [online]. 2014, 55 (3), pp. 86–9 [cit. 2024-04-18]. ISSN 2421-4248. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4718307/>.
- BARAKAT, Sarah, et al. Risk factors for eating disorders: findings from a rapid review. In: *Journal of Eating Disorders* [online]. 2023, 11 (8), pp. 1-31 [cit. 2024-04-01]. ISSN 2050-2974. Available from: <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00717-4>.
- BLEIDORN, W., KRETZSCHMAR, A., HOPWOOD, Ch., et al. Self-Esteem and Income Over Time. In: *Psychological Science* [online]. 2023, 34 (10), pp. 1163-1172 [cit. 2024-04-18]. ISSN 1467-9280. Available from: <https://doi.org/10.1177/09567976231185129>.

- BLEIDORN, W., KRETZSCHMAR, A., HOPWOOD, Ch., et al. Self-Esteem and Income Over Time. In: *Psychological Science* [online]. 2023, **34** (10), pp. 1163-1172 [cit. 2024-04-18]. ISSN 1467-9280. Available from: <https://doi.org/10.1177/09567976231185129>.
- BOWIE, Elena. History of Bulimia nervosa. In: *Cross-cultural Issues in Mental Health* [online]. 2021 [cit. 2024-03-05]. Available from: <https://scholarblogs.emory.edu/ant331spring2021/2021/04/01/history-of-bulimia-nervosa/>.
- CALL, Ch., WALSH, B. T., ATTIA, E. From DSM–IV to DSM–V: Changes to eating disorder diagnoses. In: *Current Opinion in Psychiatry* [online]. 2013, **26** (6), pp. 532–536 [cit. 2024-19-04]. ISSN 1473-6578. Available from: <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e328365a321>.
- COLLINS ENGLISH DICTIONARY. PRO–ANA definition and meaning. *Collins English Dictionary* [online]. 2024a [cit. 2024-04-18]. Available from: <https://www.collinsdictionary.com/dictionary/english/pro-ana>.
- COLLINS ENGLISH DICTIONARY. PRO–MIA definition and meaning. *Collins English Dictionary* [online]. 2024b [cit. 2024-04-18]. Available from: <https://www.collinsdictionary.com/dictionary/english/pro-mia>.
- CORNIG, Alexandra F., KRUMM, Angela J., SMITHAM, Lora A. Differential Social Comparisons Processes in Women With and Without Eating Disorder Symptoms. In: *Journal of Counseling Psychology* [online]. 2006, **53** (3), pp. 338-349 [cit. 2024-04-12]. ISSN 1939-2168. Available from: <https://doi.org/10.1037/0022-0167.53.3.338>.
- CRUSIUS, Jan, CORCORAN, Katja and MUSSWEILER, Thomas. Social Comparison: Theory, Research and Applications. In: *Theories in Social Psychology*, 2nd edition [online]. Wiley: 2022, p. 165–187 [cit. 2024-04-14]. Available from: <https://doi.org/10.1002/9781394266616.ch7>.
- CULBERT, Kristen M., RACINE, Sarah E. and KLUMP, L. Kelly. Research Review: What we have learned about the causes of eating disorders – a synthesis of sociocultural, psychological, and biological research. In: *Journal of Child Psychology and Psychiatry* [online]. 2015, **56** (11), pp. 1141–1164 [cit. 2024-04-10]. ISSN 1469-7610. Available from: <https://doi.org/10.1111/jcpp.12441>.

- ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. Průměrné mzdy - 4. čtvrtletí 2023. *Český statistický úřad* [online]. Praha: ČSÚ, 2023 [cit. 2024-04-21]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/cri/prumerne-mzdy-4-ctvrtleti-2023>.
- ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. Věková struktura. *Český statistický úřad* [online]. Praha: ČSÚ, 2021 [cit. 2024-04-21]. Dostupné z: <https://scitani.gov.cz/vekova-struktura#skupina-57136>.
- ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. Výběrové šetření o využívání informačních a komunikačních technologií v domácnostech a mezi jednotlivci (VŠIT). *Český statistický úřad* [online]. Praha: Český statistický úřad, 2024 [cit. 2024-04-10]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/vyказы/vyberove_setreni_o_informacnich_a_komunika_cnich_tehnologiich_v_domacnostech_a_jejich_vyuzivani_jednotlivci.
- DANE, Alexandra and BHATIA, Komal. The social media diet: A scoping review to investigate the association between social media, body image and eating disorders amongst young people. In: *PLOS Global Public Health* [online]. 2023, 3 (3) [cit. 2024-03-29]. ISSN 2767-3375. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0001091>.
- DELL'OSSO, Liliana, ABELLI, Marianna, CARPITA, Barbara, et al. Historical evolution of the concept of anorexia nervosa and relationships with orthorexia nervosa, autism, and obsessive-compulsive spectrum. In: *Neuropsychiatric Disease and Treatment* [online]. 2016, vol. 12, pp. 1651-60 [cit. 2024-03-05]. ISSN 1178-2021. Available from: doi: 10.2147/NDT.S108912.
- EDUSELF.SK. Slovníky slovenského jazyka online. *Eduself.sk* [online]. 2024 [cit. 2024-04-18]. Dostupné z: <https://www.eduself.sk/slovník/slovo/bot>.
- FAIRBURN, Christopher G. and COOPER, Zafra. Eating disorders, DSM–5 and clinical reality. In: *The British Journal of Psychiatry* [online]. 2011, 198 (1), pp. 8–10 [cit. 2024-03-05]. ISSN 1472-1465. Available from: doi:10.1192/bjp.bp.110.083881.
- FALTUS, František. Historie poruch příjmu potravy. In: PAPEŽOVÁ, Hana, ed. *Anorexie, bulimie a psychogenní přejídání: Interdisciplinární a transdiagnostický pohled*. Praha: Mladá fronta, 2018. 607 s. ISBN 978-80-204-4904-7.
- GERBER, J. P., WHEELER, L., SULS, J. A social comparison theory meta-analysis 60+ years on. In: *Psychological Bulletin* [online]. 2018, 144 (2), pp. 177–197 [cit. 2024-03-07]. ISSN 1939-1455. Available from: <https://doi.org/10.1037/bul0000127>.

