

**UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI**  
**PEDAGOGICKÁ FAKULTA**  
**Katedra antropologie a zdravotní vědy**

**Diplomová práce**

Bc. Jitka Pořízková

II. ročník – prezenční studium

Obor: Učitelství českého jazyka a výchovy ke zdraví pro 2. stupeň základních  
škol

**Proanablogy a legislativa v ČR**

Olomouc 2014

vedoucí práce: Mgr. Michaela Hřivnová, Ph.D.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedenou literaturu a zdroje.

V Olomouci dne 17. 4. 2014

.....

Jitka Pořízková

Na úvod své práce bych chtěla vyjádřit poděkování zejména Mgr. Michaele Hřivnové, Ph.D., která mi v průběhu zpracování diplomové práce poskytla cenné rady, odborné vedení a vstřícné konzultace, PhDr. Ing. Janě Sladké Ševčíkové, ředitelce Občanského sdružení Anabell za odbornou konzultaci a Mgr. Michalovi Varmužovi za konzultace v oboru práva a přístup ke specializovaným právnickým programům.

# Obsah

ÚVOD.....	- 6 -
1 CÍLE A ÚKOLY PRÁCE.....	- 9 -
2 TEORETICKÉ POZNATKY .....	- 10 -
2.1 Charakteristika poruch příjmů potravy .....	- 10 -
2.2 Historie poruch příjmů potravy.....	- 13 -
2.3 Mentální anorexie (Anorexia Nervosa).....	- 14 -
2.4 Mentální bulimie (Bulimia Nervosa) .....	- 15 -
2.5 Spouštěcí mechanismy vzniku PPP .....	- 17 -
2.5.1 Individuálně-psychologické faktory .....	- 18 -
2.5.2 Biologické a genetické faktory .....	- 19 -
2.5.3 Sociokulturní faktory.....	- 20 -
2.5.4 Vliv médií a reklamy .....	- 21 -
2.5.5 Rodinné faktory .....	- 22 -
2.6 Další, méně rozšířené, typy PPP .....	- 23 -
2.6.1 Syndrom nočního přejídání .....	- 23 -
2.6.2 Záchvatovité přejídání .....	- 24 -
2.6.3 Bigorexie .....	- 25 -
2.6.4 Orthorexie.....	- 27 -
2.6.5 Drunkorexie.....	- 27 -
2.6.6 Pika.....	- 28 -
2.6.7 Ruminace.....	- 28 -
2.6.8 Vybíravost .....	- 29 -
2.7 Blogy .....	- 29 -
2.7.1 Stručná historie blogů.....	- 29 -
2.7.2 Charakteristika blogů.....	- 30 -
2.7.3 Blogeři .....	- 33 -
2.8 Internetové komunity .....	- 34 -
2.8.1 Proanablogy, proana komunity.....	- 34 -
2.8.2 Tvůrci a čtenáři proanablogů.....	- 36 -
2.9 Legislativa v České republice .....	- 38 -

2.10 Občanské sdružení Anabell.....	- 40 -
2.10.1 Vznik a činnost.....	- 41 -
2.10.2 Služby.....	- 42 -
2.10.3 Potencionální klienti.....	- 46 -
3 METODIKA PRÁCE.....	- 48 -
3.1 Charakteristika zkoumaného souboru.....	- 48 -
3.2 Organizace výzkumu a popis použitého dotazníku.....	- 51 -
3.3 Použité způsoby statistického zpracování dat.....	- 52 -
3.4 Případová studie.....	- 53 -
4 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ A DISKUZE.....	- 55 -
5 SOUHRN.....	- 87 -
6 SUMMARY.....	- 88 -
ZÁVĚR.....	- 89 -

# ÚVOD

*V celém životě se varuj posuzovat lidi podle vzhledu.*

*Jean De La Fontaine*

Diplomová práce zpracovává téma poruch příjmu potravy (dále jen PPP) a takzvaných proanablogů. V první části práce jsou popsány základní charakteristiky nemocí PPP, zmiňují se o její historii a také upozorňují na zdravotní rizika s nimi spojená. Ve své práci jsem se také zaměřila na činnost Občanského sdružení Anabell, které se zaměřuje na pomoc lidem s poruchami příjmu potravy. Osobně jsem měla možnost setkat se s lidmi, kteří v tomto centru pracují, a setkání s nimi mě hodně obohatilo a velmi mě do budoucna motivovalo.

Poruchy příjmu potravy jsou jedním z nejčastějších, a pro svůj chronický průběh, závažné somatické, psychické a sociální důsledky, i jedním z nejzávažnějších onemocnění dospívajících dívek a mladých žen. Působí dlouhodobé obtíže nejen postiženým, ale okolí, ve kterém jsou v jakémkoliv sociálním kontaktu (Krch, 1999).

Téma diplomové práce jsem si vybrala především vzhledem k jeho aktuálnosti. Vliv reklamy a dalších faktorů, o kterých se ve své práci zmiňuji je obrovský, ale v současné době je stále častěji řešitelnější a diskutovaný. Již v roce 1987 byly poruchy příjmu potravy Světovou zdravotnickou organizací prohlášeny za jeden z prioritních problémů světové populace.

Podle Českého statistického úřadu trpí některou formou poruchy příjmu potravy asi 8 milionů lidí. A nejen to, porucha příjmu potravy zůstává nemocí s nejvyšší úmrtností v psychiatrické praxi - 10% - 25% pacientů umírá.

Tato diplomová práce má za úkol zjistit pohled vysokoškolských studentů, budoucích pedagogů na proanablogy a www stránky s poruchami příjmu potravy. Podrobněji se zaměřuje na vliv médií na anorexii, zejména však na vliv internetu. Je zde uvedena charakteristika blogů a sociodemografická charakteristika blogerů. Krátce se v této práci

zmiňuje o historii blogování a situaci v České republice a je popsána charakteristika proana komunit. Taktéž nahlíží na legislativu k tomuto tématu, jakými zákony jsou ošetřeny poruchy příjmu potravy a rovněž jaké názory na to mají pracovníci veřejné správy, např. policisté. Výzkumné šetření pomocí dotazníku a následné vyhodnocení výsledků je uvedeno v metodice této diplomové práce.

Internet zasáhl v posledních deseti letech do našich životů více než jsme zřejmě na počátku nového tisíciletí sami předpokládali. Stal se po práci a domovu jakýmsi „třetím prostorem“, kde lidé tráví svůj čas (Preece, Maloney-Krichmar, Abras, 2003). Místo, které bylo zprvu využíváno hlavně specializovanými odborníky, se postupem času stalo více a více obývané lidmi nejrůznějšího zaměření. Kouzlo toho, že lze z tepla domova sdílet s lidmi třeba i z opačného konce světa své zájmy či zkušenosti, bylo postupně objevováno a využíváno stále více uživateli. Dnes si život bez internetu ani nedokážeme představit.

Docela nedávno se pro mne internet a poruchy příjmu potravy, zejména mentální anorexie spojily v jedno, a to právě v souvislosti s proana komunitami a proanablogy. Bylo pro mě překvapením, že dívky nemocné anorexií, které se většinou díky této chorobě straní společnosti a přátelům, si našly cestu na veřejný prostor na internetu, kde si s ostatními dívkami sdílí hojné informace o jejich soukromí, ale i zkušenosti, fotografie a další. Ačkoliv v dnešní době je kult štíhlosti z hlediska společnosti tolik žádaným a podporovaným zejména médii, několik odborníků ukazuje na proana komunity jako na velké nebezpečí zejména pro dospívající dívky. Z pohledu budoucího pedagoga mě zajímal názor i ostatních kolegů studujících na pedagogické fakultě. Pomocí dotazníkového šetření jsem zmapovala různé informace, které jsou vyhodnoceny pomocí grafů v metodické části mé diplomové práce.

Blogy jsou dostupné prakticky každému uživateli internetu, protože jejich vytvoření je velmi jednoduché a nevyžaduje žádné speciální znalosti (např. HTML kódování apod.). Stačí následovat jednoduché instrukce, které většinou uvádí poskytovatel serveru a jednoduchý blog tak lze vytvořit prakticky za pár minut.

Podle autorů (Herring, Scheidt, Koupera, Wright, 2006) je mezi bloggery téměř 40% adolescentů a většina z nich jsou dívky. Mezi adolescenty jsou nejtypičtější blogy o celebritách, hudbě, popřípadě módě. Objevují se ale i specifické blogy, které nelze přisoudit výhradně adolescentní popkultuře. Tímto typem blogu je i takzvaný proanablog.

Práce je rozdělena na několik částí. Část teoretická je věnována popisu onemocnění mentální anorexie, mentální bulimie a dalších moderních poruch příjmu potravy, stručnému výtahu historie poruch příjmu potravy, legislativou, která poruchy příjmu potravy řeší v České republice a zmiňuje se zde také Občanské sdružení Anabell, které v souvislosti s tímto onemocněním neodmyslitelně souvisí. Podrobněji se zaměřuje na vliv médií na poruchy příjmu potravy, zejména však na vliv internetu. Uvádí charakteristiku blogů a sociodemografickou charakteristiku bloggerů. Je krátce zmíněna historie blogování a situace v České republice. Pokouší se charakterizovat proana komunitu.

Nemoci poruch příjmu potravy už nejsou už takové tabu jako dříve, ale zároveň tlak médií a reklam je stále obrovský a mnohé osoby těmto zákeřným chorobám podléhají. Proto výzkumných prací či šetření o tomto tématu není nikdy dost, a jestliže to má nějaký smysl, jakákoli pomoc nemocným tímto psychicko-somatickým onemocněním je prospěšná a významná.



# 1 CÍLE A ÚKOLY PRÁCE

## Hlavní cíl:

Zmapovat vědomosti vysokoškolských studentů o poruchách příjmu potravy a postoje k nim.

## Dílčí cíle:

- Zjistit informovanost studentů vysokých škol o poruchách příjmu potravy a pro-anablogiích,
- odhalit postoj studentů vysokých škol k proanablogům,
- doložit, zda se studenti vysokých škol s touto problematikou setkali a jestli se jich nějakým způsobem týkala,
- získat informace o tom, jaká legislativa v České republice se zabývá poruchami příjmu potravy,
- vyzkoumat, jak k problematice poruch příjmu potravy a proanablogům přistupuje Policie České republiky jako k pomalému návodu na sebevraždu.

## 2 TEORETICKÉ POZNATKY

Teoretická část diplomové práce se zaměřuje na základní i rozvíjející informace o problematice poruch příjmu potravy, ale také na legislativu, která v České republice ošetřuje toto onemocnění.

### 2.1 Charakteristika poruch příjmů potravy

Dvěma nejčastěji popisovanými syndromy poruch příjmu potravy jsou mentální anorexie a mentální bulimie. Někteří autoři, ale tyto poruchy považují pouze za varianty jednoho základního onemocnění. *„Uvádí se, že bulimickou symptomatiku vyvine 30-50% mentálně anorektických pacientek. Jiní tyto syndromy odlišují a pro oba vymezují specifické diagnostické charakteristiky“* (Kocourková, 1997, s. 16).

V Mezinárodní klasifikaci nemocí je okruh poruch příjmu potravy definován širěji různými variantami onemocnění. V současné době roste na významu poměrně neznáma forma poruch příjmů potravy a to záchvatovité přejídání. K definicím jednotlivých onemocnění se dostaneme podrobněji později. Jak je uvedeno v Krchových publikacích (2002, 2005), onemocnění je multifaktoriálního původu, které nejčastěji vzniká kombinací bio-psychosociálních faktorů. Počet lidí trpících některou z forem poruch příjmu potravy výrazně stoupá od druhé poloviny 20. století. Stále více je poukazováno, jak je nemoc ovlivněna novodobým kultem tělesné krásy a štíhlosti. Televize, reklama, modeling, tisk a mnoho dalších oblastí a profesí preferují lidi se štíhlými postavami. Štíhlost se stala jedním z ukazatelů úspěchu.

Když se podíváme na vyhublé anorektičky a poměrně přiměřeně vážící bulimičky mohou se nám jevit poruchy velice odlišné. Pojdme se nyní podívat na společné rysy. Krch (2005) i Kocourková (1997) se shodují, že obě poruchy spojuje velký strach z tloušťky a jím ovlivněná nadměrná pozornost věnovaná vlastnímu tělu. Nemocní se neustále zabývají svým celkovým vzhledem, jak je vnímá okolí a co si o nich myslí jejich nejbližší. Svou pozornost zaměřují hlavně na svou váhu a s ní mylně spojený úspěch. Mají nízké sebevědomí, častokrát další sociální problémy a mnohé somatické obtíže v závislosti především na způsobu kontroly své tělesné váhy. Porucha se rozvíjí často velice pomalu a nenápadně. Ani nejbližší z okruhu rodiny, přátel či spolupracovníků si dlouho ničeho u postižených nevšimnou. Nevhodné stravování se schová mezi dnes velice rozšířenými dietami a nesprávnými

jídelními návyky rodiny a vrstevníků. „*Jídelní postoje a chování nemocného se krok za krokem mění a graduji ve své nepřiměřenosti, nepřizpůsobivosti a extrémnosti*“ (Krch, 2005, s. 23).

Jelikož poruchy příjmu potravy postihují v převážné míře spíše dívky a to v poměru cca 1 muž: 10-20 žen, v závislosti na zdrojích budu dále o nemocných hovořit v ženském rodě. Postižené se v průběhu nemoci začínají vyhýbat společenským aktivitám, hlavně těm, které jsou spojené s podáváním jídla, ztrácí své přátele, jejich myšlení se tak více a více soustřeďuje na věci kolem tělesné hmotnosti, propadají depresivním stavům, a tím se jejich onemocnění prohlubuje. Krch (2002, 2005) se s dalšími autory shoduje, že nemocní se tak dostávají do bludného kruhu. Předmětem diskuse stále je, či jsou depresivní stavy příčinou, příznakem, či následkem nemoci. Onemocnění je silně spojeno s výčitkami, nejistotou, pocity bezmocnosti, samoty, ohrožení a viny. Poruchy často vedou až k sebevražednému jednání, jehož riziko je u pacientů s poruchami příjmu potravy až 200x vyšší než u ostatních psychiatrických diagnóz.

Společné osobnostní rysy u pacientů s poruchami příjmu potravy jsou mnohé. Nejčastěji je v literatuře uváděn perfekcionalismus. „*Snaha být ve všem dokonalý a tím utišit zvýšenou sebekritičnost a nízké sebevědomí. Mnoho dívek s poruchou příjmu potravy má nerealisticky velká očekávání. Perfekcionismus se promítá do všech oblastí života, může se pozitivně uplatnit v práci a sportu. Když se však nedaří plnit vysoké požadavky a pravidla, člověk se cítí neúspěšný a nevěří si*“ (Papežová, 2003, s. 25).

Dále může jít o nestálost nálad, koníčků i vztahů, kterou dotyčná nahrazuje právě kontrolou nad jídlem. Nemocné osoby jsou většinou velice zranitelné, citlivé a empatické se zvýšenou snahou zalíbit se druhým. Významná je jistě určitá závislost na ostatních, od kterých potřebuje neustálé potvrzování a ubezpečování o svých kvalitách. Nebezpečné jsou sklony k závislostem na návykových látkách. Nejčastěji se u pacientů rozvine závislost na alkoholu.

Krch (2005) uvádí, že odmítání potravy může mít také někdy původ ve strachu z dospělosti. Dospělost je chápána jako nutné odloučení se od rodičů a samostatnost, na kterou se jedinec necítí podvědomě připraven. Velké hladovění potlačuje u dívek vývoj ženských tělesných rozměrů, jako by se bránily představě, že z nich bude dospělá žena.

Už při mírné změně hmotnosti je dotyčná přesvědčena, že má nadváhu a že musí zhubnout, a to i v případě, že se její BMI pohybuje v oblasti život ohrožující podváhy, jak je uvedeno v Krchovi (2005).

Počátek poruch příjmu potravy může propuknout ale i až ve třicátém roce věku. Onemocnění se vyskytuje převážně, tedy v 90—95 %, u dospívajících dívek a mladých žen. Doba trvání mentální anorexie a mentální bulimie je velice individuální a závislá na mnoha faktorech, které jsou uvedeny v následujících kapitolách.

Pohybuje se od několika měsíců až do několika let. Jako průměrná doba se uvádí 5,8 roku, ale nezřídka se vyskytují i případy, jejichž onemocnění trvá i 15 let. Přední zahraniční odborníci Garfinkel a Garner se v roce 1982 shodli na několika faktorech ovlivňující průběh a prognózu poruch příjmu potravy. Jsou jimi hned tři skupinky faktorů. Jako první jsou demografické faktory, kam řadí počátek onemocnění a věk, kdy nemoc začala, pohlaví, věk, sociální postavení a manželství. Dalšími jsou klinické příznaky jako zvracení a užívání laxativ, nízká tělesná hmotnost, obezita v anamnéze, stresující faktory a výsledky ve škole. Poslední a nejindividuálnější jsou psychické faktory.

Dle Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky bylo v roce 2010 v psychiatrických lůžkových zařízeních evidováno 303 hospitalizovaných osob s poruchami příjmu potravy. Téměř 54 % z těchto pacientů bylo léčeno s diagnózou mentální anorexie. 95% ze všech případů mentální anorexie bylo ženského pohlaví. Nejvíce hospitalizovaných dívek s mentální anorexií (38%) bylo ve věku 15-19 let (ÚZIS ČR, 2011).

*„Přibližně 10 až 20% nemocných s poruchami příjmu potravy zůstává nezlepšeno a postupně přibývá další psychopatologie a zdravotní obtíže. I když úspěšnost léčby poruch příjmu potravy je v dlouhodobé perspektivě relativně vysoká, mohou mít tyto poruchy velmi závažné důsledky pro život nemocného“* (Fialová, Krch, 2012, s. 200).

Fisher (2003) zhodnotil více než 100 studií zabývajících se dlouhodobým průběhem poruch příjmu potravy se závěrem, že v průběhu 5 až 10 let se přibližně 50% všech nemocných uzdraví, u 30% se stav pacientů zlepší, avšak některé příznaky přetrvávají, a u 20% je možné pozorovat plné přetrvání symptomů nebo dokonce i jejich prohloubení.

Podle Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky podle nejaktuálnějších informací v roce 2012 v ambulantních zdravotnických zařízeních

s poruchami příjmu potravy (s diagnózami F 50.0 – F 50.9) bylo léčeno 3 461 pacientů a v psychiatrických lůžkových zařízeních bylo hospitalizováno celkem 330 případů.

Mezinárodní klasifikace nemoci (MKN-10) dělí poruchy příjmu potravy následovně:

F 50	Poruchy příjmu potravy
F 50.0	Mentální anorexie
F 50.1	Atypická mentální anorexie
F 50.2	Mentální bulimie
F 50.3	Atypická mentální bulimie
F 50.4	Přejídání spojené s psychologickými problémy
F 50.5	Zvracení spojené s jinými psychologickými poruchami
F 50.8	Jiné poruchy příjmu potravy
F 50.9	Poruchy příjmu potravy NS

**Tabulka 1- Dělení PPP**

## 2.2 Historie poruch příjmů potravy

Už po dlouhá staletí jsou popisovány nejrůznější formy narušeného příjmu potravy. Podle Krcha (2002) se poruchy příjmu potravy objevovaly už od pravěku. Datuje se již od antiky, kde zavedli staří Řekové pro nás dnes chápanou anorexii slovo „anorexia“, což označovalo nedostatečné „orexis“, tj. celkovou únavu, apatii. O bulimii je první zmínka též v antickém Řecku, kde zavedl filolog Plutarcha slovo „bolimos“, které označovalo zlého démona, jež způsobuje velký hlad.

První lékařský popis anorexie provedl v roce 1694 Richard Morton, který bývá přezdívaný jako „první portrétista mentální anorexie“ (Papežová 2000, 2010).

V roce 1860 Louis-Victor Marcé popsal ve svém článku první případy této choroby. Ve druhé polovině 19. století popsali Whitey Gull a Ernest-Charles Lasègue nezávisle na sobě anorexii již jako psychogenní nemoc, která se vyskytuje především u mladých dívek a žen. Tato choroba se projevuje velkým hmotnostním úbytkem, amenoreou, zácpou, neklidem a není způsobena organickými příčinami (Papežová, 2010).