- GERRARD, Ysabel. Beyond the hashtag: Circumventing content moderation on social media. In: *New Media & Society* [online]. 2018, 20 (12), pp. 4492-4511. ISSN 1461-7315. Available from: <https://doi.org/10.1177/1461444818776611>.
- GOODMAN, A. Addiction: definition and implications. In: *British Journal of Addiction* [online]. 1990, 85 (11), pp. 1385–1543 [cit. 2024-03-09]. ISSN 1360-0443. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1990.tb01620.x>.
- HAMEL, A., ZAITSOFF, S., TAYLOR, A., et al. Body–Related Social Comparison and Disordered Eating among Adolescent Females with an Eating Disorder, Depressive Disorder and Healthy Controls. In: *Nutrients* [online]. 2012, 4 (9), pp. 1260–1272 [cit. 2024-03-15]. ISSN 2072-6643. Available from: <https://doi:10.3390/nu4091260>.
- HARRIGER, J. A., EVANS, A. J., THOMPSON K. J., TYLKA T. L. The dangers of the rabbit hole: Reflections on social media as a portal into a distorted world of edited bodies and eating disorder risk and the role of algorithms. In: *Body Image* [online]. 2022, vol. 41, pp. 292–297 [cit. 2024-03-05]. ISSN 1740-1445. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2022.03.007>.
- HE, Z., LI, M., LIU, CH., MA, X. Common Predictive Factors of Social Media Addiction and Eating Disorder Symptoms in Female College Students: State Anxiety and the Mediating Role of Cognitive Flexibility/Sustained Attention. In: *Frontiers in Psychology* [online]. 2022, vol. 12. [cit. 2024-03-30]. ISSN 1664-1078. Available from: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.647126>.
- HORÁKOVÁ, Lucie. *Analýza mediace v sociologii*. Praha, 2017. 63 s. Diplomová práce. Univerzita Karlova. Fakulta sociálních věd. Vedoucí práce Jen Hendl.
- CHANCELLOR, S., LIN, Z., DE CHOUDHURY, M. „This Post Will Just Get Taken Down“: Characterizing Removed Pro-Eating Disorder Social Media Content. In: *CHI '16: CHI Conference on Human Factors in Computing Systems* [online]. New York: Association for Computing Machinery, 2016, pp. 1157-1162 [cit. 2024-04-15]. Available from: <https://dl.acm.org/doi/proceedings/10.1145/2858036>.
- INFLUENCE INSIDER. TikTok Career: Content Moderator Role Explained. *Influence insider* [online]. 2024 [cit. 2024-04-18]. Available from: <https://influence-insider.com/tiktok-career-content-moderator-role-explained/>.
- INTERNETEM BEZPEČNĚ. Netolismus. *Internetem bezpečně* [online]. Karlovy Vary: you connected, z.s., 2018 [cit. 2024-04-10]. Dostupné z:

<https://www.internetembezpecne.cz/internetem-bezpecne/dobrevedet/netolismus/>.

- KIRCABURUN, K. Self-Esteem, Daily Internet Use and Social Media Addiction as Predictors of Depression among Turkish Adolescents. In: *Journal of Education and Practice* [online]. 2016, 7 (24) [cit. 2024-04-21]. ISSN 2222-288X. Available from: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ1112856.pdf>.
- KLEEMANS, M., DAALMANS, S., CARBAAT, I., ANSCHÜTZ, D. Picture Perfect: The Direct Effect of Manipulated Instagram Photos on Body Image in Adolescent Girls. In: *Media Psychology* [online]. 2018, 21 (1), pp. 93–110 [cit. 2024-03-05]. ISSN 1532-785X. Available from: <https://doi.org/10.1080/15213269.2016.1257392>.
- KOUTEK, Jiří a KOCOURKOVÁ, Jana. Poruchy příjmu potravy – spolupráce psychiatra s pediatrem a gynekologem. *Pediatric pro praxi* [online]. 2014, 15 (4), s. 213–215 [cit. 2024-03-05]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2014/04/08.pdf>.
- KRAUSS, S., DAPP, L. C., ORTH, U. The Link Between Low Self-Esteem and Eating Disorders: A Meta-Analysis of Longitudinal Studies. In: *Clinical Psychological Science* [online]. 2023, 11 (6), pp. 1141–1158 [cit. 2024-04-21]. ISSN 2167-7034. Available from: <https://doi.org/10.1177/21677026221144255>.
- KRCH, František David. Poruchy příjmu potravy – rizikové faktory. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2004, 1, s. 14-16 [cit. 2024-03-22]. ISSN 1803-5272. Dostupné z: <https://solen.cz/pdfs/psy/2004/01/04.pdf>.
- KRCH, František David. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada, 1999, 2005. 256 s. ISBN 80-247-0840-X.
- MACKENBACH, J. P., MARTIKAINEN, P., LOOMAN, C. W. N., et al. The shape of the relationship between income and self-assessed health: an international study. In: *International Journal of Epidemiology* [online]. 2005, 34 (2), pp. 286–293 [cit. 2024-04-18]. ISSN 1464-3685. Available from: <https://doi.org/10.1093/ije/dyh338>.
- MACKENBACH, J. P., MARTIKAINEN, P., LOOMAN, C. W. N., et al. The shape of the relationship between income and self-assessed health: an international study. In: *International Journal of Epidemiology* [online]. 2005, 34 (2), pp. 286–293 [cit. 2024-04-18]. ISSN 1464-3685. Available from: <https://doi.org/10.1093/ije/dyh338>.

- MANNING, Jimmie. Social media, definition and classes of. In: HARVEY, Kerry, ed. Encyclopedia of social media and politics. Thousand Oaks, CA: Sage, 2014, pp. 1158-1162 [cit. 2024-03-22]. ISBN 9781483389004.
- MARLATT, A. G., BAER, J. S. Addictive behaviors: etiology and treatment. In: *Annual Review of Psychology* [online]. 1988, vol. 39, pp. 223–52 [cit. 2024-03-22]. ISSN 1545-2085. Available from: <https://doi.org/10.1146/annurev.ps.39.020188.001255>.
- MAXDORF. Velký lékařský slovník. *Slovníky.cz* [online]. Praha: Maxdorf s.r.o., 2024 [cit. 2024-04-18]. Dostupné z: <https://lekarske.slovníky.cz/pojem/subklinicky>.
- MEDICAL TRIBUNE. Poruch příjmu potravy přibylo. *Medical Tribune* [online]. Praha: Medical Tribune, 2022 [cit. 2024-04-20]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/medicina/poruch-prijmu-potravy-pribylo/>.
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR a ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. Druhy a formy zdravotní péče. Národní zdravotnický informační portál [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2024 [cit. 02.04.2024]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz>.
- MUSHTAQ, T., ASHRAF, S., HAMEED, H., et al. Prevalence of Eating Disorders and Their Association with Social Media Addiction among Youths. In: *Nutrients* [online]. 2023, **15** (21) [cit. 2024-03-22]. ISSN 2072-6643. Available from: <https://doi.org/10.3390/nu15214687>.
- NATIONAL EATING DISORDERS COLLABORATION. Eating disorders. Risk & protective factors. National Eating Disorders Collaboration [online]. Australia: Australian Government Department of Health and Aged Care, 2024 [cit. 2024-01-04]. Dostupné z: <https://nedc.com.au/eating-disorders/eating-disorders-explained/risk-and-protective-factors>.
- NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE. Medical encyclopedia. Bulimia. National Library of Medicine [online]. Maryland: National Institutes of Health, 2022 [cit. 2024-01-04]. Dostupné z: <https://medlineplus.gov/ency/article/000341.htm>.
- NĚMEČKOVÁ, Pavla. Poruchy příjmu potravy. *Medicína Pro Praxi* [online]. 2011, **8** (11), s. 459–462 [cit. 2024-03-05]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2011/11/04.pdf>.
- NOVOTNÁ, Hedvika a ŠŤOVÍČKOVÁ JANTULOVÁ. Rozvaha výzkumného projektu. In: NOVOTNÁ, Hedvika, ŠPAČEK, Ondřej a ŠŤOVÍČKOVÁ JANTULOVÁ,

- Magdaléna, eds. *Metody výzkumu ve společenských vědách*. Praha: Univerzita Karlova, 2019, s. 117. ISBN 978-80-7571-025-3.
- NUTTY HISTORY. What eating disorders were like. In: Youtube [online video]. 4. 11. 2023 [cit. 2023-12-12]. Dostupné z: <https://www.youtube.com/watch?v=0LH6jYjw9dE&t=453s>.
- O'BRIAN, Clodagh. How Do Social Media Algorithms Work? In: Digital Marketing Institute [online]. 2023 [cit. 2024-04-14]. Available from: <https://digitalmarketinginstitute.com/blog/how-do-social-media-algorithms-work>.
- PAPEŽOVÁ, Hana. [Příbylo anorexie i přejídání. Po pandemii se ukázaly extrémní, říká lékařka] [rozhovor]. Praha, 16. 4. 2023.
- PAPEŽOVÁ, Hana. Anorexie, bulimie a psychogenní přejídání: Interdisciplinární a transdiagnostický pohled. Praha: Mladá fronta, 2018. 607 s. ISBN 978-80-204-4904-7.
- PAVLOVÁ, Barbara, Rudolf UHER, Eva DRAGOMIRECKÁ a Hana PAPEŽOVÁ. Trends in hospital admissions for eating disorders in a country undergoing a socio-cultural transition, the Czech Republic 1981–2005. In: *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* [online]. 2009, 45 (5), s. 541–550 [cit. 2024-03-22]. ISSN 1433-9285. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0092-7>.
- PELC, A., WINIARSKA, M., POLAK–SZCZYBYŁO, E., et al. Low Self-Esteem and Life Satisfaction as a Significant Risk Factor for Eating Disorders among Adolescents. In: *Nutrients* [online]. 2023, 15 (7) [cit. 2024-04-20]. ISSN 2072-6643. Available from: <https://doi.org/10.3390/nu15071603>.
- PELC, A., WINIARSKA, M., POLAK–SZCZYBYŁO, E., et al. Low Self-Esteem and Life Satisfaction as a Significant Risk Factor for Eating Disorders among Adolescents. In: *Nutrients* [online]. 2023, 15 (7) [cit. 2024-04-20]. ISSN 2072-6643. Available from: <https://doi.org/10.3390/nu15071603>.
- PIETRANGELO, Ann. The Long-Term Effects of Bulimia on the body. In: Healthline [online]. 2019 [cit. 2024-03-05]. Available from: <https://www.healthline.com/health/bulimia/effects-on-body#Digestive-system>.
- PRICHARD, I., KAVANAGH, E., MULGREW, K. et al. The effect of Instagram #fitspiration images on young women's mood, body image, and exercise behaviour. In: *Body Image* [online]. 2020, vol. 33, pp. 1–6 [cit. 2024-03-22]. ISSN 1740-1445. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2020.02.002>.