Moderní historie poruch příjmu potravy se datuje od konce 19. století, kdy britský lékař Wiliam Gull zavedl pojem „anorexia nervosa“, který se v medicíně úspěšně ujal. Podobně u bulimie zavedl Brit Gerald Russel definici „bulimia nervosa“, což označovalo silné a neovladatelné nutkání se přejídat ve spojení s chorobným strachem ze ztloustnutí (Papežová, 2010).

Přibližně v polovině 20. století byla tato nemoc zařazena mezi duševní poruchy, a to především díky práci psychoanalýzy a psychosomatické medicíny. V Česku byly první případy a léčba popsány Vratislavem Jonášem a Otakarem Janotou (Papežová 2000, 2010).

Literatura týkající se psychogenního přejídání a psychických problémů při obezitě vzniká až v 20. letech a účinnější léčebné metody, kromě kognitivně-behaviorálních programů a farmakoterapie, vznikají velmi pomalu. Současné výzkumy mechanismů vzniku jednotlivých poruch příjmu potravy ukazují, že tyto nemoci mají mnoho podobného a jednotlivé formy onemocnění během života přecházejí jedna v druhou, obzvláště nepodaří-li se jednu z forem dostatečně vyléčit (Papežová, 2012).

### **2.3 Mentální anorexie (Anorexia Nervosa)**

Mentální anorexie začíná nejčastěji ve věku třinácti až osmnácti let, oproti tomu mentální bulimie poněkud později, až mezi šestnácti a pětadvaceti lety. V poslední době je velice diskutovaným tématem alarmující skutečnost, že mentální anorexií trpí již dívky na základních školách ve věku častokrát pouhých devíti let. Krch (2005) též uvádí že, o své hmotnosti a jejím snížení uvažují podle nejnovějších studií již šestiletá děvčátka.

Řada výzkumů a autorů se shoduje na tom, že u dívek trpících mentální anorexií můžeme nalézt několik typických osobnostních znaků. Např. Vágnerová (2000) uvádí, že dívky jsou nápadné svou bezproblémovostí, konformitou, jsou orientované na výkon, zodpovědné, až perfekcionistické, mívají dobrou inteligenci, jsou úspěšné ve škole, bývají nejisté a mají nízké sebevědomí, bývají spíše introvertované a senzitivní, často i depresivní. Přesto však nelze říci, že by všechny tyto znaky předurčovaly, že se z dívky stane anorektička.

Autoři Krch, Kocourková, Papežová (1997, 2003, 2005) se shodují, že podstatou choroby je narušení představy o vlastním těle. Choroba propuká v momentu, kdy jedinec

nedovede sám sebe reálně hodnotit a vidět svou skutečnou hmotnost v porovnání s ostatními. Blízkým se nedaří úspěšně zastavit hladovění postižené a nedovedou ji přesvědčit, že se jedná o nemoc. Nemocná sama sebe totiž často nevnímá jako nemocnou osobu, zvláště na začátku onemocnění.

Fialová, Krch (2012) ve své publikace uvedli, že mentální anorexie patří mezi nejletálnější duševní poruchy, při níž se 2 až 8% pacientů nedokáže vyléčit a jejich osudy bohužel končí smrtí.

Mentální anorexie je v Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10, 2000) i v Diagnostickém a statistickém manuálu mentálních poruch (DSM-IV, 2000) zařazena mezi poruchy příjmu potravy.

Dle MKN-10 (2000) a DSM-IV (2000) je definována jako porucha, při které pacient úmyslně snižuje svoji váhu, má intenzivní strach z přibývání hmotnosti a objevuje se u něj narušené vnímání tvaru nebo velikosti jeho těla. V důsledku nízké váhy je tato porucha provázena sekundárními endokrinními, metabolickými změnami a poruchami tělesných funkcí. U žen dochází k amenorei. Tato porucha se vyskytuje především u dospívajících dívek, ale může postihnout i muže a jiné věkové kategorie.

DSM-IV (2000) dále mentální anorexii rozděluje na dva specifické typy:

1. Restriktivní typ – u tohoto typu je hubnutí dosahováno především prostřednictvím diet, půstů nebo nadměrného cvičení. K záchvatům přejídání nedochází.
2. Purgativní typ – během onemocnění probíhají opakované záchvaty přejídání nebo čištění organismu prostřednictvím laxativ, diuretik, vyvolaného zvracení, klystýru.

## **2.4 Mentální bulimie (Bulimia Nervosa)**

Mentální bulimie je podle Horta et al. (2008) syndrom charakterizovaný opakujícími se záchvaty, přejídání (důležitým kritériem je subjektivní pocit ztráty kontroly nad jídlem, než množství sněženého jídla) a přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti. Přejedení s přetrvávající touhou zůstat štíhlou vedou pacientku k pocitům viny a poté snaze zmenšit

následky přejedení, nejčastěji formou vyvolaného vyzvracení. Nemocná si na rozdíl od pacientek mentální anorexie uvědomuje chorobnost svých symptomů a mívá snahu se přejídání a následného zvracení zbavit

Fialová, Krch (2012) uvádí, že pocit přejedení je však velmi relativní. Přes dramatický prožitek ztráty kontroly nad jídlem a přejedení se je ze záznamů pacientů někdy zřejmé, že snědli jen o trochu více, než chtěli, nebo než byli zvyklí jíst. Přehnaná nebo až extrémní kontrola tělesné hmotnosti kromě zvracení zahrnuje i nadužívání laxativ i také střídavé období hladovění a extrémního cvičení. Proto mentální bulimie souvisí s mentální anorexií a tyto choroby se vlastně navzájem prolínají, nebo přechází jedna ve druhou. Klinický obraz se v 15 až 35% případů anorexie mění v bulimistický a více než polovina pacientů s mentální bulimií uvádí kratší nebo delší období anorexie v jejich anamnéze. Velkým nebezpečím pro osoby trpící mentální bulimií představují drogy a alkohol. V průběhu této nemoci přibývá také příznaků hluboké deprese, sebepoškozování a někdy může dojít i k vyhrocení obsedantních rysů.

Na rozdíl od lidí s mentální anorexií zůstává mentální bulimie utajena i po celá léta, protože její oběti si udržují normální váhu a přejídání i vyprazdňování provádějí v tajnosti (Krch, 2003).

Jak zmiňuje Balch a Phyllis (1998) k fyzickým projevům mentální bulimie mohou patřit oteklé uzliny v obličeji a na krku, praskání skloviny stoliček, praskání cévek v obličeji, otok slinných žláz, neustálé bolesti v krku a záněty jícnu. To vše jsou důsledky vynucovaného zvracení. Lžičky nebo slámky, používané k podráždění žaludku, musejí být někdy odstraňovány chirurgicky. Pokud je nemoc prohloubena zneužíváním projímadel, může k projevům choroby patřit poškození stěv, krvácení z konečníku a průjem. Užíváním projímadel rovněž dochází k vyplavování draslíku a sodíku z organismu, což může mít za následek elektrolytickou nerovnováhu končící dehydratací, svalovými křečemi a případně srdeční zástavou. K dalším příznakům bulimie může patřit padání vlasů, žloutnutí kůže, předčasné vrásky, páchnoucí dech, extrémní svalová slabost, únava a malátnost.

Mentální bulimie je v Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10, 2000) i v Diagnostickém a statistickém manuálu mentálních poruch (DSM-IV, 2000) také zařazena mezi poruchy příjmu potravy, stejně jako mentální anorexie.



Podle MKN-10 (2000) a DSM-IV (2000) je definovaná jako porucha, při které se pacient neustále zabývá jídlem a má silnou až neodolatelnou touhu po jídle, typické jsou opakující se epizody záchvatovitého přejídání (binge eating) charakteristické konzumací mnohem většího množství jídla během určitého souvislého časového úseku (například během 2 hodin), než by většina lidí dokázala sníst ve stejné době a to nejméně dvakrát týdně po dobu 3 měsíců. Souvisí s tím ztráta kontroly nad jídlem během těchto epizod (například pocit, že nemohu přestat jíst, nebo rozhodovat o tom, co a v jakém množství jím). Ve snaze potlačit „výkrmný“ účinek jídla se jedná nejčastěji o vyprovokované zvracení, zneužívání diuretik za účelem vyprázdnění se po přejedení, také střídavá období hladovění, užívání léků typu anorektik, tyreoidálních preparátů. Nemocní mají zcela nepřiměřené hodnocení na svou osobu, zejména na tvar postavy a tělesnou hmotnost. Pacienti nemocní diabetes melitus se mohou snažit vynechat léčbu inzulinem.

Stejně jako u mentální anorexie mentální bulimii DSM-IV (2000) také rozděluje na dva specifické typy:

1. Purgativní typ - u tohoto typu pacient opakovaně užívá zvracení, laxativa, nebo diuretika, aby zvyšování hmotnosti zabránil.
2. Nepurgativní typ - k hubnutí využívá přísné diety nebo intenzivní pohyb, ne však pravidelně purgativní metody (pacient nezvrací).

## **2.5 Spouštěcí mechanismy vzniku PPP**

V následujících podkapitolách je diplomová práce zaměřena na možné spouštěcí mechanismy, které jsou jedněmi z mnoha faktorů přivozující poruchy příjmu potravy.

Existuje bohatá odborná literatura i různé laické dohady o tom, co zapříčiňuje poruchy příjmu potravy a nápadný růst jejich výskytu v posledních desetiletích. Dnes většinou existuje shoda v tom, i přes různé dohady a hypotézy, že se na jejich vzniku a rozvoji podílí celá řada různých faktorů, mezi kterými převládají ty, které jsou významné i z hlediska držení diet (Krch, 2003).

Bylo vytvořeno několik teorií, ovšem žádná zatím nedokázala vysvětlit všechny varianty poruchy. Většina autorů se dnes tedy shoduje na bio-psycho-sociálním modelu. Tento model zahrnuje soubor různých příčin, které na základě vzájemné interakce mohou anorexii vyvolat (Krch et al., 2005).

Jedním z nejvýznamnějších rizikových faktorů pro rozvoj poruch příjmu potravy je ženské pohlaví. Stačí být ženou a riziko mentální bulimie a mentální anorexie je nejméně 10x vyšší. Poměrně vzácný výskyt mentální anorexie a mentální bulimie u mužů vedl některé autory k závěru, že tito muži mají sklon k homosexualitě nebo mohou mít narušený sexuální život. Příčinná souvislost mezi poruchou sexuálního zaměření a poruchou příjmu potravy se ale dosud neprokázala. Chudý sexuální život, ať už u mužů nebo u žen, souvisí s řadou obtíží, dlouhodobým hladověním a podvýživou, které přesouvají pozornost jiným směrem (Krch, 2003).

### **2.5.1 Individuálně-psychologické faktory**

Rizikovým povahovým rysem dále může být zranitelnost, puritánství a asketismus, sebetrestání. Zranitelnost je myšlena jako nejistota dívek se sebou samými, puritánství a asketismus jako odmítání potřeb potravy a nasycení. Sebetrestání může nastat u perfekcionistických dívek, které za svůj neúspěch či nedokonalost mají pocit, že musí být potrestány (Papežová, 2000).

Dalším výrazným rysem mentální anorexie je negativní „body image“. Tento pojem zahrnuje negativní vnímání vlastního těla, které způsobuje i nespokojenost s tělesnými proporcemi (Groganová, 2000).

Leibold (1995) přiřazuje mezi psychologické faktory také odpor k dospívání. Některé dospívající jedince děsí představa být dospělým a akceptovat všechny stránky dospělosti, především sexualitu. Mentální anorexie tak může sloužit jako prostředek k oddálení dospívání.

Samy pacientky často hodnotí jako spouštěcí faktor mentální anorexie různé životní události (Krch et al., 2005). Dle Hsu (1990 in Krch et al., 2005) jsou těmito událostmi

nejčastěji nářky na tělesný vzhled, konflikty (např. sexuální), významné změny, osobní neúspěch, nemoc či potíže v rodině.

Velmi často bývá anorexie provázena depresemi nebo obsedantně kompulzivní poruchou. Například dle výzkumů Halmi (1974, 1994 in Kocourková et al., 1997) byly nalezeny známky deprese u 79% nemocných a obsedantně-kompulzivní rysy u 61%. Většina autorů se však přiklání k tomu, že deprese vzniká sekundárně. Nejasné je i období vzniku obsedantně-kompulzivní poruchy (Kocourková et al., 1997).

### **2.5.2 Biologické a genetické faktory**

Vznik anorexie někteří lékaři připisují poruše hypotalamu. Tato teorie ovšem není potvrzená. Není jisté, zda vlivem poruchy hypotalamu vzniká anorexie, nebo zda je hypotalamus porušen až sekundárně vlivem hladovění a ztráty hmotnosti (Sladká-Ševčíková, 2004 in Janebová, 2006). S tímto stejným problémem se potýká také teorie týkající se ztráty menstruačního cyklu. Opět není jisté, zda amenorea anorexii předchází nebo ji následuje (Kocourková et al., 1997).

Na onemocnění mentální anorexií jsou desetkrát více náchylnější ženy než muži a to především v adolescentním věku. V tomto období se zrychluje tělesný vývoj, který je spojený s přibýváním hmotnosti a tělesného tuku. Dívky se tak mohou cítit ohroženy, protože se s nabývajícím postavou vzdalují dnešnímu pojetí ideálu krásy. Pokud tedy roste tělesná hmotnost, tak roste i pravděpodobnost vzniku anorexie. S dalšími kily vzniká nespokojenost s vlastním tělem a potřeba svou váhu redukovat (Krch et al., 2005).

Vyšší riziko onemocnění anorexií dále platí pro sourozence a pro rodiny, kde se vyskytuje alkoholismus, afektivní porucha nebo samotná porucha příjmu potravy (Hort et al., 2008).

### 2.5.3 Sociokulturní faktory

V dnešní době se také objevuje vyšší tlak na ženy. Zároveň by měly zastávat tradiční ženskou roli v domácnosti, ale také by měly být profesně výkonné a sociálně úspěšné. Tyto požadavky si často odporují a vyvolávají tak v ženách nejistotu a stres. Únik do anorexie jim může vrátit potřebnou jistotu, kdy se prostřednictvím štíhlosti stanou úspěšnými (Janebová, 2006; Krch, Málková, 1993).

Jedním z předpokladů vzniku mentální anorexie i dalších poruch příjmu potravy je nereálná sociální konstrukce těla žen. Ideální obraz ženy se v různých dobách měnil. Ovšem až dnes výrazně ovlivňuje podstatnou část populace. Ve společnosti se stává krása stále důležitějším měřítkem. Dnešní norma krásy vyspělých zemí je však nevšímavá k přirozenosti a odlišnosti různých lidí a soustředí se především na štíhlost. Dívky se snaží tomuto ideálu vyrovnat, a proto se mohou uchýlovat k drastickým dietám (Janebová, 2006; Krch, Málková, 1993). Původní móda západních zemí je stále velmi zaměřená na štíhlost a rozšiřuje se do celého světa. Dnes se bez doporučení diety a hubnutí neobejde žádný časopis pro ženy. Média také často bulimii a anorexii svými pořady spíše „zviditelňují“, ale málokdy přinášejí seriózní obraz všech závažných důsledků těchto onemocnění. Šokující obrázky a popisy mají preventivní účinek pouze zdánlivě a velmi krátkodobě. Často jsou prezentovány doslova na kost vyhublé modelky, tanečnice a herečky jako ten „dokonalý“ ideál krásy a úspěchu a dietní chování jako univerzální norma stravování. Tento trend reprezentovala a stále bohužel ještě reprezentuje i velmi rozšířená hračka panenka Barbie. Holčičky, které panenku obdivují, ale netuší, že kdyby měly tělo jako tato panenka, neudržely by se na nohou a pohybovaly se na pokraji kolapsu. Nicméně v časopisech jsou štíhlé modelky ještě počítačově zeštíhlovány, protahovány do výšky, a dále různě upravovány. V obchodech s módními oděvy se prodávají velmi často pouze velmi malé velikosti, v reklamách na diety se uplatňují známé a velmi úspěšné herečky. Takové příklady úspěchu spojené s extrémně štíhlými ikonami krásy zvyšují nespokojenost většiny žen se svou postavou a tím i riziko vzniku nemoci a jejího udržování. V posledním desetiletí jsou především ve Spojených státech amerických stále populárnější různé soutěže krásy i pro děti pod 6 let, kde malé holčičky mají make-up, podpatky, dokonce dostanou injekce botoxu a plastické operace, což je alarmující a naprosto nekorespondující s přírodou a přirozeným vývojem dětí. Sexualizace a komercializace dětství ale pokračuje, někteří rodiče přímo touží,

aby jejich dcery co nejdříve vyhrávaly soutěže a vydělávaly peníze a dívky se většinou stávají tímto snem také posedlé – mnohdy drží od dětství diety a skončí s poruchou příjmu potravy (Papežová, 2012).

Dalším vlivným sociálním činitelem je rozmach estetické chirurgie. Ta představuje stárnutí, obezitu a jakékoliv další nedokonalosti jako by to byly nemoci, které jsou třeba vyléčit a nabourává tak sebevědomí žen (Wolfová, 2000).

Mentální anorexie je typickou nemocí pouze v zemích s dostatkem až nadbytkem potravy, tedy v ekonomicky vyspělých státech. Tam, kde je potravin málo, symbolizuje nadváha zdraví a vyšší sociální postavení (Krch, 2002).

#### **2.5.4 Vliv médií a reklamy**

Častou, dnes velmi aktuální a diskutovanou příčinou PPP, je vliv reklamy a médií. Bývá zdůrazňováno, že je to právě naše společnost, kultura, která si nade vše cení štíhlosti a ideálních proporcí, která podporuje a vyvolává velké množství případů tohoto onemocnění. Krch (1999) mentální anorexii považuje za kulturně podmíněný („culturebound“) syndrom. Na druhou stranu se PPP vyskytovaly v historii naší civilizace i ve společnostech, které štíhlost neoceňovaly. Je třeba také brát v úvahu, že „kultuře štíhlosti“ je vystaveno mnoho žen, ale anorektičkami se stanou jen některé z nich (Groganová, 2000).

Naše společnost prošla za posledních sto let mnoha změnami, se kterými se ještě nebyla schopna naplno vyrovnat. Od šedesátých let minulého století se hodnotové představy, které vytvářely sociální podmínky života a sloužily k orientaci, ukázaly jako nejisté a neudržitelné. Významně se změnila úloha ženy ve společnosti.

Jádrem problému poruch příjmu potravy pak může být právě rychle se měnící kultura, která oslavuje vyhublost a sebekontrolu (Krch, 1999). Wolfová (2000) v této souvislosti připomíná, že současná generace anorektiček je hubenější než generace předchozí.

V polovině 90. let 20. století se v médiích objevuje nový, zajímavý trend – diskuze o prezentaci štíhlých modelek. To odráží kulturní povědomí o možném nebezpečí, jaké představuje předkládání vzorů velmi štíhlých modelek současným mladým ženám. Většina článků se totiž zaměřuje na možnost vzniku poruch příjmu potravy v důsledku sledování štíhlých vzorů v médiích (Groganová, 2000).

*„Psychologové soudí, že média mohou ovlivnit tělesné sebehodnocení mužů i žen, protože se stávají měřítkem, z něhož vycházejí nepříznivá hodnocení postavy. Neschopnost vyrovnat se v ideálu vede k sebekritice, pocitům viny a k oslabení sebevědomí“ (Groganová, 2000, s. 88).*

Dle publikace Fialová, Krch (2012) jsou v tisku propagované výrobky a služby určené k péči o tělo. Jde o prostředky, které ovlivňují racionální výživu, různé dietetické přípravky, cvičení pro udržení tělesné kondice či správné držení těla, pohybové aktivity propagované fitness centry nebo některé další možnosti sportovních zařízení. Tisk je dnes hlavním zdrojem informací o zdravém životním stylu pro většinu dospělé populace.

Celkový počet reklam zaměřených na tělo byl v tiskovinách vydaných v roce 2000 více než o 1/3 vyšší než v roce 1980. V roce 2000 se jednalo o celých 76 reklam souvisejících s tělesným sebepojetím člověka, v roce 1980 „pouze“ o 46. Srovnáním letních a zimních měsíců zjistíme, že v obou případech je četnost v srpnových měsících vyšší (Fialová, Krch, 2012).

### **2.5.5 Rodinné faktory**

Rodinný systém hraje v oblasti mentální anorexie významnou roli. Riziko vzniku této nemoci může nastat, pokud rodiče kladou zvýšený důraz na výkon svého dítěte a pokud mají tendenci před konflikty spíše zavírat oči než je otevřeně vyřešit (Hort et al., 2008). V takové rodině je na děti vytvořen velký tlak na jejich výkony. Ony jich však nejsou schopny dosáhnout a pociťují výrazné selhání. Prostřednictvím anorexie mohou rodičům dokazovat svoji výjimečnost a schopnost. Současně jim anorexie může sloužit jako obrana proti vysokému očekávání ze strany rodičů. Čím jsou hubenější, tím méně výkonů se od nich poté očekává (Leibold, 1995).

Dalším rizikovým faktorem je velká soutěživost v rodině. Zvláště pokud se v rodině objevují dvojčata, více dětí, nebo je celá rodina sportovně založená (Krch, 2002).

Nevhodné prostředí vytváří také hyperprotektivní rodiče, především matky. O své děti se starají až přes míru. Vše za ně vyřeší, zařídí a organizují jim celý volný čas. V období přechodu do dospělosti už však takové dítě musí činit vlastní rozhodnutí a samostatně uvažovat, což doposud v podstatě nedělal. Tímto způsobem je u něj vyvolán vnitřní

konflikt. Hladovění a kontrola vlastní postavy mu může umožňovat rozhodování, alespoň v některé oblasti a může tím projevat vlastní vůli (Janebová, 2006).

Pokud jsou v rodině nevhodné jídelní zvyklosti, jako je neustálé držení diet rodiči, přehnaná péče o tělo nebo nějaká dysfunkce, je pravděpodobně, že se tyto návyky a problémy přenesou i na děti (Janebová, 2006).

## **2.6 Další, méně rozšířené, typy PPP**

Záchvatového přejídání, syndrom nočního přejídání, bigorexie, orthorexie, drunkorexie, pica, ruminace a vybíravost v jídle se řadí do atypických a méně známých poruch příjmu potravy.

S rostoucím výskytem poruch příjmu potravy, vznikají nemoci, které se jedním nebo více symptomy liší od mentální anorexie nebo mentální bulimie. Stále přibývá nemocných, kteří nesplňují všechna diagnostická kritéria, a proto se začalo mluvit o atypických a nespecifických poruchách příjmu potravy. (Krch, 2005)

*Desátá revize Mezinárodní klasifikace nemocí nabízí možnost diagnózy atypické mentální anorexie (F 50.1) nebo atypické mentální bulimie (F 50.3). Tyto kategorie by se měly používat u pacientů, u kterých chybí jeden nebo více základních příznaků poruchy, ale které vykazují téměř typický klinický obraz. Pro další nespecifikované poruchy je určena kategorie poruch příjmu jídla (F 50.8) „Jiné poruchy jídla“ (Krch, 2005, s. 19).*

### **2.6.1 Syndrom nočního přejídání**

Jako další poruchu příjmu potravy uvádí Faltus (2007) syndrom nočního přejídání. První typ je syndrom nočního přejídání, u něhož je primární příčinou porucha spánku, druhý typ je syndrom nočního přejídání, kde je příčinou porucha příjmu potravy. Zatímco na záchvaty spojené s poruchou spánku si nemocný zpravidla nepamatuje, nočního přejídání způsobeného poruchou příjmu potravy si je postižený člověk zcela vědom. Typická je pro něj večerní anorexie, noční hlad, neschopnost usnout s prázdným žaludkem a zklidnění až popožití velkého množství vysoce kalorického jídla. Průběh a příčina tohoto onemocnění bývá dávána do souvislosti s neúspěšnou snahou zhubnout, přes den drženou dietou a nespokojeností se svým tělem spojenou s frustrací a stresem.

## 2.6.2 Záchvatové přejídání

Kranzová a Maloney (1997) zařazují mezi poruchy příjmu. Postihuje muže i ženy a může se rozvinout od dospívání v jakémkoliv věku. Záchvatové přejídání většinou bývá zapříčiněno nevyváženým stravováním způsobeným různými redukčními dietami. Je typické střídání hladovění s neodolatelnou touhou se přejíst. Tyto stavy se pravidelně opakují. Porucha se rozvíjí jako reakce na stres, depresi či citové strádání.

*„Biologicky se dá záchvatové přejídání zčásti vysvětlit návykem na určité reakce na jídlo. Osoba trpící záchvatovým přejídáním vyhledává určité reakce- hodně naplněný žaludek, rychlé zvýšení hladiny krevního cukru. Tím pádem je prakticky jisté, že bude jíst víc, než kolik kalorií její tělo potřebuje a přitom bude mít stále pocit hladu a neuspokojenosti“* (Maloney, Kranzová, 1997, s. 35).

Podle F. D. Krcha (2005) je tato nemoc diagnostikována podobně jako záchvatové přejídání u mentální bulimie. Cooper (1995) rovněž vyzkoumal, že záchvatové přejídání je obdobné jak záchvatové přejídání u bulimie, ale blíže toto tvrzení specifikoval. Podle něj jsou epizody přejídání spojeny alespoň se třemi z následujících charakteristik:

- 1) Člověk jí mnohem rychleji, než je obvyklé,
- 2) dokud se necítí nepříjemně plný,
- 3) aniž by pocíťoval hlad,
- 4) o samotě, protože se stydí, že jí tak mnoho,
- 5) po přejedení je sám sebou znechucen, deprimován nebo se cítí velmi provinile.

Podle Coopera (1995) doložil, že k záchvatům přejídání dochází alespoň dvakrát týdně a po dobu 6 měsíců. Maloney a Kranzová (1997) uvádějí, že mezi příznaky záchvatového přejídání patří také tajné nakupování a následná konzumace jídla a v případě, že je nemocný při jídle viděn, je zahanben. Také tvrdí, že jídlem také nemocný může reagovat na špatné zprávy, konzumuje jídlo, když se nudí, nebo když je nervózní. Osoba trpící záchvatovým přejídáním se bojí zůstat s jídlem sám a trpí neustálým strachem, že bude tlustý.



### 2.6.3 Bigorexie

Mezi další a poněkud známé druhy poruch příjmu potravy patří také bigorexie. Osoby postižené bigorexií vnímají samy sebe jako slabé, nedostatečně svalově vyvinuté malé až fragilní a snaží se vysokou spotřebou energie, nadužíváním doplňků výživy (především bílkovinných preparátů), náročným posilovacím tréninkem své tělo změnit ([www.anabell.cz](http://www.anabell.cz)).

Nejedná se přitom o pouhou nespokojenost, která je u běžné populace častá, ale o "naprosté zaujetí až chorobnou posedlost vymyšleným defektem" (Halgin, Whitbourne, 1994).

Velkým problémem při snaze o léčení poruchy je skutečnost, že si postižení nepřipouští žádné potíže, jsou se svým způsobem života spokojeni a řada osob z jejich okolí jim dává najevo, že se chovají normálně až vzorně, protože pravidelně cvičí, k čemuž se oni sami nedokáží přinutit. V současnosti nejsou žádné přesné statistiky o frekvenci výskytu tohoto onemocnění jak u běžné populace, tak i u sportovců. Ale vzhledem k pokračujícímu "fitness boomu" odborníci předvídají, že tento stav bude častější a celý problém tím i mnohem viditelnější (Mann, 1998).

Stejně jako anorexie je i bigorexie psychickou poruchou, a proto má mnohá rizika. K hlavním rizikům spojeným s bigorexií se řadí riziko poškození hybného systému jeho dlouhodobým přetěžováním. Bigorektici, kteří jsou hnaní svým chorobným, bludným pocitem svalové nedostatečnosti dlouhodobě přetěžují jednotlivé struktury aktivního i pasivního pohybového systému objemovým kulturistickým tréninkem s cílem stimulovat svaly k hypertrofii. Nadměrně náročné a velmi časté tréninky, po nichž se tělu nedostává dostatečná regenerace, vedou dříve či později ke vzniku mikrotraumat. Sumace drobných, nedoléčených mikrotraumat vyvolá vážnější poškození tkáně, na něž organismus reaguje zánětlivou reakcí. Lidé trpící touto chorobou však nejsou schopni svůj trénink přerušit na dobu nezbytnou pro vyléčení zranění, a tak se poškození stupňuje a vyvolává další a další negativní změny v organismu. ([www.anabell.cz](http://www.anabell.cz)).

Dalším rizikem je nadměrná spotřeba doplňků výživy. Ve světě kulturistiky se vytvořil jakýsi mýtus nezbytnosti doplňovat běžnou stravu množstvím chemických přípravků, které jejich výrobci označují obvykle složitě vyhlížejícími technickými termíny. Nejčastěji se setkáváme s nadměrným příjmem proteinů nebo aminokyselin. Mezi prokazatelné negativní důsledky nadměrného příjmu aminokyselin patří například

možnost poškození funkce ledvin a jater, zadržování vody v těle, vznik obezity a zvýšené vylučování vápníku z těla (Kolouch, Boháčková, 1994).

Na toto volně navazuje samozřejmě nadměrná tělesná hmotnost. Snaha o nárůst svalové hmoty vyžaduje kromě intenzivní tělesné zátěže i zvýšení příjmu energie. Při nerozvážené volbě struktury přijímané stravy se může do organismu dostávat nadměrné množství cholesterolu a nasycených tuků. Toto lidský organismus řeší uložením přebytků ve formě tuku. Tímto mohou u cvičících nastávat podobné změny, jako u obézních. Přetěžován je zejména trávicí systém, zvláště žaludek. Hmotnost bigorektiků často přesahuje doporučené normy o dvacet kilogramů. Přestože je značná část této nadváhy způsobena zvýšeným podílem aktivní tělesné hmoty a nehrozí naplno rizika spojovaná s obezitou, existuje reálné nebezpečí přetěžování kloubů, páteře a dalších struktur těla, které může vést ve vyšším věku k závažným a nesnadno léčitelným funkčním poruchám pohybového aparátu (www.anabell.cz)

V neposlední řadě ve snaze o dosažení neracionálních a nereálných cílů věnují postižení ohromné množství času cvičení, diskuzím o cvičení, nákupu stravy, výběru doplňků potravy, čímž se podstatně zužuje časový prostor pro jiné aktivity spojené zejména se sociálními kontakty, a proto je zde i riziko takzvané sociální izolovanosti. Byly zaznamenány i případy, kdy bigorektici patologickým přístupem k životu rozbili svoje manželství, omezili svůj sociální život pouze na prostředí fitcenter, či ztratili zaměstnání. S tím související nedostatek financí nakonec takové jedince vede ve snaze o získání prostředků a zaplacení fitcentra a nadměrného příjmu potravy k trestné činnosti a ne jeden postižený končí ve vězení (www.anabell.cz).

*"Sport již před mnoha lety přestal být otázkou zdraví a stal se otázkou peněz"* (Yesalis, Cowart, 1998). A peníze jsou mocným lákadlem. Přilákaly do sportu a do řad fitcenter jedince, kteří chtějí vydělávat peníze za každou cenu, bohužel i za cenu poškození zdraví lidí, kterým dodávají nelegální léky. Bigorektici jsou pro tyto bezsoucité obchodníky velmi dobrou kořistí. Bigorektici obvykle mají mohutné rozměry, jsou oblečeni do mohutnost zvyšujících svetrů nebo kožených bund. Vzájemně si vyměňují zkušenosti o tréninku, léčbě zranění, používání jednotlivých ergogenních prostředků nebo přímo anabolických steroidů. Protože se bigorektici nepovažují za dostatečně připravené, aby se přihlásili do nějaké soutěže, nemusí se obávat odhalení při dopingových testech. Aplikují nedovolené látky

v nadměrných dávkách, bez jakékoli konzultace s lékařem a navíc dlouhodobě. Tím se podstatně zvyšuje riziko hrubého poškození zdraví. Včasná diagnostika poruchy a odborný lékařský zásah mohou tak v případě bigorektiků, stejně jako v případě anorektiků, doslova zachránit jejich život ([www.anabell.cz](http://www.anabell.cz)).

#### **2.6.4 Orthorexie**

Další porucha příjmu potravy, která se v posledních letech rozmáhá, se nazývá orthorexie (orthorexia nervosa). Je to porucha, kdy je člověk chorobně zaujat zdravým stravováním (Křivohlavý, 2009).

Orthorexie se skládá ze dvou řeckých slov: orthos=správný a orexis=chuť.

J. Kulhánek ji označuje jako patologickou posedlost zdravou výživou. Nejdříve se tato porucha projevuje docela nenápadně. Zpočátku se jedinec začne orientovat na zdravou výživu, na obchody se zdravými potravinami a na hledání informací, jak se takové potraviny vyrábějí, ale pak se toto stává až posedlostí a hlavní náplní volného času. Jedinec má silnou obavu z nezdravého jídla, stále více jídlo zkoumá. Jídelníček se tak zužuje na minimum, nemocný výrazně hubne, na jídlo myslí vlastně neustále, často ho trápí úzkosti a deprese, které vedou k pocitu osamění a izolaci od společnosti, jako u mentální anorexie ([www.idealni.cz](http://www.idealni.cz)).

#### **2.6.5 Drunkorexie**

Porucha příjmu potravy, se kterou se nejčastěji setkáváme mezi mladými lidmi. Vyznačuje se opakovaným redukováním příjmu potravy s cílem snížit příjem kalorií a dovolit si tím pádem pít více alkoholu. Tato jídelní porucha vychází ze skutečnosti, že alkohol, zejména „tvrdý“, je poměrně kalorický. Drunkorexie zahrnuje i cílené zvyšování výdeje energie na oslavě či diskotéce kombinováním tvrdého alkoholu s energetickými nápoji. Tato porucha se týká spíše žen, i když ani muži nejsou vůči ní imunní. Porucha je velmi nebezpečná, jelikož za těchto podmínek je účinek alkoholu silnější. Tělo ho hůře vstřebává, navíc ho dostane často ve vyšší dávce (Kulhánek, 2001).

## 2.6.6 Pika

Vyznačuje se nutkavým požíváním látek, které nejsou určeny k jídlu a nejsou stravitelné. Může se jednat o hlínu, barviva, odpadky, papír, vlasy apod. Pika je spojena s raným věkem dítěte a ve starším věku přetrvává velmi zřídka. Do dospělosti může přetrvávat zejména u mentálně retardovaných v ústavní péči. Více se také vyskytuje v nižších sociálních vrstvách nebo bývá spojena s deprivacími fenomény a často nízkou sociokulturní úrovní rodiny. Může se vyskytnout v rámci širší psychiatrické poruchy, jako je infantilní autismus, psychotické onemocnění nebo výše zmíněná mentální retardace. Může se však objevit také jako izolovaný příznak. Dítě může takto reagovat například na rozvrat manželství rodičů, týrání, nebo výchovné zanedbávání (Koutek in Hort, 2008).

U postižených dětí může ohrožovat život nebezpečí otravy a vznik ileu, neboli neprůchodnosti střev, v důsledku konzumace nestravitelných látek. Léčba vychází z vyšetření a posouzení etiologických faktorů a potřebná je i práce s rodiči (Hort, 2008).

## 2.6.7 Ruminace

Porucha příjmu potravy spojená s opakovanou regurgitací, u které není přítomna nauzea (nutkání ke zvracení). Se symptomem ruminace se lze setkat zejména v útlém věku, u kojenců, ale také ve věku batolecím či pozdějším. Porucha se vyskytuje jen relativně zřídka. Ruminace se může častěji vyskytovat v rámci mentální retardace, stejně jako u choroby pika. U dětí postižených touto nemocí nevidíme známky nevolnosti a jiných negativních pocitů. V rámci poruchy může dojít k poklesu či stagnaci hmotnosti, dehydrataci. Porucha může vést až ke kachexii a následnému ohrožení života. Na vzniku se mohou podílet deprivacími vlivy rodiny nebo problémový vztah se základní vztahovou osobou, nejčastěji matkou. Není výjimkou, že matky postižených dětí vykazují příznaky duševních chorob. Léčba ruminace musí být zaměřena jak na dítě, tak i na psychoterapeutické ovlivnění matky a celé rodiny. U malých dětí je terapií nejčastěji herní psychoterapie, u starších dětí spojená s technikami kognitivně-behaviorální terapie (Hort, 2008).

## **2.6.8 Vybíravost**

Vybíravost v jídle se obvykle vyskytuje při dostatku či nadbytku jídla a ne tam, kde je jídlo jako součást každodenního boje rodiny o přížití, kde je v rodině větší počet dětí a každé z nich je rádo, že najíst dostalo. Vybíravost začíná tam, kde naopak je z čeho vybírat. Vybíravost se vyskytuje u všech věkových skupin. Jedna americká studie uvedla, že 20 % tříletých dětí je velmi vybíravých a jí omezenou stravu. Vybíravost může mít více příčin. U malých dětí projevem může být neofobie, která se někdy vztahuje na pamlsky, na které si navykly a odmítají jíst „větší“ nebo teplá jídla. V extrémní podobě si děti (častěji chlapci) omezují jídelníček na několik jídel nebo jedí jen 2-3 potraviny, obvykle s převahou sacharidů, například chipsy, sušenky apod. Obtíže mizívají v adolescenci (Fraňková, Dvořáková-Janů, 2003).

## **2.7 Blogy**

Název „weblogy“ byl poprvé použit v r. 1997 Jornem Bargerem a až později se začala užívat jeho zkrácená verze „blog“. Stránka, která je považována za první blog byla vytvořena v roce 1996 (Herring, Scheidt, Bonus a kol., 2005).

### **2.7.1 Stručná historie blogů**

Za první blog je považován Winner's Scripting News. Jednalo se o reflexe na nejrůznější témata. První internetové blogy se pak ve větší míře objevily ke konci 90. let a staly se velice rychle populárními, především díky jejich dostupnosti a nenáročnosti při vytváření (Walker, 2003). Na vytváření blogů a tím se blogování stávalo stále dostupnější a populárnější (Nardi, Schiano, Gumbrecht, 2004, Blood, 2000). Tyto webové stránky způsobovaly na internetu revoluci. Prakticky kdokoliv, kdo má přístup k připojení k internetu, může si vytvořit svůj vlastní blog bez větších znalostí programových jazyků (Walker, 2003).

Z počátku byly blogy zejména místem, kde se shromažďovaly různé informace a názory na světové události (Herring, Scheidt, Bonus a kol., 2005). Blogování se objevovalo také v souvislosti s různými médii, která nějak zasahovala do politických kampaní, obchodu a dalších veřejných záležitostí (Nardi, Schiano, Gumbrecht, 2004).

## **2.7.2 Charakteristika blogů**

Blog je místem, kam lze zapisovat a následně zveřejňovat své postřehy, názory, zkušenosti apod. Podle Siemense (2002) je blog jedinečným nástrojem nových médií – slouží ke spojení a k interakci mezi uživateli. Založit blog je dnes velmi jednoduché a jeho prostor lze využívat mnoha způsoby. Některé blogy podle Kopty (2003) plní roli hlídacích psů demokracie nebo se samy pouštějí do sledování témat, která jsou pro média nerentabilní. Mnoho blogů ale plní spíše funkci tzv. osobních deníčků nebo v nich autoři se čtenáři sdílejí své zájmy. Zároveň poskytuje mnoho autorů pod svými příspěvky prostor pro příspěvky čtenářů. V tomto prostoru mnohdy vznikají diskuze, kde se mohou konfrontovat rozmanité názory a zkušenosti.

Obsah blogů se nezobrazuje chronologicky, ale naopak v obráceném časovém sledu. Čtenáři se tedy jako první vždy zobrazí ty nejčerstvěji vložené články, obrázky, či různá videa. Zatímco dříve převažoval obsah textový, dnes je trendem vizualizace. To znamená, že videa a obrázky jsou na blog vkládány stále častěji (Badger, 2004).

Mezi pisatelem a čtenářem dochází k asynchronní komunikaci. Ta se neodehrává v reálném čase a je typická různě dlouhou prodlevou mezi vysláním sdělení a obdržáním odpovědi (Vybíral, 2005).

Blogování představuje širokou možnost sebeprezentování v online prostředí. Blogy známých i méně známých osobností doplňují zpravodajské a publicistické internetové servery. Pro dospívající je zase typické zakládání blogů s tematikou svých ikon – převážně umělců, sportovců, různých celebrit apod.