- PROCHÁZKOVÁ, Lenka a Jana SLADKÁ ŠEVČÍKOVÁ. Poruchy příjmu potravy: odpovědi na otázky, na které jste se báli zeptat. Libčice nad Vltavou: Pasparta, 2017. 100 s. ISBN 978-80-88163-46-6.
- SHEWALE, Rohit. Facebook Statistics. In: Demandsage [online]. 2024 [cit. 2024-04-14]. Available from: <https://www.demandsage.com/facebook-statistics/>.
- SILVERSTONE, P. H. Is chronic low self-esteem the cause of eating disorders? In: *Medical Hypotheses* [online]. 1992, **39** (4), pp. 311–5 [cit. 2024-04-18]. ISSN 1532-2777. Available from: [https://doi.org/10.1016/0306-9877\(92\)90054-g](https://doi.org/10.1016/0306-9877(92)90054-g).
- SILVERSTONE, P. H. Is chronic low self-esteem the cause of eating disorders? In: *Medical Hypotheses* [online]. 1992, **39** (4), pp. 311–5 [cit. 2024-04-18]. ISSN 1532-2777. Available from: [https://doi.org/10.1016/0306-9877\(92\)90054-g](https://doi.org/10.1016/0306-9877(92)90054-g).
- STĂNCULESCU, E. The Bergen Social Media Addiction Scale Validity in a Romanian Sample Using Item Response Theory and Network Analysis. In: *International Journal of Mental Health and Addiction* [online]. 2022, **21** (1) [cit. 2024-04-19]. ISSN 1557-1882. Available from: <https://doi.org/10.1007/s11469-021-00732-7>.
- STATISTA. Daily usage of social media platforms in Czechia from 2017 to 2022 (in minutes). In: *Statista* [online]. 2024a [cit. 2024-04-14]. Available from: <https://www.statista.com/statistics/1281411/czechia-daily-usage-of-social-media-platforms/>.
- STATISTA. Distribution of Instagram users in Czechia as of January 2024, by age group. In: *Statista* [online]. 2024b [cit. 2024-04-14]. Available from: <https://www.statista.com/statistics/1024558/instagram-users-czechia/>.
- STATISTA. Facebook users in Czechia from September 2018 to January 2024. In: *Statista* [online]. 2024d [cit. 2024-04-14]. Available from: <https://www.statista.com/statistics/1029731/facebook-users-czechia/>.
- STATISTA. Share of TikTok users in Czechia as of May 2022, by gender. In: *Statista* [online]. 2024c [cit. 2024-04-14]. Available from: <https://www.statista.com/statistics/1284436/czechia-tiktok-users-by-gender/>.
- STEMMARK. Encyklopedie: Instrumentální proměnná. *Stemmark* [online]. Praha: Stemmark, 2024 [cit. 2024-04-20]. Dostupné z: <https://stemmark.cz/encyklopedie-instrumentalni-promenna/>.
- STEMMARK. Encyklopedie: Instrumentální proměnná. *Stemmark* [online]. Praha: Stemmark, 2024 [cit. 2024-04-20]. Dostupné z: <https://stemmark.cz/encyklopedie-instrumentalni-promenna/>.

- SUSSMAN, A., SUSSMAN, S. Considering the Definition of Addiction. In: *International Journal of Environmental Research and Public Health* [online]. 2011, **8** (10), pp. 4025–4038 [cit. 2024-03-20]. ISSN 1660-4601. Available from: <https://doi.org/10.3390/ijerph8104025>.
- ŠPAČEK, Ondřej. Kvantitativní strategie výzkumu. In: NOVOTNÁ, Hedvika, ŠPAČEK, Ondřej a ŠŤOVÍČKOVÁ JANTULOVÁ, Magdaléna, eds. *Metody výzkumu ve společenských vědách*. Praha: Univerzita Karlova, 2019, s. 117. ISBN 978-80-7571-025-3.
- ŠPAČEK, Ondřej. Kvantitativní strategie výzkumu. In: NOVOTNÁ, Hedvika, ŠPAČEK, Ondřej a ŠŤOVÍČKOVÁ JANTULOVÁ, Magdaléna, eds. *Metody výzkumu ve společenských vědách*. Praha: Univerzita Karlova, 2019, s. 121. ISBN 978-80-7571-025-3.
- THE WALL STREET JOURNAL. Inside TikTok's Algorithm: A WSJ Video Investigation. *The Wall Street Journal* [online]. 2021 [cit. 2024-04-14]. Available from: <https://www.wsj.com/articles/tiktok-algorithm-video-investigation-11626877477>.
- THOMAS, Monique. Where Does Gen Z Spend Most of Their Time Online? In: Later [online]. 2024 [cit. 2024-04-14]. Available from: <https://later.com/blog/gen-z-social-media-usage/>.
- TIGGEMANN, M., HAYDEN, S., BROWN, Z., VELDHUIS, J. The effects of instagram „likes“ on women's social comparison and body dissatisfaction. In: *Body Image* [online]. 2018, vol. 26, pp. 90–97 [cit. 2024-03-27]. ISSN 1740-1445. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2018.07.002>.
- TONG, E. M. W., REDDISH, P., OH, V. Y. S., et al. Income robustly predicts self-regard emotions. In: *Emotion* [online]. 2022, **22** (7), pp. 1670–1685 [cit. 2024-04-18]. ISSN 1931-1516. Available from: <https://doi.org/10.1037/emo0000933>.
- TONG, E. M. W., REDDISH, P., OH, V. Y. S., et al. Income robustly predicts self-regard emotions. In: *Emotion* [online]. 2022, **22** (7), pp. 1670–1685 [cit. 2024-04-18]. ISSN 1931-1516. Available from: <https://doi.org/10.1037/emo0000933>.
- ÚZIS ČR. Péče o pacienty s poruchami příjmu potravy v ČR v letech 2011-2017: Aktuální informace č. 8/2018 [online]. Praha: 2018. 12 s. [cit. 2024-03-30]. Dostupné z: https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/ai_2018_08_poruchy_prijmu_potravy_2011az2017.pdf.

- VANZHULA, I., CALEBS, B., FEWELL, L. and LEVINSON, A. Cheri. Illness Pathways between eating disorder and post traumatic stress disorder symptoms: Understanding Comorbidity with network analysis. In: *European Eating Disorders Review* [online]. 2019, 27 (2), pp. 147–160 [cit. 2024-03-28]. ISSN 1099-0968. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6361526/>.
- VARIATION. Shapiro–Wilks Normality Test. *Variation* [online] [cit. 2024-04-27]. Available from: https://variation.com/wp-content/distribution_analyzer_help/hs141.htm.
- WILLIAMSON, Donald A., MULLER, Stephanie L., REAS, Deborah L., THAW, Jean M. Cognitive Bias in Eating Disorders: Implications for Theory and Treatment. In: *Behavior Modification* [online]. 1999, 23 (4), pp. 556-577 [cit. 2024-03-24]. ISSN 1552-4167. Available from: <https://doi.org/10.1177/0145445599234003>.
- WILLIAMSON, Donald A., WHITE, Marney A., YORK-CROVE, Emily, STEWART, Tiffany M. Cognitive-Behavioral Theories of Eating Disorders. In: *Behavior Modification* [online]. 2004, 28 (6), pp. 711-738 [cit. 2024-03-25]. ISSN 1552-4167. Available from: <https://doi.org/10.1177/0145445503259853>.
- WOODWARD, Matthew. TikTok user statistic 2024: Everything you need to know. In: *Search Logistics* [online]. 2024 [cit. 2024-04-14]. Available from: <https://www.searchlogistics.com/learn/statistics/tiktok-user-statistics/>.
- YURTDAS–DEPBOYLU, G., KANER, G., ÖZÇAKAL, S. The association between social media addiction and orthorexia nervosa, eating attitudes, and body image among adolescents. In: *Eating and Weight Disorders–Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity* [online]. 2022, 27, pp. 3725–3735 [cit. 2024-03-23]. ISSN 1590-1262. Available from: <https://doi.org/10.1007/s40519-022-01521-4>.
- ZDRAVÁ GENERACE. Sociální síť a gaming. *Zdravá generace* [online]. Olomouc: Zdravá generace, 2024 [cit. 2024-04-14]. Dostupné z: <https://zdravagenerace.cz/reporty/socialni-site-a-gaming/>.

Seznam objektů

Graf 1: Případy hospitalizace v psychiatrických lůžkových zařízeních	23
Graf 2: Případy léčby v ambulantních zdravotnických zařízeních	24
Graf 3: Rozdělení respondentů dle pohlaví	49
Obrázek 1: Vztahy mezi proměnnými	43
Obrázek 2: Histogram hodnot BSMAS u obou pohlaví pro H2	53
Obrázek 3: Histogram a hustota rozložení příznaků PPP u obou pohlaví	56
Tabulka 1: Informace o věku respondentů	48
Tabulka 2: Počty respondentů dle socioekonomických statusů	49
Tabulka 3: Výše příjmu u respondentů	50
Tabulka 4: Rodinný stav respondentů	50
Tabulka 5: Vzdělání respondentů	51
Tabulka 6: Shapiro–Wilkův test pro H1	51
Tabulka 7: Korelační koeficient BSMAS a EDDS pro H1	52
Tabulka 8: Deskriptivní statistika BSMAS pro H2	52
Tabulka 9: Shapiro–Wilkův test pro H2	53
Tabulka 10: Mann-Whitney U test pro H2	53
Tabulka 11: BSMAS u jednotlivých úrovní příjmu pro H3	54
Tabulka 12: Shapiro–Wilkův test pro BSMAS u jednotlivých úrovní příjmu u H3	55
Tabulka 13: Kruskal-Wallisův test pro H3	55
Tabulka 14: Shapiro–Wilkův test pro H4	56
Tabulka 15: Welchův test pro H4	56
Tabulka 16: Shapiro–Wilkův test pro H5	57
Tabulka 17: Skóre dotazníku EDDS u obou pohlaví pro H5	57
Tabulka 18: Porovnání žen a mužů pomocí Mann-Whitney U testu pro H5	57
Tabulka 19: Model 1 - EDDS_SUM pro H6	58
Tabulka 20: Model 2 - EDDS, BSMAS a příjem pro H6	59
Tabulka 21: Míra přizpůsobení modelů pro H6	59
Tabulka 22: Porovnání modelů pro H6	60
Tabulka 23: Přehled přijatých a nepřijatých alternativních hypotéz	60