Specifikem blogů je jejich interaktivita. Většina blogů se odkazuje na další webové stránky a čtenáři se takto mohou pohybovat mezi různými blogy nebo diskuzemi,

at' už v rámci jen jednoho blogu, nebo mezi blogy vzájemně. Na blozích se většinou objevuje tzv. „blogroll“, což je seznam odkazů na další blogy, které autor blogu doporučuje (Walker, 2003). Ty mohou poukazovat na zájem blogera, proto se většinou jedná o seznam blogů spřátelených, na kterých autora něco zaujalo, popřípadě se může jednat o přátele v reálném prostředí. Základním komunikačním nástrojem na blozích jsou především ale příspěvky a komentáře.

Blogování je podle Lasici (2001) popisováno jako aktivita, která může přinést nové formy veřejného projevu a vytváří online komunity. Blog je v prostředí internetu vnímán jako epicentrum osobní prezentace jednotlivců. Protože blog jako takový není příliš omezen, dává skutečně nevelké možnosti k sebezprezentaci. V různých blogujících komunitách se tak mohou setkávat lidé s velmi ojedinělými zájmy, kteří by jinak měli velmi málo příležitostí k interakci. Serverů, které blogování umožňují, je spousta. Jedním z nejoblíbenějších u nás je doména blog.cz.

Herring, Scheidt, Bonus a kol. (2005) ve svém výzkumu blogů tvrdí, že většina blogů byla aktualizována v posledních dvou dnech. Průměrný počet dnů od posledního příspěvku byl 2,2 dne. Počet dnů mezi jednotlivými příspěvky byl v průměru 5 dní. Z toho vyplývá, že blogy jsou poměrně často aktualizovány. V této analýze se ale jedná pouze o aktivní blogy. Dále Herring, Scheidt, Bonus a kol. (2005) uvádí, že komentářů k příspěvkům je v průměru 0,9, ale většina příspěvků zůstává bez komentáře. Dále je zjištěno, že příspěvky jsou komentované zpravidla jen pár dní po jejich uveřejnění. Scheidt (2006) ale uvádí, že více než 66% blogů je dočasně nebo trvale opuštěno.

K příspěvkům na blozích se mohou snadno vyjadřovat čtenáři. Právě poskytování zpětné vazby je pro většinu tvůrců velmi podstatným aspektem blogování, stejně jako sledování návštěvnosti jeho blogu, kterou velmi často pečlivě sledují. Výsledky výzkumů ukazují, že autoři si už při psaní a vkládání příspěvků založí svou čtenářskou obec, jejíž zážitky a reakce si dobře uvědomují. Lze tak říci, že blog si vytváří své publikum, zároveň ale publikum utváří i blog, který sleduje (Nardi, Schiano, Gumbrecht, 2004).

Kategorizování blogů není jednoduchým úkolem. Blogeři často podléhají trendům a různým módním vlnám. To platí zejména na blogy určené pro dospívající. Přesto

si pro příklad uveďme kategorizaci blogů dle Bloodové (Herring, Scheidt, Wright a Bonus, 2005) do tří hlavních kategorií. Těmi jsou filtry, osobní deníky a poznámkové bloky. Filtry jsou kategorií nejméně osobní. Jedná se o takzvané informace z vnějšku, které blogger určitým způsobem filtruje a předkládá tak čtenáři okruh svého zájmu. I tak do jisté míry odkrývá své soukromí, ale rozhodně méně, než u dalších dvou typů blogů.

Herring, Scheidt, Bonus a kol. (2005) rozlišují čtyři základní typy blogů:

1. Filtry (filtres) – na tomto typu blogů autor takzvaně filtruje informace. Obsah blogu je ve vztahu k autorovi externí, obsahuje odkazy na světové události, přehledy a podobně.
2. Osobní deníky (personal journals) – obsah blogu je o samotném autorovi blogu, jeho aktivitách, vnitřních pocitech. Blogy typu deníků jsou plné emocí a prožitků pisatele. Obsah těchto blogů je zřejmě nejintimnější.
3. Poznámkové blogy (notebooks) – mohou obsahovat jak informace, které jsou ve vztahu k autorovi externí, tak i osobní názor a vnitřní stavy autora. Převážně se jedná o delší eseje, kde autor sděluje např. svůj pohled na světové události.
4. K-logy (knowledge-logs) – jedná se o odborně přepsaný blog, spíše na vědecké bázi. Vyznačují se větší odborností a vědecktější přístupem (Herring et al., 2005). Často jsou však blogy pestrými kombinacemi různých typů, jejichž společným jmenovatelem i nadále zůstává jen sám tvůrce blogu.

Minařík (2010) rozdělil blogy takto:

1. Firemní blogy – určené zejména pro zaměstnance dotyčné firmy
2. Zpravodajské blogy – založeny zejména za účelem publikování zpráv ve formě příspěvku
3. Informační blog
4. Uživatelský blog – nejpoužívanější typ blogu založený běžným uživatelem, podle uvážení autora lze na jeho stránkách reagovat a přispívat do diskuze.

Herring, Scheidt, Bonus a kol. (2005) ve výzkumu identifikovali nejvyšší zastoupení mezi blogy typu osobních deníků (70,4%), filtrů 12,6% a nejméně k-logů (3%). Ostatní blogy byly smíšeného typu nebo nebyly zařazeny ani do jedné skupiny. Bylo také



zjištěno, že ženy a dospívající vytvářejí nejčastěji osobní deníky, ostatní typy jsou zase utvářeny dospělými muži.

Virtuální a neosobní prostředí blogu poskytuje někdy i velmi podrobný náhled do intimního života pisatele. Do jisté míry se na něm sebeodhaluje, ať už prezentací svých názorů, nebo také například i výběrem designu blogu či avatarem, což je obrázková ikona či fotografie zobrazující se u každého příspěvku.

Podle Bloodové (2000) přináší blogování mnoho pozitivního. Umožňuje rozvíjet vztahy, učí lepší argumentaci. Z vlastní zkušenosti blogerky uvádí, že se při pravidelné tvorbě příspěvků naučila více si vážit vlastního názoru, považovat svůj pohled na věc za jedinečný a důležitý. Po zpětném analyzování svých článků navíc lépe poznala sebe samotnou, když zjistila, že její zájmy jsou podle zaměření příspěvků trochu odlišné, než si do té doby myslela.

### **2.7.3 Blogerři**

Blogování se obecně více věnují spíše mladí lidé a adolescenti, než starší část populace. Herring, Kouper, Scheidt a kol. (2004) provedli obsahovou analýzu 357 náhodně vybraných blogů. Zaměřili se především na pohlaví, věk a další charakteristiky blogerů. Pohlaví bylo možné z informací blogu určit v 94% případů a věk v 90% případů. Mezi tvůrci blogů je podle těchto autorů zastoupení teenagerů velmi podobné, mužů nepatrně více než žen (52%). Mezi teenagery je daleko více blogujících dívek, než chlapců. Herring, Scheidt, Kouper a Wright (2006) uvádí, že adolescentní dívky jsou autorkami převážné většiny blogů typu osobních deníků. Polovina blogerů (51%) je dospělých (nad 20 let), 10% je v období takzvaného emergency adulthood (20-25 let), zbylých 39% byli teenageři do 20 let.

## 2.8 Internetové komunity

Internetová fóra a diskuze jsou místem, kde se sdružují lidé se stejnými zálibami nebo stejným zaujetím pro určitou aktualitu, situaci apod. (Reiley, 2005). Zbiejczuk (2007) soudí, že mnoho blogů aktivizuje a vytváří komunitu. Internetové (nebo online) komunity vznikají ve virtuálním prostředí internetu a jsou charakterizovány jako skupiny lidí s podobným zájmem řídicími se určitými normami a pravidly a jsou podporovány technologií (Preece a kol, 2003, Preece a Maloney-Krichmar, 2005). Specifikem těchto skupin je neomezenost jejich členů geografickou polohou a možnost komunikovat mezi sebou asynchronně. Každá komunita má trochu jiná pravidla, ale existuje několik obecných zásad, které jsou pro úspěšně fungující komunity společné:

1. Každý z účastníků si musí ujasnit, co přináší a co by chtěl získat.
2. Existuje způsob, jak odlišit, kdo do komunity patří a kdo ne.
3. Pravidla komunity by měla být jasná a jejich nedodržování nějak sankcionováno. Protože by příslušníci komunity měli mít pocit silné sounáležitosti se skupinou, nejvyšším trestem je vypovězení z komunity (podle Veselého, 2005).

### 2.8.1 Proanablogy, proana komunity

Chesley, Alberts, Klein a Kreipe (2003) definují proanablogy jako stránky, které obsahují konkrétní návody pro snižování hmotnosti a udržování nízké tělesné hmotnosti. Tyto návody jsou velmi radikální, jejich dodržování vede k rychlému úbytku hmotnosti. Stránky také obsahují návody, jak hubnutí utajovat a jak se vyhnout hospitalizaci. Jejich součástí jsou různé motivační obrázky (thinspiration, zkráceně uváděny i jako thinspa, v češtině často překládány jako thinspirace), motta podporující hubnutí, „příkázání“. Dívky se pomocí těchto stránek sdružují a poskytují si podporu pro další hubnutí, případně pořádají soutěže v hubnutí.

Overbeke (2008) shrnuli publikované články o proana, zaměřily se na jejich obsah. Nejčastěji, v 93%, se na blozích vyskytují podpůrné skupiny a thinspiration. V 60% se objevují zkušenosti s užíváním léků či preparátů pro podporu hubnutí. V 53,3% se objevuje varování před vstupem na blog a tedy vyloučení odpovědnosti za obsah a následky. Ve 33% měli tvůrci blogů za cíl poskytovat informace (tipy a triky, diety, návody

jak skrýt poruchy příjmu potravy, informace o nutričních hodnotách potravin). Vyskytly se také grafy BMI a kalkulačky nutričních hodnot potravin. Objevily hodnoty, které měly podobné prvky jako náboženství – ana příkázání, ana vyznání, ana modlitby.

Brotsky a Giles (2007) uvádí, že virtuální komunity týkající se poruch příjmu potravy se začaly objevovat po roce 1990. Díky interaktivnosti, kterou poskytuje internet, si členové mohou poskytovat vzájemnou podporu a rady. Výhodou je, že se tak děje anonymně, ve skupině vrstevníků či osob stejného zájmu; právě tyto faktory vytváří autentický pocit komunity. Komunity se vytváří na diskuzních fórech různých stránek, nebo na blozích. Giles (2006) se domnívá, že primární funkce proana komunit je spíše sociálního charakteru, informační charakter nepovažuje za určující.

Richardson a Cherry (2005) vypracovali obsahovou analýzu proana stránek a byly identifikovány tři oblasti, na které stránky mohou dělit. První část je textová. Tyto texty mají za úkol informovat a přesvědčovat současně. Tvůrci stránek nevyjadřují své pocity. Druhou oblast tvoří různé tipy a triky a třetí oblast jsou fotografie a obrázky.

#### a) Textová část

Mnohdy se tyto části skládají z osobních deníků a informací o tvůrci stránek. Většina proana stránek v oblasti pro osobní vyjádření využívají ovlivňování a přesvědčování, že anorexie není nemoc, ale životní styl. K tomuto ovlivňování jsou používány různé texty písní, básně, dopisy, kde anorexii uctívají a obdivují, kréda a upravené výživové pyramidy a podobně. Na žádné takové stránce nechybí místo pro diskuzi, většinou je to formou komentářů k přidaným článkům. Také si zde dívky vyměňují různé kontakty (skype, email, telefon...) (Richardson, Cherry, 2005).

#### b) Tipy a triky

Zde jde o sdílení tipů a triků, které se týkají anorexie od těch, které mají pomáhat a snižovat hlad a hubnout až po ty, jak skrýt anorexii před okolím a svými blízkými. Nejběžnější jsou tipy, co jíst a jak se jídlu vyhnout. Mluví se o takzvaných bezpečných potravinách, hodnotí se diety a podobně. Najdeme zde také tipy na cvičení a rady, které cvičení pomáhá nejvíce hubnout (Richardson, Cherry, 2005).

#### c) Obrazová část

Na obrázcích se objevují především modelky a celebrity, které mají podle tvůrců

stránek dokonalé tělo. Tyto obrázky jsou nazývány „tigger pictures“ (ve volném překladu „spouštěcí fotky), tedy fotky, které mohou výrazně podpořit vznik mentální anorexie. Často je uváděna výška, váha, BMI a pokud jsou známy, tak i další údaje.

Dalším typem fotek jsou tzv. bone pictures (fotky dívek, které trpí mentální anorexií a jsou velmi vyhublé, kostnaté). Některé proana dívky se identifikují s těmito extrémně vyhublými dívkami a vidí je jako krásné. Výjimečně se objevují fotky nazývané reverse tiggers (v překladu obrácené spouštění, tedy fotky, které mají sloužit jako odstrašující příklad), které zobrazují ženy s nadváhou. U těchto fotek jsou součástí nápisy zdůrazňující pohrdání a znechucení. Cílem je ukázat čtenáři, před čím ho mentální anorexie ochrání (Richardson, Cherry, 2005). Převážná většina stránek obsahuje tzv. thinspiration (zkráceně thispo). Jde o fotografie velmi štíhlých hereček a modelek, které anorektické dívky vnímají jako svou inspiraci a podporu ve svém snažení. Tyto fotografie mnohdy překračují hranice možnosti lidského těla a Ferreday (2003) uvádí, že v minulosti bylo několikrát zjištěno, že jsou také počítačově upravovány a celebrity jsou na nich zeštíhlovány. V neposlední řadě na své stránky dívky vkládají v některých případech i své vlastní fotografie, které jsou nejčastěji pouze fotografie bez hlavy, aby dívka chránila svou vlastní identitu. Zde se dívky dožadují zejména toho, aby tyto fotografie okomentovaly další bloggerky a hledají tak sociální podporu.

## **2.8.2 Tvůrci a čtenáři proanablogů**

Richardson a Cherry (2005) uvádí, že tvůrci a čtenáři těchto stránek mají velmi dobrý přehled v oblasti mentální anorexie a její diagnostiky. U většiny z nich byla mentální anorexie také diagnostikována. Hodně dívek mělo normální váhu, pouze jedna trpěla nadváhou a minimum mělo podváhu. Věkové rozmezí bylo 13-25 let. Majorita dívek bylo ze střední sociální vrstvy a relativně dobře vzdělaná (podle výzkumníků může hrát nezanedbatelnou roli přístup k internetu, který dívky z nižších sociálních vrstev převážně nemají).

Mezi tvůrce proana stránek mohou patřit tzv. wannarexie. Jde v podstatě o dívky, které chtějí mít poruchu příjmu potravy a na internetu předstírají, že jí trpí. Komunikace

je založená především na textu, proto je možné, aby si dívky vytvořily identitu, o které sní a odhalily pouze to, co odhalit chtějí (Gavin, Rodham, Poyer, 2008). Tyto dívky jsou ostatními většinou odsuzovány. Členové proana komunit si vytvářejí vědomí tzv. in-group a velmi ostře vymezují od ostatních blogerů. In-group je skupinou, které je člověk členem nebo se kterou se identifikuje. Lidé mají tendenci vnímat členy in-group jinak než členy out-group (skupiny, do které nepatří). (Aronson, Wilson, Akert, 2004). Nejvýrazněji se vymezují právě vůči tzv. wannarexies, které vnímají jako vetřelce, kteří poškozují vnímání komunity a její věrohodnost. Pro členy proana komunity je důležité zachovat si pocit, že patří k elitě (většina lidí se podle nich nedokáže stát anorektičkou). Proto bývají také proana bloggerky podezřívavé k nově příchozím, zejména pokud o sobě hned z počátku poskytují příliš informací. Podezřívají je, že jsou wannarexies a ohrožují tak jejich proana identitu (Giles, 2006).

Brosky a Giles (2007) prováděli introspektivní výzkum v proana komunitě na internetu. Výzkumníci vstoupili do proana komunit jako osoba, která trpí poruchou příjmu potravy. Z předchozích výzkumů byla vytvořena fiktivní postava jako typická proana dívka. Bylo zjištěno, že dívky v proana komunitě jsou velmi citlivé vůči tzv. haters (těm, kdo zneužívají zprávy a komentáře do diskuzí na proana stránkách) a jsou často velmi nedůvěřivé k nově příchozím. Proana komunita slouží jako obraný štít před okolím v reálném životě, kde jsou svým okolím nuceni k uzdravení a převzetí zodpovědnosti za svůj život. V některých komunitách se vyžadovalo členství získat souhlasem a pozitivním hodnocením ostatních, někdy dokonce nově příchozího zkusili z termínů používaných v proana komunitě, což sloužilo pravděpodobně právě jako obrana proti „haters“. Současně bylo zjištěno, že mohou být uživatelky proana komunit velmi ochotné pomoci nově příchozím a zajímají se o jejich příběh. V případě těchto „haters“ jde pravděpodobně o fenomén nazývaný v internetovém prostředí flaming (agresivní chování v online prostředí, které má podobu slovního napadání). Tyto agresivní komentáře a útoky protipro-ana blogerkám jsou ve velké části případů psány muži (Šmahel, 2002).

Internet pravděpodobně podporuje stereotypní chování, tedy i nadřazenost vůči mužům či ženám. Šmahel (2010) dále uvádí, že v elektronické komunikaci je vnímání sama sebe o mnoho výraznější než vnímání sociálního okolí. Je tedy možné, že tyto haters neumí vůbec přijmout pohled proana bloggerky a nedokáží ho respektovat.

Pro odborníky jsou tyto stránky velmi přínosné. Zároveň ale zde mohou bojovat mezi respektováním svobodného rozhodnutí nemocných dívek a jejich záchranou. Analýzou těchto stránek je možné blíže porozumět, jaké zisky vidí nemocné dívky ve své poruše, což je velmi přínosné pro úspěšnou léčbu mentální anorexie. Umožňují jim přístup k údajům v reálném čase a končí tedy období výhradně retrospektivních dat (Tierney, 2006).

## 2.9 Legislativa v České republice

V této kapitole bylo pracováno s pomocí právníka a zkoumáno, jaká legislativa v České republice se zabývá poruchami příjmu potravy. K tomu posloužily právníké programy Codexis advokacie a ASPI.

Po zadání klíčového slova anorexie se objevilo následující:

Slovo **anorexie**:

1. Do 14. 12. 2007 byla mentální anorexie uvedena jako dušení onemocnění v příloze č. 1 k vyhlášce č. 284/1995 Sb., kterou se provádí zákon o důchodovém pojištění, kdy dítě s mentální anorexií s trvajícím kachexií bylo považováno za závažné duševní onemocnění, při kterém se dítě považovalo za dlouhodobě těžce zdravotně postižené, až do funkčně uspokojivé klinické úpravy. Od 14. 12. 2007 byla příloha č. 1 zrušena.

Současně až do 1. 1. 2010 ve stejné vyhlášce byla mentální anorexie vedena jako duševní porucha a porucha chování, od 1. 1. 2010 to bylo opět již zrušeno.

Tato právní úprava byla od 1. 1. 2010 nahrazena vyhláškou č. 359/2009 Sb., kterou se stanoví procentní míry poklesu pracovní schopnosti a náležitosti posudku o invaliditě a upravuje posuzování pracovní schopnosti pro účely invalidity (vyhláška o posuzování invalidity), kde je opět mentální anorexie uvedena jako duševní porucha a porucha chování pro účely posuzování invalidity.

2. Mentální anorexie je dále uvedena v řadě Vzdělávacích programů Ministerstva zdravotnictví, např. č. 2/2011 Věst. MZd, o specializačním vzdělávání v oboru

Ošetřovatelská péče v psychiatrii, kde je např. modul Specializovaná ošetřovatelská péče o dítě s poruchou příjmu potravy a pod něj spadá: ošetřovatelská péče o dítě s poruchou příjmu potravy: fyzikální vyšetření sestrou, hodnotící techniky, posouzení potřeb dítěte, stanovení ošetřovatelských problémů, plán ošetřovatelských intervencí a edukace, poradenství, spolupráce se svépomocnými skupinami.

3. Dále je mentální anorexie uvedena např. metodickým pokynu Ministerstva práva a sociálních věcí č. 11/2007 Věst. MŠMT, v rámci okruhů primární prevence sociálně patologických jevů u žáků, na které se mají školy zaměřovat, další jsou tam uvedeny např. domácí násilí, týrání a zneužívání dětí apod.

4. Také to byla Informace MŠMT č. 6/2009 Věst. MŠMT, Strategie prevence rizikových projevů chování u dětí a mládeže v působnosti resortu školství, mládeže a tělovýchovy na období 2009 – 2012.

5. Nejvíce bylo nalezeno v modulu č. 2/2011 Věst. MZd, VZDĚLÁVACÍ PROGRAM, Ministerstva zdravotnictví specializačního vzdělávání v oboru Výživa dětí v osnovách tohoto programu.

#### **Slova porucha příjmu potravy:**

1. Byla dohledána zmínka ve vyhlášce č. 39/2012 Sb., o dispensární péči, kde je porucha příjmu potravy uvedena u poskytovatelů v oboru psychiatrie.

2. Dále je zde opět řada různých metodických pokynů, vzdělávacích programů apod.

## 2.10 Občanské sdružení Anabell

### Anabell BRNO - kontaktní centrum a sídlo celé organizace

#### Adresa:

Milady Horákové 50, 602 00 Brno

IČ: 266 06 518, DIČ: CZ 266 06 518

Tel.: 542 214 014

E-mail: [posta@anabell.cz](mailto:posta@anabell.cz)

Informace o Občanském sdružení Anabell jsou čerpány z webových stránek Občanského sdružení Anabell a z výročních zpráv z let 2003–2012.

V této části bych se dále ráda zabývala činností Občanského sdružení Anabell, které se zaměřuje na pomoc nemocným poruchami příjmu potravy, podpory jejich blízkým, také se věnují osvětě této problematiky a zajišťují mnoho další činností. Je to první a nejvýznamnější zařízení působící v České republice, proto chci činnosti Občanského sdružení Anabell věnovat náležitou pozornost.

Občanské sdružení Anabell sídlí v centru města Brna. Prostory jsou dostatečně vhodně vybaveny jak pro činnost samotných pracovníků, tak hlavně pro klientelu sdružení. Velká místnost slouží k prvnímu kontaktu s klienty a pro administrativní zázemí sdružení. Dále je k dispozici menší knihovna a nejdůležitější je zasedací místnost, kde se odehrávají veškeré individuální či skupinové terapie. Poslední prostory, které částečně občanského sdružení Anabell využívá je sídlo Centra pro zdraví a prevenci nemocí, které poskytuje v rámci činnosti občanského sdružení Anabell služby jako poradna celostní medicíny, poradna čínské medicíny a homeopatická poradna.



### **2.10.1 Vznik a činnost**

Organizace občanské sdružení Anabell vznikla na popud dosavadní předsedkyně a ředitelky Jany Sladké-Ševčíkové v roce 2002. Zakladatelka Občanského sdružení Anabell má vlastní zkušenosti s touto poruchou a je autorkou knihy *Z deníku bulimičky* (2003). Stávající ředitelce byl pro vznik Občanského sdružení Anabell podnětem ve světě osvědčený model terapeutických skupin Anonymních alkoholiků. Od roku 2003 sídlí organizace v Domě lékařských služeb, v centru krajského města Brna a poskytuje odborné individuální poradenství, skupinové programy, provozuje půjčovnu literatury a specializuje se na přednáškovou činnost v oblasti problematiky poruch stravování.

V roce 2004 organizace vybudovala své regionální pobočky v Praze a Ostravě, které zajišťují svépomocné skupiny. Od konce roku 2005 je v prostorách Občanského sdružení Anabell vybudována psychologická a nutriční poradna. V roce 2006 Občanské sdružení Anabell pokračovalo v provedení individuálních programů pro nemocné poruchami příjmu potravy provozováním poradenských služeb (psychologická i nutriční pomoc), dále svépomocné skupinové programy, trvalá nabídka pomoci pro rodiče a partnery nemocných osob. Pro posilování sociální integrace nemocných byly vytvářeny a více využívány modernější a flexibilnější nástroje – internet, motivační programy, telefonická krizová intervence apod. V průběhu celého roku 2007 usiluje občanské sdružení Anabell o vybudování nového pracoviště - Denního stacionáře pro léčbu poruch příjmu potravy.

Občanské sdružení Anabell - pro nemocné anorexií a bulimií je organizací poskytující nemocným, jejich rodičům i životním partnerům informace o poruchách příjmu potravy. Cílem je systematická podpora rozvoje preventivních programů, zejména zvýšením společenského povědomí o těchto poruchách. Navazují konexe s předními odborníky v České republice i v zahraničí a snaží se o maximální vzájemnou komunikaci. Nabývají tak nové, aktuální informace o přístupu k léčbě v jednotlivých zemích a využívají empatického přístupu k nemocným.

Občanské sdružení Anabell je jedinou organizací svého druhu, která se v České republice věnuje nejen nemocným poruchami příjmu potravy (mentální anorexií, mentální bulimií a záchvatovitým přejídáním), ale i jejich rodičům, partnerům a přátelům a poskytuje jim tak široký okruh služeb.

V určitém pojetí smyslu slova lze říci, že Občanské sdružení Anabell je organizací s mezinárodně vymezeným územím. Organizaci kontaktují klienti ze Slovenska i občané České republiky, pracující a žijící v zahraničí.

Hlavní těžiště práce občanského sdružení Anabell spočívá ve svépomocné komunikaci nemocných. Rovněž pořádá osvětové přednášky a besedy pro školy a vzdělávací zařízení. Také umožňuje vykonávat praxi studentům, kteří se o problémy poruch příjmu potravy zajímají nebo by se jim chtěli v budoucnu dále věnovat.

Občanské sdružení je neziskovou organizací financovanou z příspěvků různých fondů či projektů Evropské Unie a podobně. Činnost Občanského sdružení Anabell je zajišťována nejen ředitelkou organizace, ale též mnoha dalšími specializovanými a odborně vyškolenými pracovníky. Organizace má k dispozici psycholožku, nutriční poradkyni, koordinátory svépomocných skupin, a koordinátora studentů a dobrovolníků. Orgány Občanského sdružení Anabell jsou Valná hromada, Předsednictvo a Revizní komise. Statutárním orgánem sdružení je předsedkyně.

V roce 2012 došlo k zásadnímu oddělení poradenských služeb od vzdělávacích aktivit založením vlastní vzdělávací agentury s názvem InfoPoint.

## **2.10.2 Služby**

Občanské sdružení Anabell nabízí pestrý sortiment služeb. V současné době se klienti mohou účastnit individuálních i skupinových terapií, k dispozici mají velký výběr odborných knížek a materiálů na danou problematiku. Organizace zaměřuje svou činnost i na širokou veřejnost, kterou se snaží informovat o poruchách příjmu potravy a jejich nebezpečí. Důležitá je spolupráce také s odbornou veřejností.

- Poradna Klientského centra - Poradna pro poruchy příjmu potravy

Před návštěvou v Poradně pro poruchy příjmu potravy je nutné absolvovat vstupní pohovor se sociální pracovnící občanského sdružení Anabell. Na tento pohovor je nezbytné se předem objednat. Klientovi nebo klientce je zde umožněno vyjádřit konkrétní požadavky a očekávání a prodiskutovat různé možnosti řešení. Podstatou poradny je poskytnutí psychologického a nutričního poradenství – jedná se o individuální konzultace cca 60 minut.

Toto specializované poradenství je zaměřené na vysvětlení nemoci, na metody a postupy léčby v odborných zařízeních, na posilování sebevědomí, na souvislosti nemoci a psychických procesů osobnosti klienta, na stravovací návyky z rodiny i z okolí. Možné je umožnit i psychiatrickou ambulanci obsahující odborné vyšetření.

V roce 2012 se do Poradny Anabell objednalo celkem 119 klientů, na sezení se skutečně dostavilo celkem 104 klientů, jednalo se o 99 žen a 5 mužů. Devět klientů bylo mladších 18 let.

- Svépomocné skupiny - jednou týdně probíhá svépomocná skupina pro nemocné poruchami příjmu potravy, každý měsíc svépomocná skupina pro rodiče, partnery a přátele nemocných.

Hlavním cílem je pomoc nemocným při porozumění základních souvislostí nemoci. Skupina pomáhá upevňování sociálních vztahů, podporu v rozhodování k setrvání v léčení. Je zde klientům umožněno řešit své problémy ve skupině lidí, stejně postižených a tím zprostředkovat skutečnost, že v nemoci nejsou sami a vždy mají možnost kohokoli zde požádat o pomoc.

Svépomocné skupiny mohou být prvním krokem, místem, kde se dají získat informace a zažít pocit, že s chorobou nejsme na světě sami. Ne vždy však postupuje hledání pomoci směrem od svépomocné skupiny k odborníkovi (Papežová, 2012).

- Internetové poradenství - se prostřednictvím internetové komunikace snaží zodpovědět dotazy, související s oblastí poruch příjmu potravy. Klienti mohou psát své dotazy na adresu [iporadna@anabell.cz](mailto:iporadna@anabell.cz), odpověď je garantována do pěti pracovních dnů. Toto poradenství je svým charakterem krátkodobé, nenahrazuje odborný kontakt tváří v tvář ani dlouhodobou léčbu nebo terapii.

V roce 2012 bylo v rámci internetové poradny odpovězeno celkem 305 dotazů. 278 dotazů psaly ženy, 24 dotazů muži, u 3 klientů nebylo možné určit pohlaví. 37 klientů bylo mladších 18 let.

- Centrum pro zdraví a prevenci nemocí, které poskytuje tyto poradny: poradna celostní medicíny, poradna čínské medicíny, poradna homeopatická. V poradnách pracují lékaři, vzdělaní v principech celostní medicíny orientovaní na léčbu psychosomatických chorob. Jedná se o externí spolupracovníky občanského sdružení Anabell.
- Literatura k zapůjčení – klient si za symbolický poplatek může zapůjčit publikace s tematikou poruch příjmu potravy a další odborné a populárně naučné tituly z oblasti psychologie, psychiatrie, výživy (k dispozici celkem cca 400 titulů). Některé publikace s tematikou poruch příjmu potravy je možné v občanském sdružení Anabell přímo zakoupit.
- Webová stránka [www.anabell.cz](http://www.anabell.cz) - zprostředkovává mnohé informace o Občanském sdružení Anabell i o poruchách příjmu potravy. Tato webová prezentace patří pravděpodobně k nejobsáhlejším zdrojům informací o PPP na českém internetu.
- Linka Anabell  
Telefonická linka Anabell slouží k poskytnutí informací všem zájemcům, kteří se rozhodnou svěřit se se svým problémem a obrátit se na pomoc. Linka slouží nejen nemocným, ale komukoli, kdo chce získat informace o sdružení, poskytovaných službách či o nemoci samotné.
- Přednášková činnost – probíhá jak pro základní, střední tak i vysoké školy v souvislosti s preventivními programy.
- Specializované semináře akreditované Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy
- Měsíčník - Zpravodaj Anabell – pravidelně vycházející brožurka, která je plná aktuálních informací, nezbytných rad a rozhovorů.

- Schránky důvěry - jsou k dispozici na dvaceti místech po celé republice. Nejvíce se snaží schránky Anabell obstarávat na středních školách, ale i jiných místech, kde by mohly být prospěšné cílové skupině.
- Týden proti mentální anorexii a bulimii – je od roku 2004 Občanské sdružení Anabell spolupřátelstvem ve spolupráci se Zdravotním ústavem v Brně a za podpory Ministerstva zdravotnictví České Republiky.

Občanské sdružení Anabell je také partnerem projektu Brno – Zdravé město, přímo spolupracuje s vedoucí koordinátorkou projektu Mgr. Ivanou Draholovou. V souvislosti s tímto projektem nabízí své služby při účasti na Brněnských dnech pro zdraví. Občanské sdružení Anabell se zasloužilo o edici dvou populárně poučných titulů s tematikou zaměřenou na poruchy příjmu potravy. První kniha „Rozlučte se s bulimií“ byla vydána v koprodukcii s nakladatelstvím ERA Brno. Druhým výtiskem, kterým mohlo občanské sdružení Anabell přijít do povědomí veřejnosti byla brožurka „Diety při onemocnění mentální anorexií a bulimií“, jsou přístupné a na webových stránkách možné ke stažení například také brožury „O poruchách příjmu potravy pro otce a partnery“, „Příručka pro zdravotníky aneb Různé tváře poruch příjmu potravy“, „Nutriční doporučení pro komunikaci s klientem poruch příjmu potravy“ a mnohé další.

Sdružení se již od roku 2003 účastní Mezinárodní konference o poruchách příjmu potravy v Praze. Tato konference je významným setkáním odborníků v oblasti prevence, léčby a terapeutických přístupů. Občanské sdružení Anabell je aktivním účastníkem tohoto setkání od roku 2005 Od listopadu 2005 sdružení realizuje projekt „Nezůstávej na to sama“ spolufinancovaný Evropskou Unií a státním rozpočtem České Republiky.

Během své existence iniciovalo Občanské sdružení Anabell desítky článků, televizních spotů a rozhlasových relací o poruchách příjmu potravy. Snaží se tak zvýšit informovanost o této problematice ve společnosti. Kupříkladu spolupracovalo s těmito médii: televize Prima, Česká televize Brno, deník Rovnost, časopisy Regenerace, Žena a život, Osobní lékař, Literární noviny, Psychologie dnes a Moje psychologie rádio Petrov, Český rozhlas Brno a Praha, rádio Regína.

Informováním veřejnosti se Občanské sdružení Anabell snaží zbořit tabu, které v souvislosti s nemocemi poruch příjmu potravy obecně panují. Právě protože jsou ve společnosti mnohdy tabuizované, brání nemocným, aby se se svými potížemi netajili a vyhledali odbornou pomoc.

Na základě tohoto přehledu poskytovaných služeb je zřejmé, jak širokou řadou činností se občanské sdružení Anabell zabývá. Během několika let své existence organizace vstoupila v povědomí nejen mnohým odborníkům, ale hlavně i široké veřejnosti. Nejpodstatnější však je, že se dostala do povědomí klientů, kteří zde najdou velký výběr možné pomoci a podpory.

### **2.10.3 Potencionální klienti**

Občanské sdružení Anabell se zaměřuje na několik cílových skupin. Nepochybně hlavní kategorií jsou klienti s poruchami příjmu potravy. Jsou to osoby, které onemocněly některou z poruch příjmu potravy (mentální anorexií, mentální bulimií, záchvatovým přejídáním apod.).

Poskytovaná intervence je formou individuálních či skupinových forem pomoci, poskytováním informací a nabídky svépomocných programů.

Občanské sdružení Anabell se rovněž zaměřuje na rodiče a blízké nemocných poruchami příjmu potravy. Nemocná osoba může svým vyhublým tělem volat o pomoc a snažit se tak paradoxně a drasticky přivolávat pozornost, která mnohdy nemocným chybí.

Startovacím obdobím poruch příjmu potravy nejčastěji bývá puberta, kdy právě komunikace dospívající dívky nebo chlapce s rodiči naráží na nejrůznější bariéry. Proto je namístě věnovat se i takto blízkým osobám nemocného jedince a snažit se mu pomoci pochopit, co se s jeho dcerou či synem děje, jaký je nejvhodnější zvolit postup při léčbě, jak ovládnout své chování, jaké modely komunikace a sociálního kontaktu používat a jak celý rodinný systém ozdravit.

Činnost občanského sdružení Anabell je též zaměřena na odbornou veřejnost, a to v rámci budování stabilní primární prevence, nezbytné pro komplexní ozdravný proces společnosti. Dále se též občanského sdružení Anabell zaměřuje na žáky a studenty základních a středních škol. Pořádá programy primární prevence, přednášky, semináře, jejich

členové bývají součástí různých konferencí pro studenty i širokou veřejnost, usilují o to, aby cílová skupina získala znalosti, dovednosti a postoje podporující zdravý životní styl, zahrnující zdravé stravování a zdravé sebepojetí, a aby tyto prostředky dokázala uplatnit ve svém chování v budoucnu.

## 3 METODIKA PRÁCE

### 3.1 Charakteristika zkoumaného souboru

Respondenty byli vybráni studenti výhradně pedagogických fakult, v jakékoli věkové kategorii, formě studia, či studovaném oboru. Tito studenti byli zvoleni se záměrem zjistit, jaký mají pohled na proana stránky jako budoucí pedagogové, které se s poruchami příjmu potravy a s nimi souvisejícími proanablogy mohou setkat.

#### Položka č. 1 Pohlaví

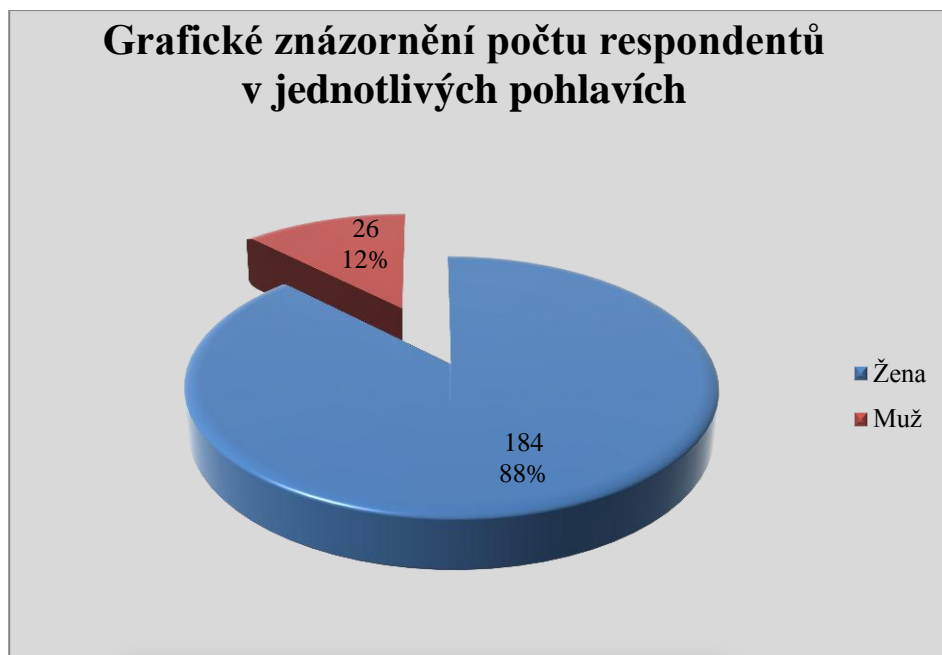
Z celkového počtu 210 respondentů (100%) bylo 184 žen (87,62%) a pouze 26 mužů (12,38%), jak je uvedeno v tabulce č. 2.

Procentuální rozložení poměru mužů versus žen zobrazuje Obrázek 1 a 2.