Seznam příloh

Příloha A: Hypotézy z Festingerovy teorie sociálního srovnávání

Příloha B: Souhlas autora s použitím EDDS škály

Příloha C: Znění dotazníku Eating Disorder Diagnostic Scale v češtině

Příloha D: Znění dotazníku Eating Disorder Diagnostic Scale v angličtině

Příloha E: Znění dotazníku Bergen Social Media Addiction Scale (BSMAS)

Příloha F: Úvodní text dotazníku a souhlas s účastí na výzkumu

Přílohy

Příloha A Hypotézy z Festingerovy „Teorie sociálního srovnávání“

Hypotéza I: V lidském organismu existuje snaha hodnotit své názory a schopnosti.

Hypotéza II: Pokud nejsou k dispozici objektivní a nesociální prostředky, lidé hodnotí své názory a schopnosti srovnáváním s názory a schopnostmi ostatních.

Hypotéza III: Tendence srovnávat sebe sama s jinou konkrétní osobou klesá, jakmile se zvětšuje rozdíl mezi jejím/jeho názorem nebo schopnostmi a těmi našimi.

Hypotéza IV: V případě schopností existuje jednoznačná tendence k jejich zlepšování, přičemž u názorů tato tendence většinou chybí.

Hypotéza V: Existují nesociální omezení, které činí změnu schopností obtížnou nebo dokonce nemožnou. Tato nesociální omezení většinou neplatí pro názory.

Hypotéza VI: Ukončení srovnávání s jinými osobami je doprovázeno nepřátelstvím nebo znevažováním do té míry, že další srovnávání s těmito osobami má nepříjemné důsledky.







Hypotéza VII: Jakékoliv faktory, které zvyšují význam určité skupiny jako srovnávací skupiny z hlediska konkrétního názoru nebo schopnosti budou zvyšovat tlak na konformitu týkající se této schopnosti nebo názoru.

Hypotéza VIII: Pokud jsou jedinci, jejichž názory či schopnosti se výrazně liší od vlastních, vnímáni jako odlišní v atributech, které jsou s těmito rozdíly v souladu, tendence zužovat rozsah toho, co je považováno za slučitelné, se zesiluje.

Hypotéza IX: Pokud ve skupině existuje řada názorů nebo schopností, relativní síla projevů tlaku směrem k jednotnosti bude různá pro ty, kteří jsou blízko středu skupiny oproti těm, kteří jsou od středu vzdálenější. Ti, kteří jsou blíže středu, budou mít silnější tendenci měnit postoje ostatních, slabší tendenci zužovat rozsah srovnávání, a ještě slabší tendenci měnit své názory.



Příloha B *Souhlas autora s použitím EDDS škály*



Use of Eating Disorder Diagnostic Scale



EP Eric Stice PhD <estice@stanford.edu>      

Komu: Zilvarová Eliška So 11.03.2023 0:50

Kopie: Novák Lukáš 3

 Eating Dis Diag Scale II 24 kB 

 EDDSCode.doc 26 kB 

Počet příloh: 2 (50 kB)  Uložit všechno na OneDrive – Univerzita Hradec Králové  Stáhnout všechny

Hi Eliska,

We always share any measure we have developed with others - so you are welcome to translate it and use it. We have versions in a few languages, but unfortunately, not Czech. It would be nice if you can share the final translated version so I can share with others if someone happens to ask for a version in Czech. I am attaching the original scale, rather than the DSM-5, mostly because we validated the original one, but not the DSM-5 one yet.

Best wishes -Eric

EATING SCREEN

Prosím, pečlivě vyplňte všechny otázky.

<u>Během posledních 3 měsíců...</u>	Vůbec	Málo	Středně	Velmi			
1. Cítil/a jste se někdy tlustý/á?	0	1	2	3	4	5	6
2. Měl/a jste někdy reálný strach z toho, že byste mohl/a přibrat nebo se stát tlustým/ou?	0	1	2	3	4	5	6
3. Ovlivnila vaše váha způsob, jakým smýšlíte o sobě jako o člověku?	0	1	2	3	4	5	6
4. Ovlivnil tvar vašeho těla způsob, jakým o sobě smýšlíte jako o člověku?	0	1	2	3	4	5	6

5. Stalo se vám během posledních **6 měsíců**, že jste měli pocit, že jste snědli takové množství jídla, které by ostatní vzhledem k okolnostem považovali za nepřiměřené (například čtvrt litru zmrzliny)?

ANO – NE

6. Během období, kdy jste snědli nezvykle velké porce jídla, měli jste pocit ztráty kontroly (cítili jste, že nemůžete přestat jíst, nebo nejste schopni ovládnout co jíte a kolik toho jíte)?