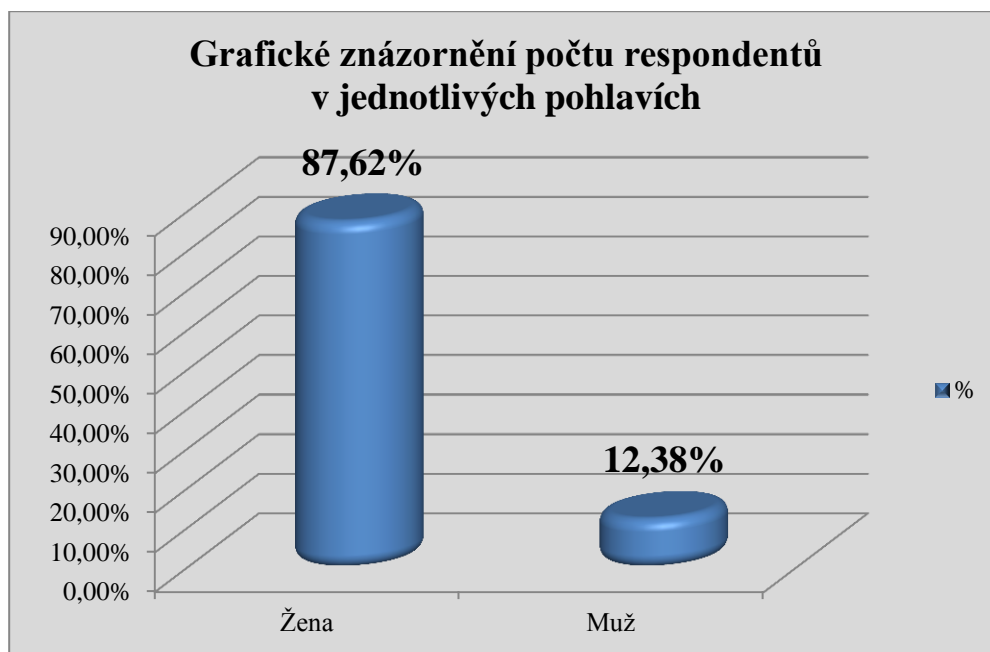
**Tabulka 2 Pohlaví respondentů**

Pohlaví	n	%
žena	184	87,62%
muž	26	12,38%
<b>Celkem</b>	<b>210</b>	<b>100%</b>





Obrázek 1 Graf znázornění počtu respondentů v jednotlivých pohlavích



Obrázek 2 Graf znázornění počtu respondentů v jednotlivých pohlavích

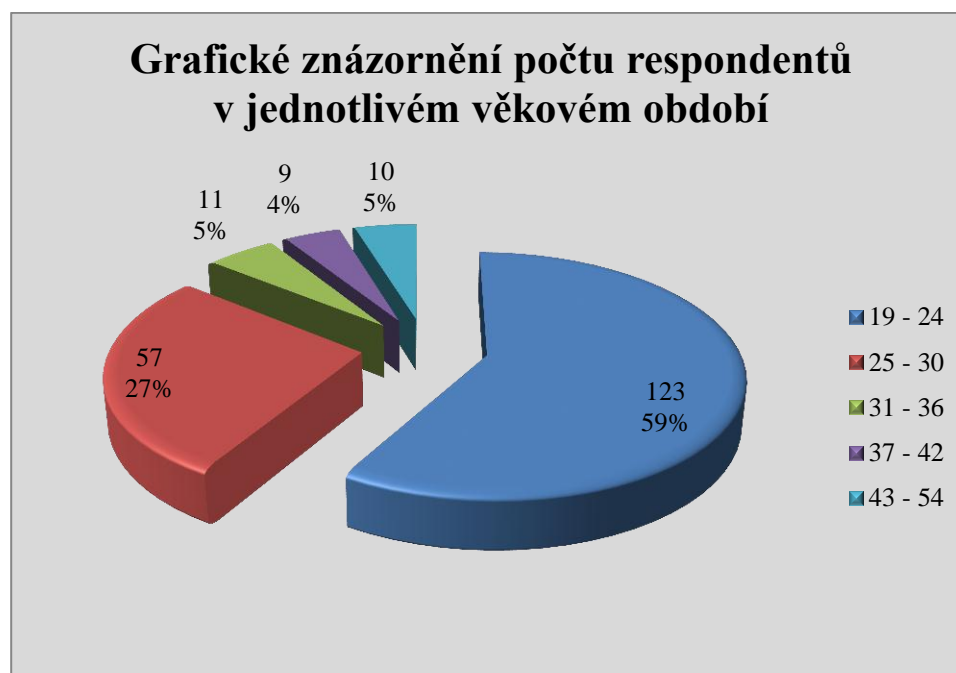
## Položka č. 2 Věk

Z celkového počtu 210 respondentů (100%) tvořila největší skupinu 123 respondentů (58,57 %) věková kategorie 19 – 24 let. 57 respondentů (27,14%) bylo ve věkové kategorii 25–30 let. Dalších 11 respondentů (5,24%) bylo analyzováno ve věkové kategorii 31–36 let. Čtvrtou skupinu s 9 respondenty (4,29%) utvořilo věkové rozhraní 37–42 let a nakonec skupina o 10 respondentech (4,76%) ve věku 43–54 let.

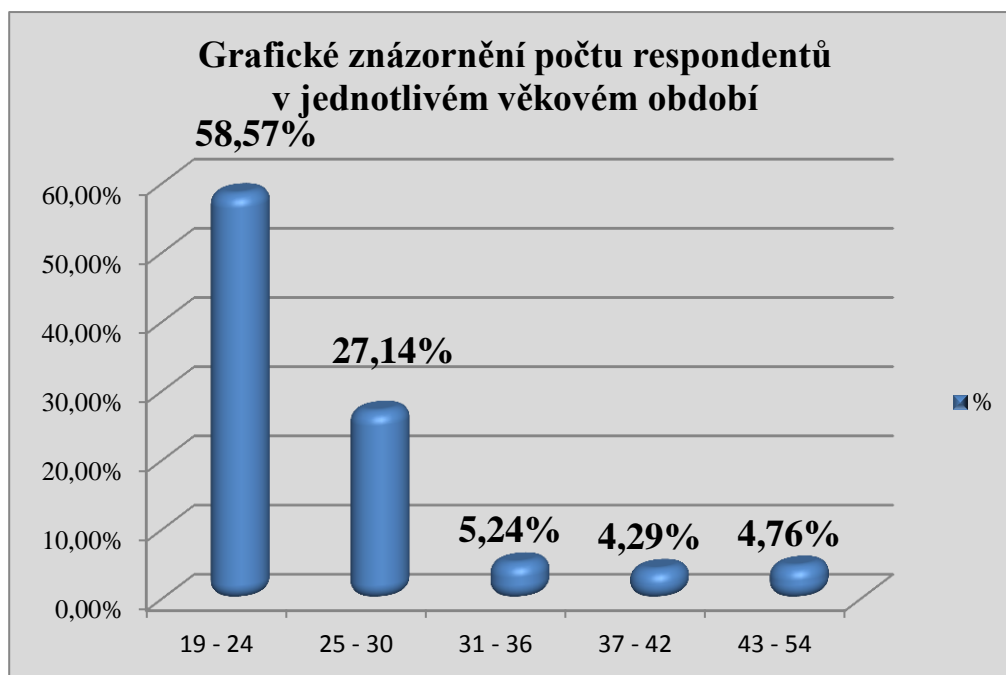
Grafické rozčlenění věkové kategorie zobrazuje Obrázek 3 a 4.

**Tabulka 3 Věk respondentů**

Věk respondentů	n	%
19 - 24	123	58,57%
25 - 30	57	27,14%
31 - 36	11	5,24%
37 - 42	9	4,29%
43 - 54	10	4,76%
<b>Celkem</b>	<b>210</b>	<b>100%</b>



Obrázek 3 Graf znázornění počtu respondentů v jednotlivém věkovém období



Obrázek 4 Graf znázornění počtu respondentů v jednotlivém věkovém období

### 3.2 Organizace výzkumu a popis použitého dotazníku

Kvantitativní výzkum je založen na ověřování platnosti teorií, měřených čísla, analyzovaných pomocí statistických procedur s cílem zjistit, zda je zobecnění teorie pravdivé. Přednosti dotazníku spočívají v malé časové náročnosti a možnosti získat velké množství údajů od více osob současně v krátké době, je zde možnost ověřitelnosti dat a analýzy dat. Nevýhodou je, že je nutné zkoumanou realitu redukovat v počtu pozorovaných proměnných, na krátké období na výběrový soubor že mezi tazatelem a dotazovaným a dochází k omezení osobního kontaktu (Bártlová a kol., 2008).

Dotazník, který byl použit, obsahuje soubor 21 formulovaných otázek potřebných pro výzkumné šetření. Dotazník byl zpracován v elektronické a v tištěné podobě, která byla osobně rozdána studentům pedagogické fakulty. V elektronické podobě byl dotazník šířen přes internetovou síť. V tištěné podobě bylo odevzdáno 70 dotazníků a 100% z nich bylo použito pro výsledky výzkumného šetření. Z elektronického zdroje bylo vyplněno

154 dotazníků, z toho 140 bylo použito pro výsledky výzkumného šetření. Probandi své odpovědi zaznamenávali do dotazníku pomocí zaškrtování. U polouzavřených otázek měli možnost pro vepsání vlastní odpovědi.

V dotazníku byly použity 3 druhy otázek:

- uzavřené otázky;
- otevřené otázky;
- polouzavřené otázky.

Uzavřené otázky nabízí soubor možných variant odpovědí, ze kterých respondent vybere vhodnou předem formulovanou odpověď. Respondent vybírá jednu či více alternativ odpovědí. Otázky mohou být dichotomické (nejužší uzavřené) nebo polytomické (výběr odpovědi z více variant).

Otevřené otázky nabízejí možnosti odpovědi a je zcela na respondentovi, jaká bude jeho odpověď. Tyto otázky jsou náročnější na vyhodnocení, hůře se interpretují a jsou časově náročnější na zpracování. Vlastním otázkám předcházely identifikační znaky, které zjišťovaly pohlaví a věk.

Polouzavřené otázky jsou kombinací uzavřené a volné otázky. Jedná se nejčastěji o formulaci „jiná odpověď“ (Bártlová a kol., 2008).

V úvodu dotazníku je respondentům objasněn cíl a záměr výzkumného šetření, návod na vyplnění a také informace o anonymitě. Otázky v dotazníku se zaměřují na informativnost o poruchách příjmu potravy, moderních poruchách příjmu potravy, názor na pro-anorektické stránky, zjištění, zda vědí kde hledat pomoc při výskytu poruch příjmu potravy a na antropometrické údaje (věk, výška, váha). Byly připraveny tak, aby byly jasné a srozumitelné.

### **3.3 Použité způsoby statistického zpracování dat**

Statistická data jsou zpracovávána v tabulkách a zobrazena v grafech pomocí procentuálního vyjádření (%). Celkový počet respondentů je označen jako „n“.

### 3.4. Případová studie

Pro doplnění celé problematiky zde tato diplomová práce zpracovává názor zaměstnance Policie ČR na samotné proanablogy. Uvedená kazuistika byla vypracována díky podkladům otázek z dotazníkového šetření a rozhovoru s nestranným policistou.

#### **Kazuistika:**

Pro případovou studii bylo spolupracováno s nestranným policistou z Olomouckého kraje. Jeho věk je 32 let a toto povolání vykonává šestým rokem. Zájmem případové studie byl osobní názor policisty na proanorektické stránky a náhled na tyto stránky jako na pomalý návod na sebevraždu.

*Osobní názor na proanablogy:* policista se doposud s proanablogy nesetkal. Po uvedení do problematiky navštívil a prostudoval tyto stránky, aby si mohl udělat subjektivní názor. Souhlasí s tím, že by měly být cenzurované z důvodu nebezpečných návodů ostatních dívek, jak se trpící poruchami příjmu potravy stát. Ještě nikdy se však ve své praxi nesetkal s tím, že by řešil tento příklad s osobou nemocnou poruchami příjmu potravy jako zaměstnanec státního orgánu Policie ČR.

*Proanablogy jako návod na sebevraždu:* policista se odkázal na § - paragraf 144 – *Účast na sebevraždě z Trestního zákoníku: (1) Kdo jiného pohne k sebevraždě nebo jinému k sebevraždě pomáhá, bude potrestán, došlo-li alespoň k pokusu sebevraždy, odnětím svobody až na tři léta.* Toto by se mohlo dát použít v případě proanablogů, je to však velmi sporné, polemizovatelné a naprosto obtížně dokazatelné. Podle policisty by se musel odborně vyšetřit celkový psychický stav osoby, její přičetnost apod. V praktickém hledisku se mu zdá dokázat někomu spoluúčast na sebevraždě díky proanablogům neprokazatelné. Souhlasí ale s tím, že v podstatě je to návod na pomalou sebevraždu a mnoho dívek se těmito stránkami může inspirovat. V tom spatřuje největší riziko proanablogů.

*Závěr:* Proanablogy a poruchy příjmu potravy jsou podle nestranného policisty velmi rozsáhlým problémem způsobeným mnoha faktory. Podle něj přímo nikdo nikoho na těchto stránkách nenavádí a je každého vlastní zápas se sebou samým, zda tyto stránky bude brát jako návod na to, jak se pomalu zabít, nebo si vybrat tu lepší cestu, a to vyhledat pomoc

u nějakého odborníka, co se poruchami příjmu potravy zabývá. Rozhodně by ale kvůli výše zmíněným argumentům navrhoval tyto stránky cenzurovat.

## 4 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ A DISKUZE

### Položka č. 3 Redukční dieta

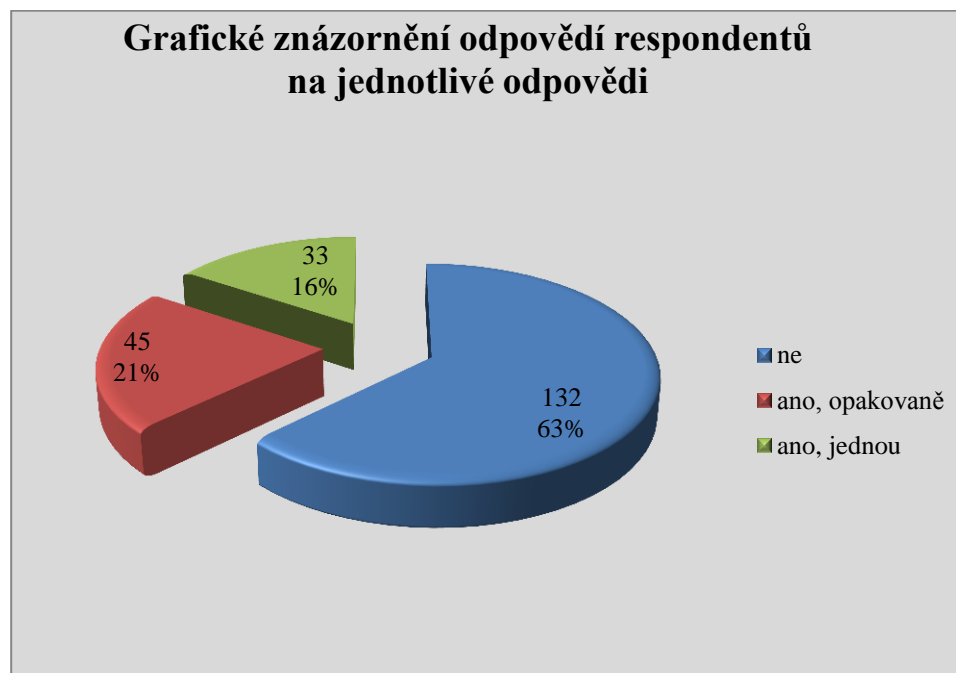
Z celkového počtu 210 respondentů (100%) tvořilo největší skupinu 132 respondentů (62,86%), kteří uvedli, že redukční dietu nikdy nadrželi. Dalších 45 respondentů (21,43%) uvedlo, že redukční dietu drželi opakovaně a zbylých 33 respondentů (15,71%) uvedlo, že redukční dietu drželi pouze jednou.

Procentuální rozložení odpovědí respondentů je uvedeno v Obrázku 5 a 6.

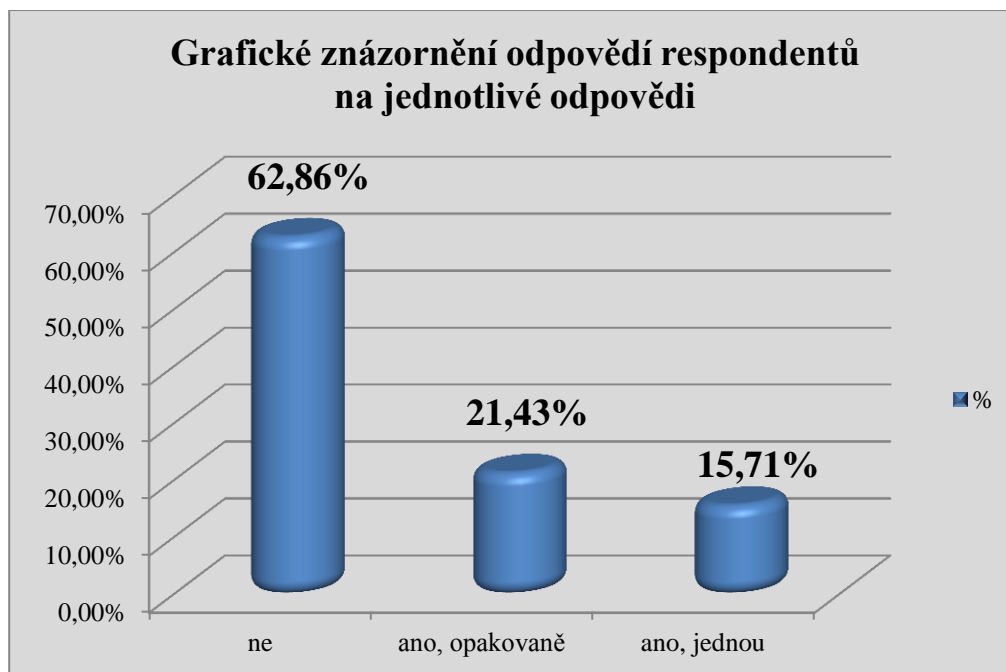
Tabulka 4 Drželi jste někdy redukční dietu?

Odpověď	n	%
ne	132	62,86%
ano, opakovaně	45	21,43%
ano, jednou	33	15,71%

<b>Celkem</b>	<b>210</b>	<b>100%</b>
---------------	------------	-------------



Obrázek 5 Graf znázornění počtu respondentů na jednotlivé odpovědi



Obrázek 6 Graf znázornění počtu respondentů ne jednotlivé odpovědi

**Položka č. 4 Zájem o knihy (časopisy, články) o výživě a stravování.**

Z celkového počtu 210 respondentů (100%) tvořilo největší skupinu 106 respondentů (50,48%), kteří uvedli, že se o knihy, časopisy či články o výživě a stravování někdy zajímají. 69 respondentů (32,86%) uvedlo odpověď ano, zajímám se o knihy, časopisy a články o výživě stravování a zbylých 32 respondentů (16,6 %) se nezajímá.

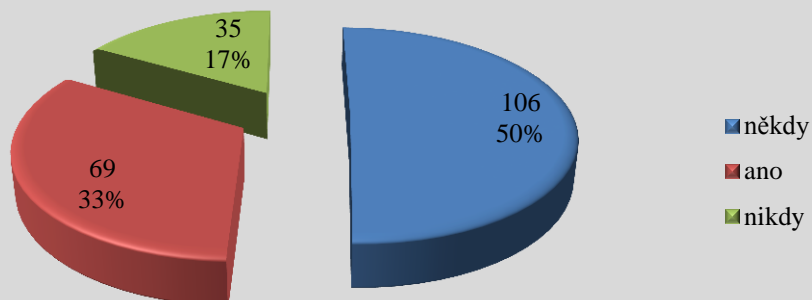
Procentuální zájem respondentů je znázorněn v Obrázku 7 a 8.

**Tabulka 5 Zajímáte se o knihy (časopisy, články) o výživě, stravování?**

Odpověď	n	%
někdy	106	50,48%
ano	69	32,86%
nikdy	35	16,67%
<b>Celkem</b>	<b>210</b>	<b>100%</b>

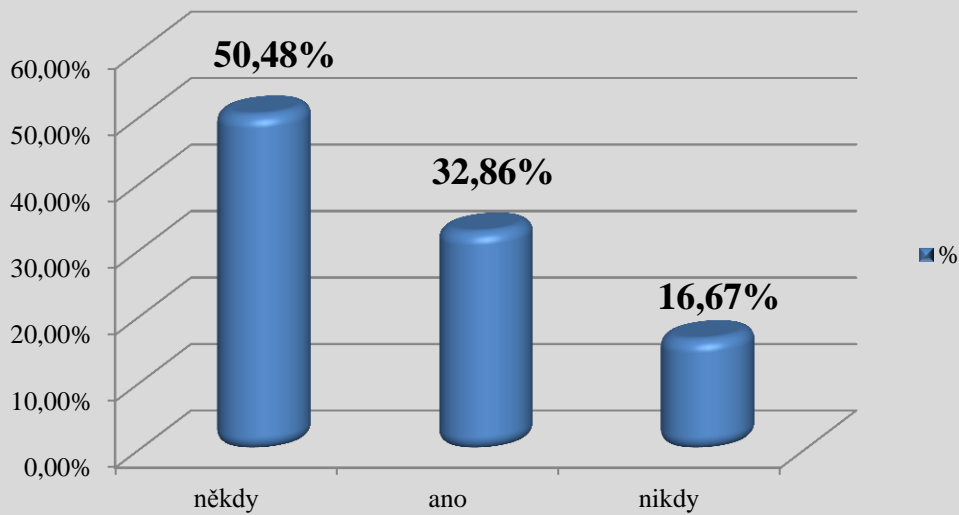


### Grafické znázornění odpovědí respondentů na jednotlivé odpovědi



Obrázek 7 Graf znázornění počtu respondentů na jednotlivé odpovědi

### Grafické znázornění odpovědí respondentů na jednotlivé odpovědi



Obrázek 8 Graf znázornění počtu respondentů na jednotlivé odpovědi

## Položka č. 5 Výška

Z celkového počtu 210 respondentů (100%) se ve výškové kategorii 150–160 cm nacházelo 34 respondentů (16,19%), nejvíce, a to s počtem 104 respondentů uvedlo, že měří od 161–170 cm, dalších 58 respondentů (27,62%) spadá do výškové kategorie 171–180 cm a poslední výškovou kategorií je 186–190, kam je zařazeno pouze 9 respondentů (4,29%).