ANO – NE

7. Kolik **dní týdně** jste průměrně během **posledních 6 měsíců** snědli nezvykle velké množství jídla a zažívali ztrátu kontroly? 0 1 2 3 4 5 6 7

8. **Kolikrát týdně** jste průměrně během **posledních 3 měsíců** snědli nezvykle velké množství jídla a zažívali ztrátu kontroly?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14

Během těchto epizod přejídání a ztráty kontroly jste...

9. Jedli mnohem rychleji než obvykle? ANO – NE

10. Jedli, dokud jste se necítili nepříjemně plní? ANO – NE

11. Jedli velké množství jídla i když jste se necítili fyzicky hladoví? ANO – NE

12. Jedli o samotě, protože jste se styděli za to, kolik toho sníte? ANO – NE

13. Cítili znechucení sami sebou, v depresi anebo provinile po epizodě přejídání?
ANO – NE

14. Cítili velice rozrušení kvůli neovladatelnému přejídání nebo následnému přibírání na váze? ANO – NE

15. **Kolikrát týdně** jste si v průměru během **posledních 3 měsíců** sami vyvolali zvracení, abyste zabránili přibírání na váze, nebo abyste potlačili výkrmné účinky jídla?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14

16. **Kolikrát týdně** jste v průměru během **posledních 3 měsíců** použili laxativa nebo diuretika, abyste zabránili přibírání na váze, nebo abyste potlačili výkrmné účinky jídla?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14

17. **Kolikrát týdně** jste v průměru během **posledních 3 měsíců** schválně hladověli (vynechali záměrně alespoň 2 po sobě jdoucí jídla), abyste zabránili přibírání na váze nebo byste potlačili výkrmné účinky jídla?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14

18. **Kolikrát týdně** jste se v průměru během **posledních 3 měsíců** věnovali fyzické aktivitě primárně pro to, abyste vyvážili následky epizod přejídání?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14

19. Kolik vážíte? Pokud si nejste jisti, uveďte prosím svůj nejpřesnější odhad.kg.

20. Kolik měříte?m.cm.

21. Kolik menstruačních cyklů jste během posledních **3 měsíců** vynechali?

0 1 2 3 n/a

22. Užívali jste během posledních **3 měsíců** antikoncepční pilulky? ANO – NE

COPYRIGHT BY ERIC STICE AND CHRISTY TELCH

EATING SCREEN

Příloha D *Znění dotazníku Eating Disorder Diagnostic Scale v angličtině*

EATING SCREEN

Please carefully complete all questions.

Over the <u>past 3 months</u>...	Not at all	Slightly	Moderately	Extremely			
1. Have you felt fat?	0	1	2	3	4	5	6
2. Have you had a definite fear that you might gain weight or become fat?	0	1	2	3	4	5	6
3. Has your weight influenced how you think about (judge) yourself as a person?	0	1	2	3	4	5	6
4. Has your shape influenced how you think about (judge) yourself as a person?	0	1	2	3	4	5	6

5. During the past **6 months** have there been times when you felt you have eaten what other people would regard as an unusually large amount of food (e.g., a quart of ice cream) given the circumstances?

YES.....NO

6. During the times when you ate an unusually large amount of food, did you experience a loss of control (feel you couldn't stop eating or control what or how much you were eating)?

YES.....NO

7. How many **DAYS per week** on average over the **past 6 MONTHS** have you eaten an unusually large amount of food and experienced a loss of control? 0 1 2 3 4 5 6 7

8. How many **TIMES per week** on average over the **past 3 MONTHS** have you eaten an unusually large amount of food and experienced a loss of control?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14

During these episodes of overeating and loss of control did you...

9. Eat much more rapidly than normal? YES.....NO

10. Eat until you felt uncomfortably full? YES.....NO

11. Eat large amounts of food when you didn't feel physically hungry? YES.....NO

12. Eat alone because you were embarrassed by how much you were eating? YES.....NO

13. Feel disgusted with yourself, depressed, or very guilty after overeating? YES.....NO

14. Feel very upset about your uncontrollable overeating or resulting weight gain?
YES.....NO

15. How many **times per week** on average over the past **3 months** have you made yourself vomit to prevent weight gain or counteract the effects of eating?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14

16. How many **times per week** on average over the past **3 months** have you used laxatives or diuretics to prevent weight gain or counteract the effects of eating?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14

17. How many **times per week** on average over the past **3 months** have you fasted (skipped at least 2 meals in a row) to prevent weight gain or counteract the effects of eating?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14

18. How many **times per week** on average over the past **3 months** have you engaged in excessive exercise specifically to counteract the effects of overeating episodes?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14

19. How much do you weigh? If uncertain, please give your best estimate. lbs.

20. How tall are you?ft.in.

21. Over the past **3 months**, how many menstrual periods have you **missed**?

0 1 2 3 n/a

22. Have you been taking birth control pills during the past **3 months**? YES.....NO

COPYRIGHT BY ERIC STICE AND CHRISTY TELCH

Příloha E *Znění dotazníku Bergen Social Media Addiction Scale (BSMAS)*

Instrukce: Níže naleznete otázky týkající se vašeho vztahu k sociálním médiím a k jejich používání (Facebook, Twitter, Instagram atd.). Z nabízených odpovědí vyberte tu, která vás nejlépe vystihuje.

Jak často jste během minulého roku...

1. Strávil/a jste hodně času přemýšlením o sociálních médiích nebo jste plánoval/a je použít?
 - Velmi zřídka
 - Zřídka
 - Občas
 - Často
 - Velmi často
2. Cítil/a jste nutkání používat sociální média stále víc?
 - Velmi zřídka
 - Zřídka
 - Občas
 - Často
 - Velmi často
3. Používal/a jste sociální média, abyste zapomněl/a na své osobní problémy?
 - Velmi zřídka
 - Zřídka
 - Občas
 - Často
 - Velmi často
4. Snažil/a jste se neúspěšně omezit používání sociálních médií?
 - Velmi zřídka
 - Zřídka
 - Občas
 - Často
 - Velmi často

5. Začal/a jste být neklidný/a nebo znepokojený/a, pokud jste nemohl/a použít sociální média?
- Velmi zřídka
 - Zřídka
 - Občas
 - Často
 - Velmi často
6. Používal/a jste sociální média natolik, že to mělo negativní dopad na vaši práci nebo studium?
- Velmi zřídka
 - Zřídka
 - Občas
 - Často
 - Velmi často

Příloha F *Úvodní text dotazníku a souhlas s účastí na výzkumu*

Vážená paní, vážený pane, dovoluujeme si Vás požádat o účast na sběru, jehož účelem je získat kvalitní data studentům pro psaní jejich diplomových prací. Rádi bychom Vás tedy poprosili o vyplnění dotazníků, jejichž vyplnění trvá dohromady přibližně 30 minut. Po ukončení dotazníku se můžete seznámit se svými výsledky (dotazníky, u kterých je k dispozici porovnání s jinými sběry a/nebo ostatními respondenty). Výzkum je anonymní, nikde neuvádějte své jméno! Vaše účast na výzkumu je zcela dobrovolná. Je zcela na Vás, zda se rozhodnete zúčastnit se nebo ne. Výsledky výzkumu budou zpracovány studenty v jejich diplomových pracích, které zůstávají uloženy v databázi univerzity a jsou veřejně přístupné. V předložených dotaznících budeme shromažďovat informace o základních demografických údajích a vašich hodnotových a postojeových stanoviscích. Zpracování všech údajů proběhne podle pravidel EU o ochraně osobních dat (nařízením Evropského parlamentu a Rady EU 2016/679 ze dne 27. dubna 2016). Vaše odpovědi spolu s odpověďmi ostatních respondentů budou prezentovány jako souhrn výsledků, které mohou být zveřejněny v diplomových pracích studentů. V případě otázek k výzkumu nás můžete kontaktovat: kristyna.zivna@oushi.upol.cz.

Účel výzkumu

V následujících bodech máme povinnost Vás informovat o zpracování osobních údajů shromážděných od vás za účelem výzkumu v souladu s GDPR (General Data Protection Regulation), jmenovitě pak čl. 13: Veškerá práva a povinnosti při zpracování osobních údajů se řídí nařízením Evropského parlamentu a Rady EU 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů. Studie představuje vyplnění online dotazníku. V rámci vytvořené platformy hostované na serverech Univerzity Palackého v Olomouci vytváříme a zpracováváme tento online dotazník-Protokoly serveru: IP adresa návštěvníka platformy, čas a cíl návštěvy webové stránky, zda byl úspěšný, množství přenesených dat, použitý prohlížeč a operační systém, ze kterého webu byl přístup proveden. Protokoly serverů jsou k dispozici pouze administrátorovi platformy, nikoli však výzkumným pracovníkům Institutu sociálního zdraví při UP. Toto zpracování údajů probíhá podle pravidel EU o ochraně osobních dat (nařízením Evropského parlamentu a Rady EU 2016/679 ze dne 27. dubna 2016), nebude propojeno s vašimi odpověďmi na otázky a bude smazáno nejpozději po dvou týdnech od ukončení sběru. V následujícím průzkumu se ptáme na zkušenosti, postoje či aspekty týkající se Vaší psychiky a duševního zdraví. K tomuto primárnímu účelu zaznamenáváme také věk, genderové informace, informace k povolání

a psychologické dotazníky. „Surová“ výzkumnická data jsou vyhodnocena podle obecných kritérií a vykazována pouze v souhrnné formě a takto prezentována ve vědeckých publikacích. V případě odvolání vašeho souhlasu kontaktujte prosím pracoviště OUSHI, konkrétně Lukáše Nováka na e-mailové adrese lukas.novak@oushi.upol.cz. Ke zpracování dat mimo EHP nedochází. Pro uplatnění vašich práv na informace, opravu, výmaz, přenos údajů, omezení zpracování vašich osobních údajů (čl. 15 - 20 GDPR) nebo uplatnění svého práva na protest proti důvodům, které vyplývají z vaší konkrétní situace, nebo uplatnění zrušení vašeho souhlasu kontaktujte prosím Lukáše Nováka (lukas.novak@oushi.upol.cz). V případě jakýchkoliv stížností se obraťte na český úřad pro ochranu údajů (www.uoou.cz). Četl jsem a souhlasím se zásadami ochrany osobních údajů."

Pokud chcete dotazník vyplnit, vyjádřete prosím svůj souhlas s každým z níže uvedených tvrzení.

Přečetl/a jsem si „Informovaný souhlas pro účastníky výzkumu“, uvedené informace pro mě byly srozumitelné a případné otázky mi byly uspokojivě zodpovězeny

- Souhlasím
- Nesouhlasím

Má účast je dobrovolná.

- Souhlasím
- Nesouhlasím

Udělují souhlas s účastí ve výzkumu.

- Souhlasím
- Nesouhlasím