Grafické rozčlenění výškové kategorie zobrazuje Obrázek 9 a 10.

Tabulka 6 Výška

Výška	n	%
150 - 160	34	16,19%
161 - 170	104	49,52%
171 - 180	58	27,62%
181 - 185	5	2,38%
186 - 190	9	4,29%

<b>Celkem</b>	<b>210</b>	<b>100%</b>
---------------	------------	-------------



Obrázek 9 Graf znázornění výšky jednotlivých respondentů



Obrázek 10 Graf znázornění výšky jednotlivých respondentů

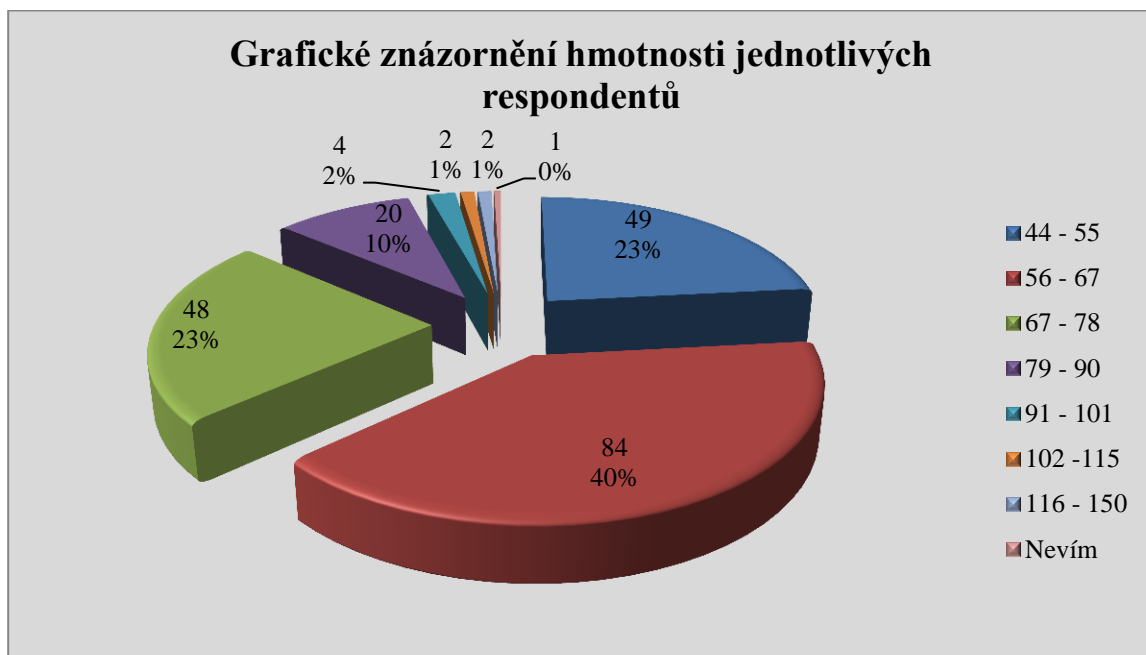
### **Položka č. 6 Hmotnost**

Z celkového počtu 210 respondentů (100%) je ve váhové kategorii 44–55 kilogramů, 49 respondentů (23,33%), v rozmezí 56–67 kilogramů jsem vyzkoumala 84 respondentů (40,00%), dalších 48 respondentů (22,86%) se nachází mezi 67–78 kilogramy, 20 respondentů (9,52%) uvedlo, že jejich hmotnost je mezi 79-90 kilogramy, 4 respondenti (1,90%) spadají do váhové kategorie 91–101 kilogramů, pouzí 2 respondenti (0,95%) uvedli hmotnost mezi 102–115 kilogramy, taktéž další 2 respondenti (0,95%) uvedli hmotnost mezi 116-150 kilogramy a 1 respondent (0,48% ) svou hmotnost nevěděl.

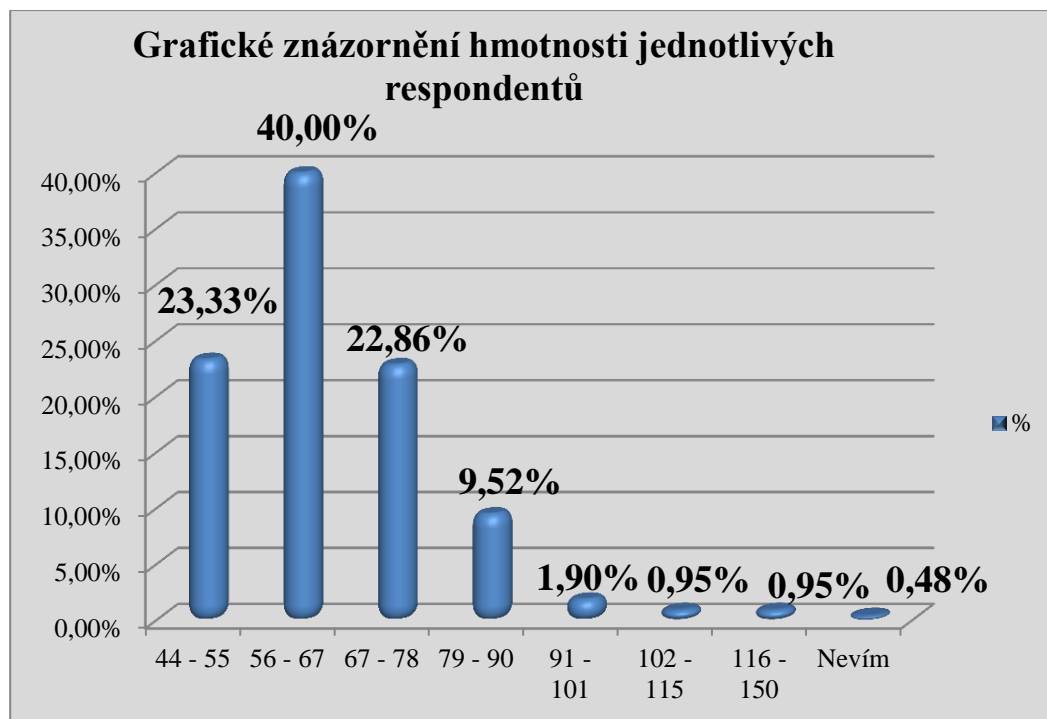
Grafické rozčlenění věkové kategorie zobrazuje Obrázek 11 a 12.

**Tabulka 7 Hmotnost**

Váha	n	%
44 - 55	49	23,33%
56 - 67	84	40,00%
67 - 78	48	22,86%
79 - 90	20	9,52%
91 - 101	4	1,90%
102 -115	2	0,95%
116 - 150	2	0,95%
nevím	1	0,48%
<b>Celkem</b>	<b>210</b>	<b>100%</b>



Obrázek 11 Graf znázornění hmotnosti jednotlivých respondentů



Obrázek 12 Graf znázornění hmotnosti jednotlivých respondentů

### Položka č. 7 Poruchy příjmu potravy

Z celkového počtu 210 respondentů (100%) uvedlo 207 respondentů (98,57%) správnou odpověď, 2 respondenti (0,95 %) uvedli, že poruchy příjmu potravy jsou poruchy vázané na nemoci trávicí soustavy a 1 respondent (0,48 %) odpověděl, že jsou to nesprávné stravovací návyky.

Procentuální rozložení celkových odpovědí je znázorněno v Obrázku 13 a 14.

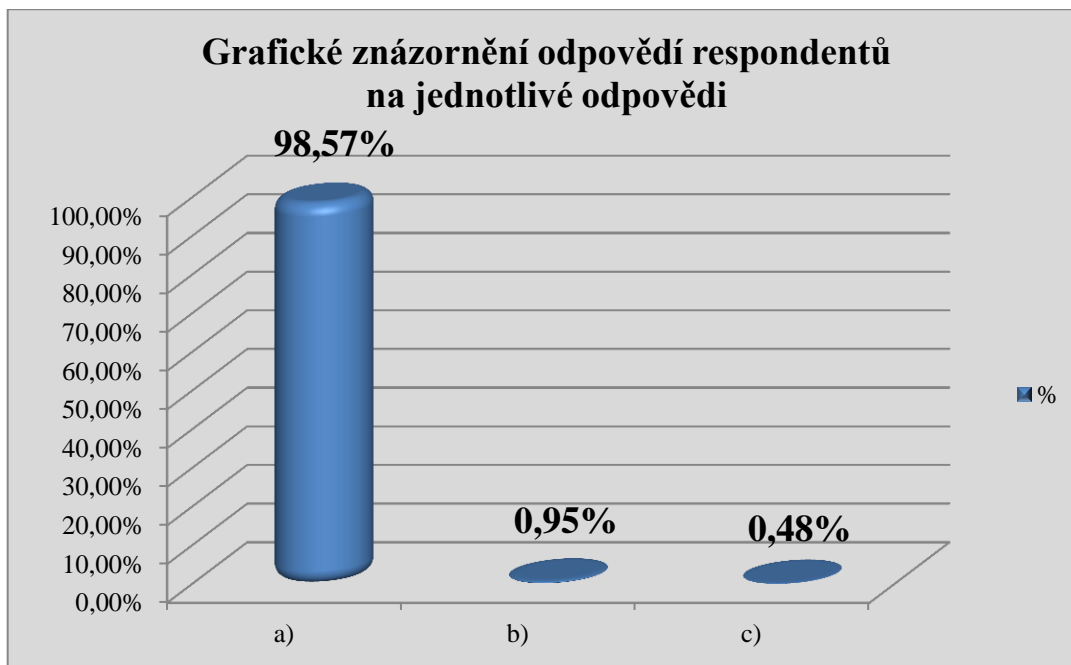
### Tabulka 8 Co jsou podle vás poruchy příjmu potravy?

	Odpověď	n	%
a)	<b>závažné psychosomatické onemocnění, kdy dochází k poruchám se stravováním, ale i sociálně-kulturním životem osob a dalších faktorů</b>	207	98,57%
b)	<b>poruchy vázané na nemoci trávicí soustavy</b>	2	0,95%
c)	<b>nesprávné stravovací návyky</b>	1	0,48%

<b>Celkem</b>	<b>210</b>	<b>100%</b>
---------------	------------	-------------



Obrázek 13 Graf znázornění odpovědí respondentů na jednotlivé odpovědi



Obrázek 14 Graf znázornění odpovědí respondentů na jednotlivé odpovědi

## Položka č. 8 Mentální anorexie

Z celkového počtu 210 respondentů (100%) uvedlo 204 respondentů (97,14%) správnou odpověď a zbývajících 6 respondentů (2,86%) uvedlo mylnou odpověď.

Procentuální rozložení celkových odpovědí je znázorněno v Obrázku 15 a 16.

Tabulka 9 Mentální anorexie je podle vás:

	Odpověď	n	%
a)	závažné onemocnění poruch příjmu potravy, které se vyznačuje redukcí potravin, může dojít až k fatální redukci potravy osoby na den	204	97,14%
b)	závažné onemocnění poruch příjmu potravy, které se vyznačuje konzumací velkého množství jídla najednou a jeho následné vyvracení, či používání různých projímavých prostředků za účelem dostat zkonsumované jídlo ven z těla	6	2,86%

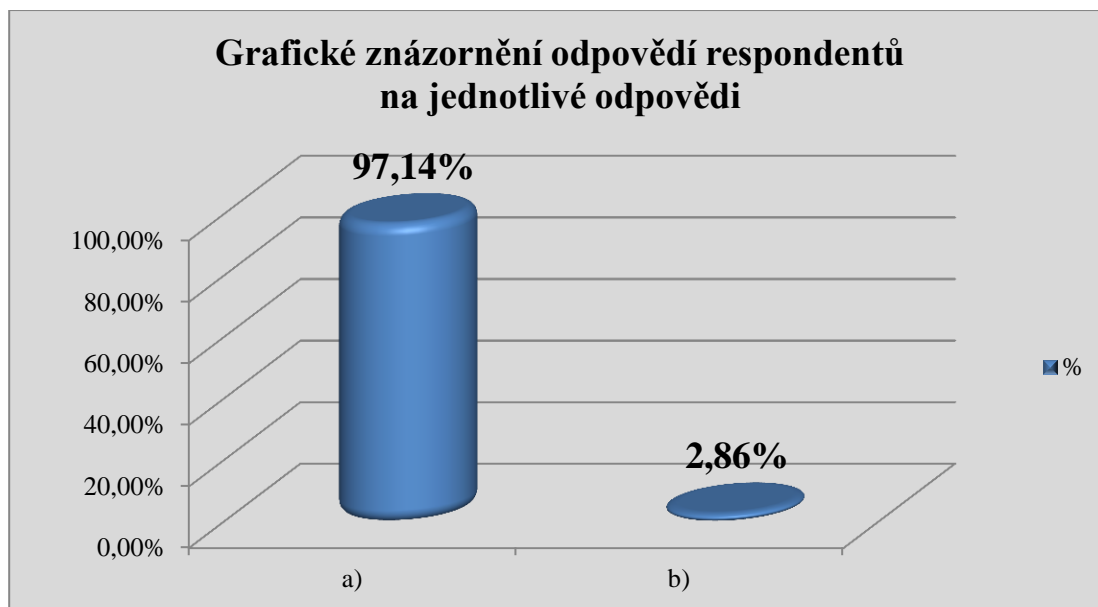
**Celkem**

**210**

**100%**



Obrázek 15 Graf znázornění odpovědí respondentů na jednotlivé odpovědi



Obrázek 16 Graf znázornění odpovědí respondentů na jednotlivé odpovědi

#### **Položka č. 9 Mentální bulimie**

Z celkového počtu 210 respondentů (100%) uvedlo 207 respondentů (98,57%) správnou odpověď a zbylí 3 respondenti (1,43%) uvedli odpověď nepravdivou.

Procentuální rozložení celkových odpovědí je znázorněno v Obrázku 17 a 18.

#### **Tabulka 10 Mentální bulimie je podle vás:**

	<b>Odpověď</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
a)	<b>závažné onemocnění poruch příjmu potravy, které se vyznačuje konzumací velkého množství jídla najednou a jeho následné vyzvracení, či používání různých projímavých prostředků za účelem dostat zkonsumované jídlo ven z těla</b>	207	98,57%
b)	<b>závažné onemocnění poruch příjmu potravy, které se vyznačuje redukcí potravin, může dojít až k fatální redukci potravy osoby na den</b>	3	1,43%

<b>Celkem</b>	<b>210</b>	<b>100%</b>
---------------	------------	-------------





Obrázek 17 Graf znázornění odpovědí respondentů na jednotlivé odpovědi



Obrázek 18 Graf znázornění odpovědí respondentů na jednotlivé odpovědi

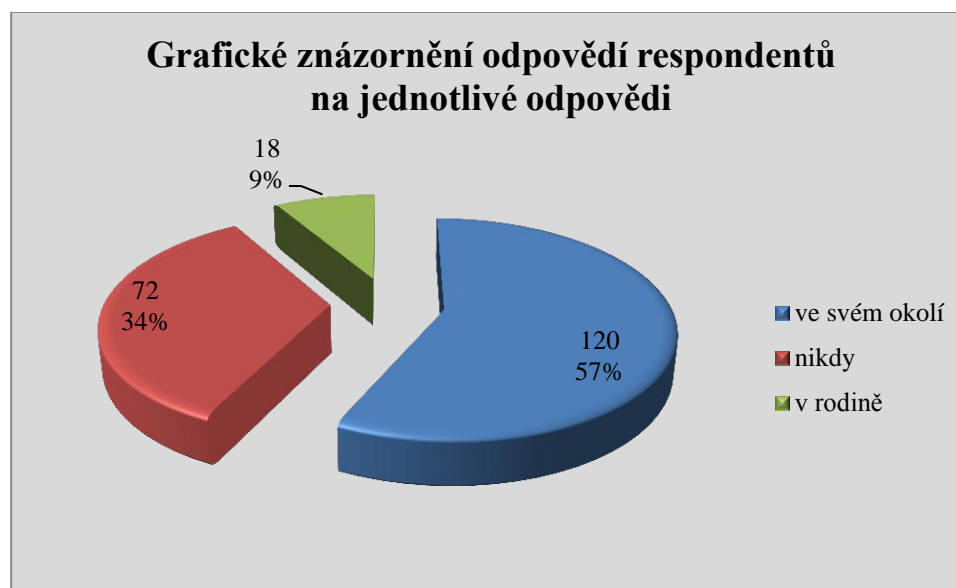
### **Položka č. 10 Lidé s poruchami příjmu potravy**

Z celkového počtu 210 respondentů (100%) se 120 respondentů (57,14%) s lidmi trpícími poruchami příjmu potravy setkalo ve svém okolí, 72 respondentů (34,29%) se s nimi neseťkalo nikdy a 18 respondentů (8,57%) odpovědělo, že se s nimi setkali ve své rodině.

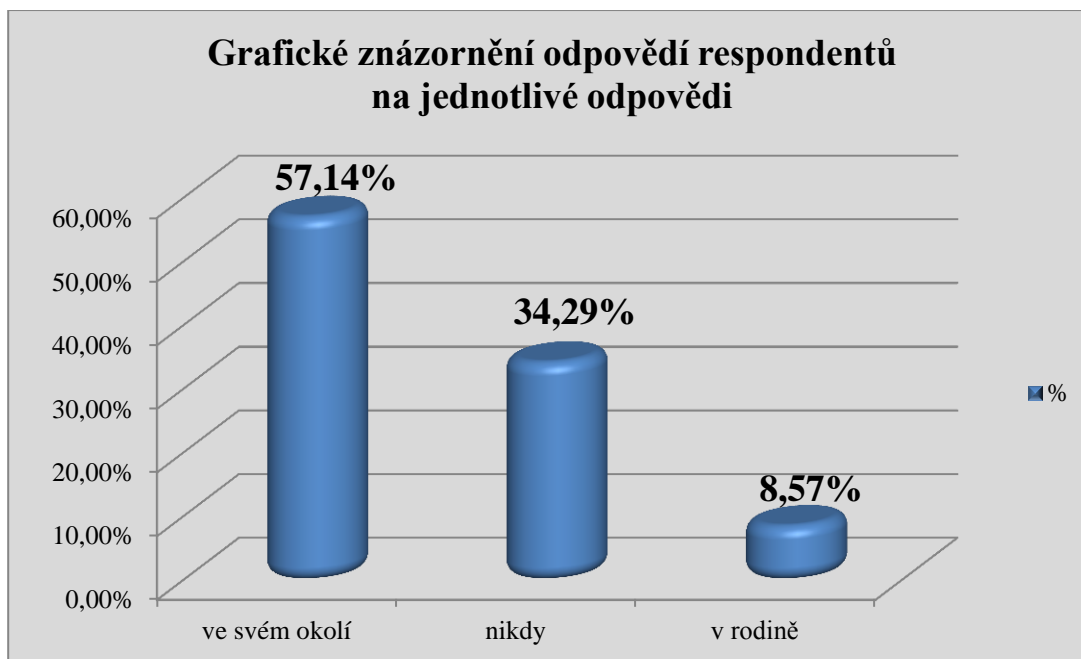
Procentuální rozložení celkových odpovědí je znázorněno v Obrázku 19 a 20.

**Tabulka 11 Setkali jste se někdy s lidmi trpícími poruchami příjmu potravy?**

<b>Odpověď</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>ve svém okolí</b>	120	57,14%
<b>nikdy</b>	72	34,29%
<b>v rodině</b>	18	8,57%
<b>Celkem</b>	<b>210</b>	<b>100%</b>



Obrázek 19 Graf znázornění odpovědí respondentů na jednotlivé odpovědi



Obrázek 20 Graf znázornění odpovědí respondentů na jednotlivé odpovědi

### **Položka č. 11 „Moderní“ poruchy příjmu potravy**

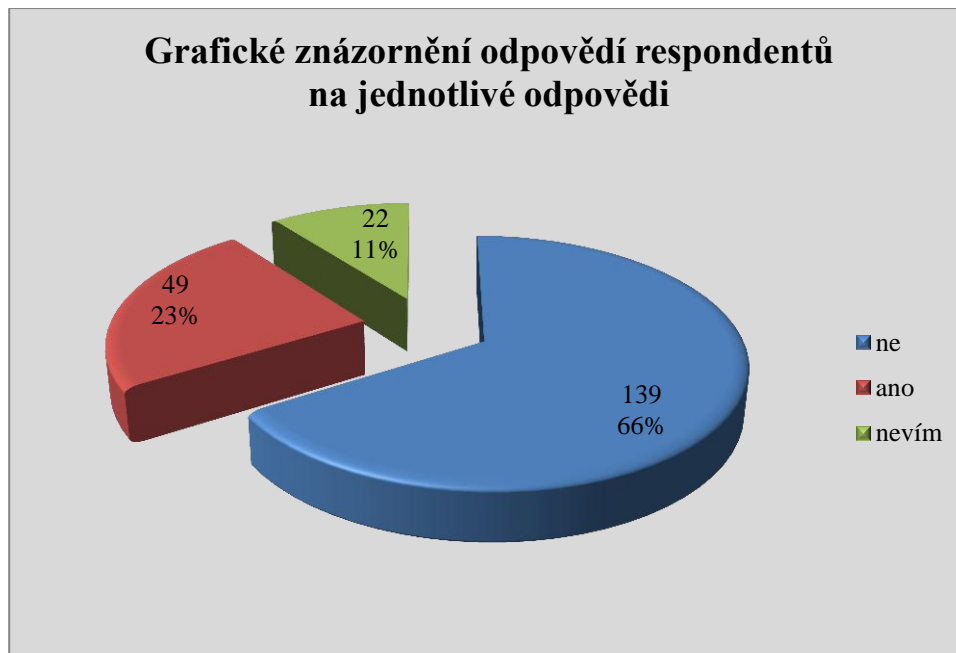
Z celkového počtu 210 respondentů (100%) 139 respondentů (66,19%) uvedlo, že ještě o moderních poruchách neslyšeli, 49 respondentů (23,33%) ano a 22 respondentů (10,48%) zvolilo odpověď „nevím“.

Procentuální rozložení celkových odpovědí je znázorněno v Obrázku 21 a 22.

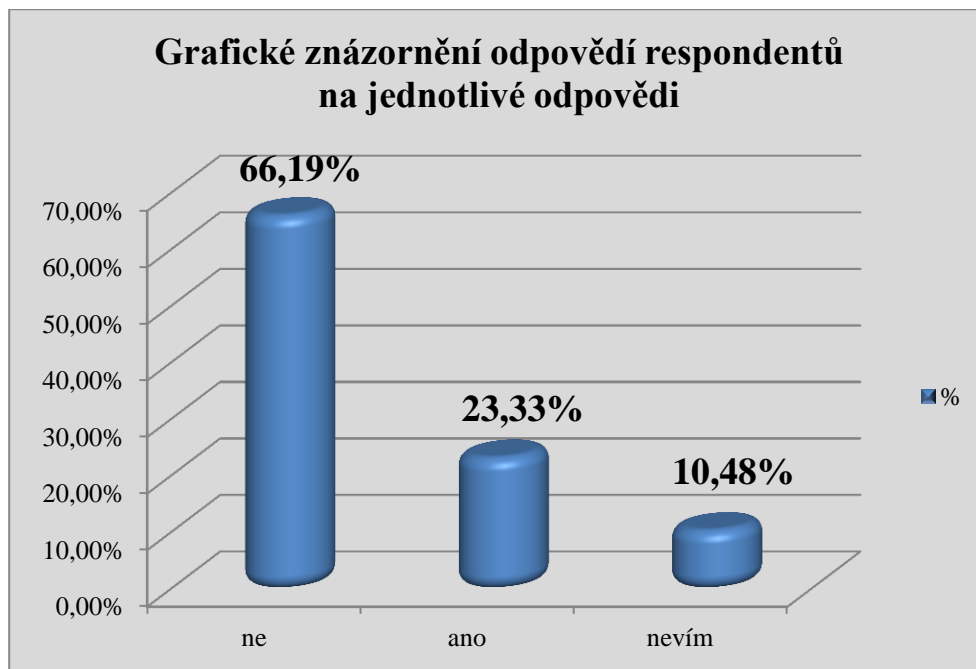
### **Tabulka 12 Slyšeli jste o „moderních“ poruchách příjmu potravy?**

Odpověď	n	%
ne	139	66,19%
ano	49	23,33%
nevím	22	10,48%

<b>Celkem</b>	<b>210</b>	<b>100%</b>
---------------	------------	-------------



Obrázek 21 Graf znázornění odpovědí respondentů na jednotlivé odpovědi



Obrázek 22 Graf znázornění odpovědí respondentů na jednotlivé odpovědi

## **Položka č. 12 Správná definice „moderních“ poruch příjmu potravy**

Z celkového počtu 210 respondentů (100%) 45 respondentů (88,24%) zvolilo správnou odpověď, 3 respondenti (5,88%) se mylili a odpověděli na definici drunkorexie a taktéž zbylí 3 respondenti (5,88%) uvedli mylnou odpověď, tentokrát zvolili definici bigorexie.

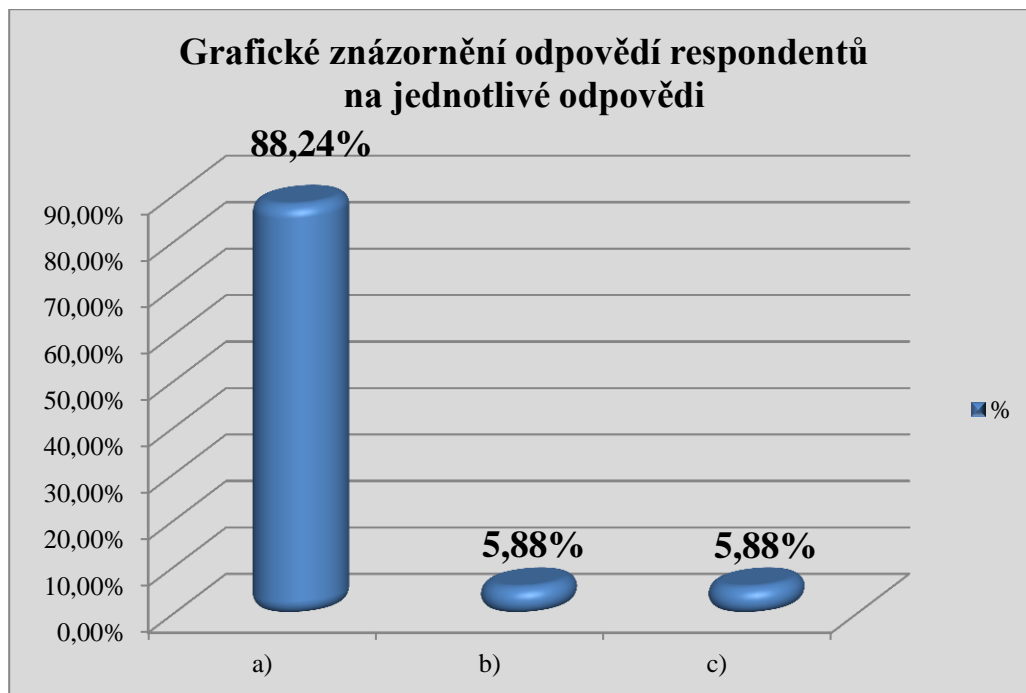
Procentuální rozložení celkových odpovědí je znázorněno v Obrázku 23 a 24.

**Tabulka 13 Pokud ano, vyberte definici, která je správně.**

	<b>Odpověď</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
a)	<b>orthorexie – porucha, kdy je člověk chorobně zaujat zdravým stravováním</b>	45	88,24%
b)	<b>drunkorexie – postižené osoby touto poruchou vnímají samy sebe jako slabé, nedostatečně svalově vyvinuté a snaží se vysokou spotřebou energie, nadužíváním doplňků výživy (především bílkovinových preparátů) a náročným posilovacím tréninkem své tělo změnit</b>	3	5,88%
c)	<b>bigorexie – porucha příjmu potravy, která se vyznačuje opakovaným redukováním příjmu potravy s cílem snížit příjem kalorií a dovolit si tím pádem více alkoholu</b>	3	5,88%
<b>Celkem</b>		<b>51</b>	<b>100%</b>



Obrázek 23 Graf znázornění odpovědí respondentů na jednotlivé odpovědi



Obrázek 24 Graf znázornění odpovědí respondentů na jednotlivé odpovědi

### Položka č. 13 Využití internetu respondenty

Z celkového počtu 210 respondentů (100%) 207 respondentů (98,57%) využívá internet, 2 respondenti (0,98%) uvedli, že internet využívají někdy a 1 respondent (0,48%) uvedl, že internet nevyužívá.

Procentuální rozložení odpovědí respondentů je znázorněno v Obrázku 25 a 26.

Tabulka 14 Využíváte internet?

Odpověď	n	%
ano	207	98,57%
někdy	2	0,95%
ne	1	0,48%

<b>Celkem</b>	<b>210</b>	<b>100%</b>
---------------	------------	-------------



Obrázek 25 Graf znázornění odpovědí respondentů na jednotlivé odpovědi



Obrázek 26 Graf znázornění odpovědí respondentů na jednotlivé odpovědi

**Položka č. 14 Návody na redukční diety, rady na hubnutí nebo příběhy osob, které se snaží zhubnout**

Z celkového počtu 210 respondentů (100%) uvedlo 87 respondentů (42,43%) odpověď „ne“, dalších 72 respondentů (34,29%) odpovědělo „někdy“ a zbylých 51 respondentů (24,29 %) uvedlo odpověď „ano“.

Procentuální rozložení celkových odpovědí je znázorněno v Obrázku 27 a 28.

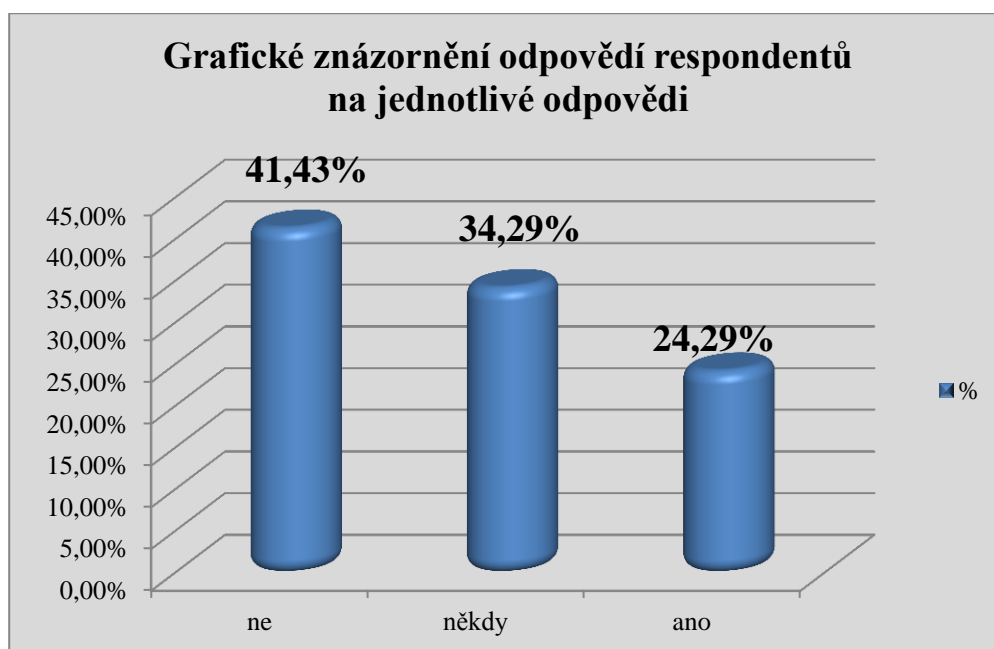
**Tabulka 15 Vyhledáváte či čtete návody na redukční diety, rady na hubnutí nebo příběhy osob, které se snaží zhubnout?**

Odpověď	n	%
ne	87	41,43%
někdy	72	34,29%
ano	51	24,29%
<b>Celkem</b>	<b>210</b>	<b>100%</b>





Obrázek 27 Graf znázornění odpovědí respondentů na jednotlivé odpovědi



Obrázek 28 Graf znázornění odpovědí respondentů na jednotlivé odpovědi

### **Položka č. 15 Návody, příběhy (proanablogy) anorektiček na internetu**

Z celkového počtu 210 respondentů (100%) uvedlo 110 respondentů (52,38%), že se s takovými stránkami nesetkalo, 88 respondentů (41,90%) se s nimi setkalo a zbylých 12 respondentů (5,71 %) odpovědělo „nevím“.

Procentuální rozložení odpovědí je znázorněno v Obrázku 29 a 30.

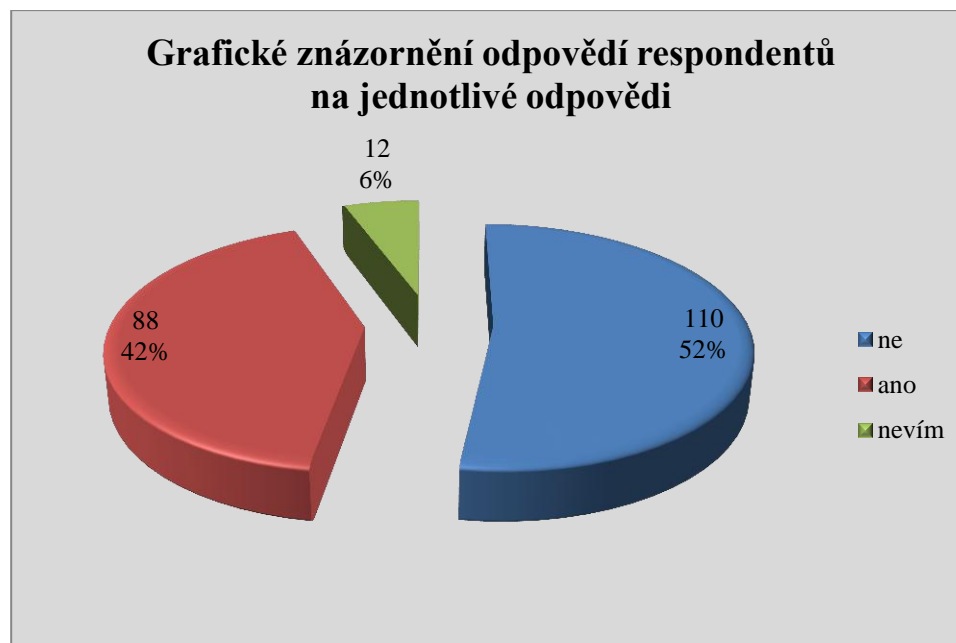
**Tabulka 16 Setkali jste se s návody, příběhy (tzv. proanablogy) samotných anorektiček na internetu?**

<b>Odpověď</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>ne</b>	110	52,38%
<b>ano</b>	88	41,90%
<b>nevím</b>	12	5,71%

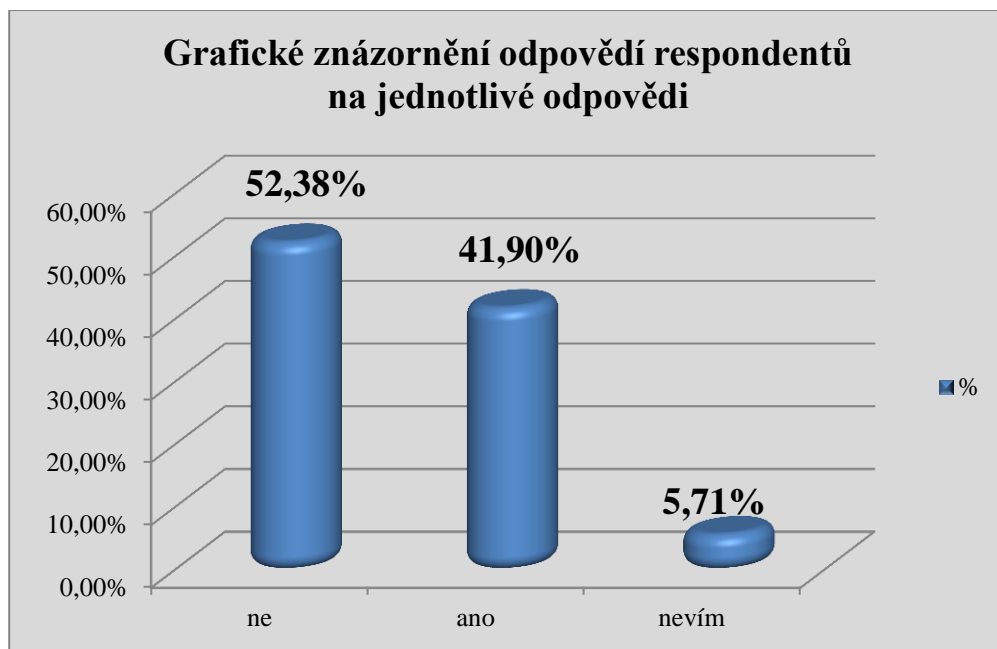
---

---

<b>Celkem</b>	<b>210</b>	<b>100%</b>
---------------	------------	-------------



Obrázek 29 Graf znázornění odpovědí respondentů na jednotlivé odpovědi



Obrázek 30 Graf znázornění odpovědí respondentů na jednotlivé odpovědi

#### **Položka č. 16 Názor na proana stránky**

Z celkového počtu 210 respondentů (100%) si 100 respondentů myslí, že tyto stránky by měly být cenzurované, 70 respondentů (33,3 %) si to naopak nemyslí a zbylých 40 respondentů (19,05 %) zvolili odpověď „nevím“

Procentuální rozložení odpovědí je znázorněno v Obrázku 31 a 32.

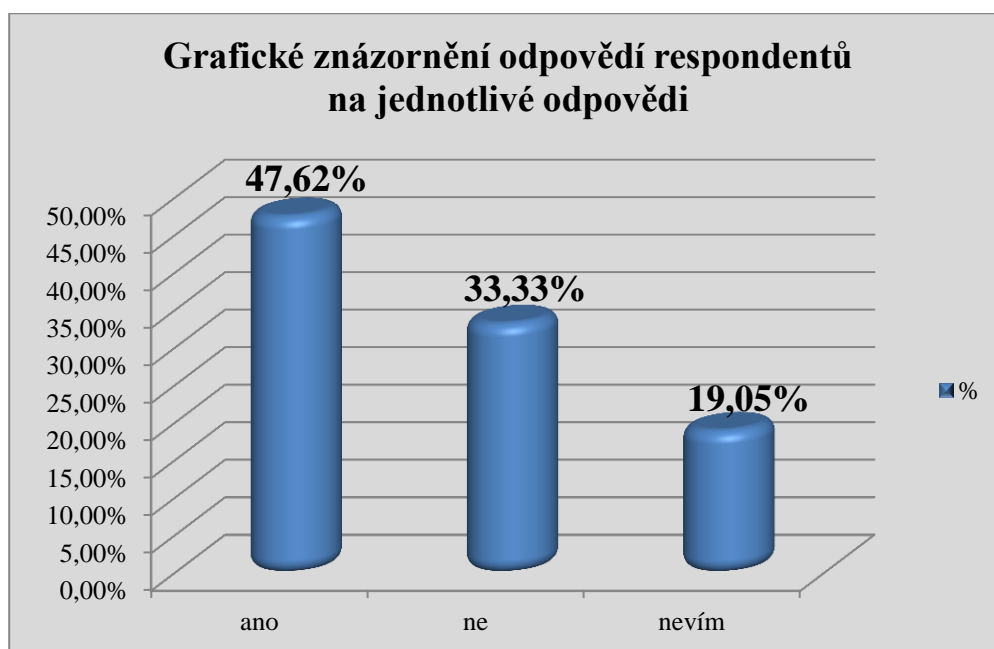
**Tabulka 17 I když jste se s nimi nesetkali, můžete vyjádřit svůj názor. Myslíte si, že takové stránky by měly být cenzurované?**

Odpověď	n	%
ano	100	47,62%
ne	70	33,33%
nevím	40	19,05%

<b>Celkem</b>	<b>210</b>	<b>100%</b>
---------------	------------	-------------



Obrázek 31 Graf znázornění odpovědí respondentů na jednotlivé odpovědi



Obrázek 32 Graf znázornění odpovědí respondentů na jednotlivé odpovědi

### **Položka 17 Zdroje informací o poruchách příjmu potravy**

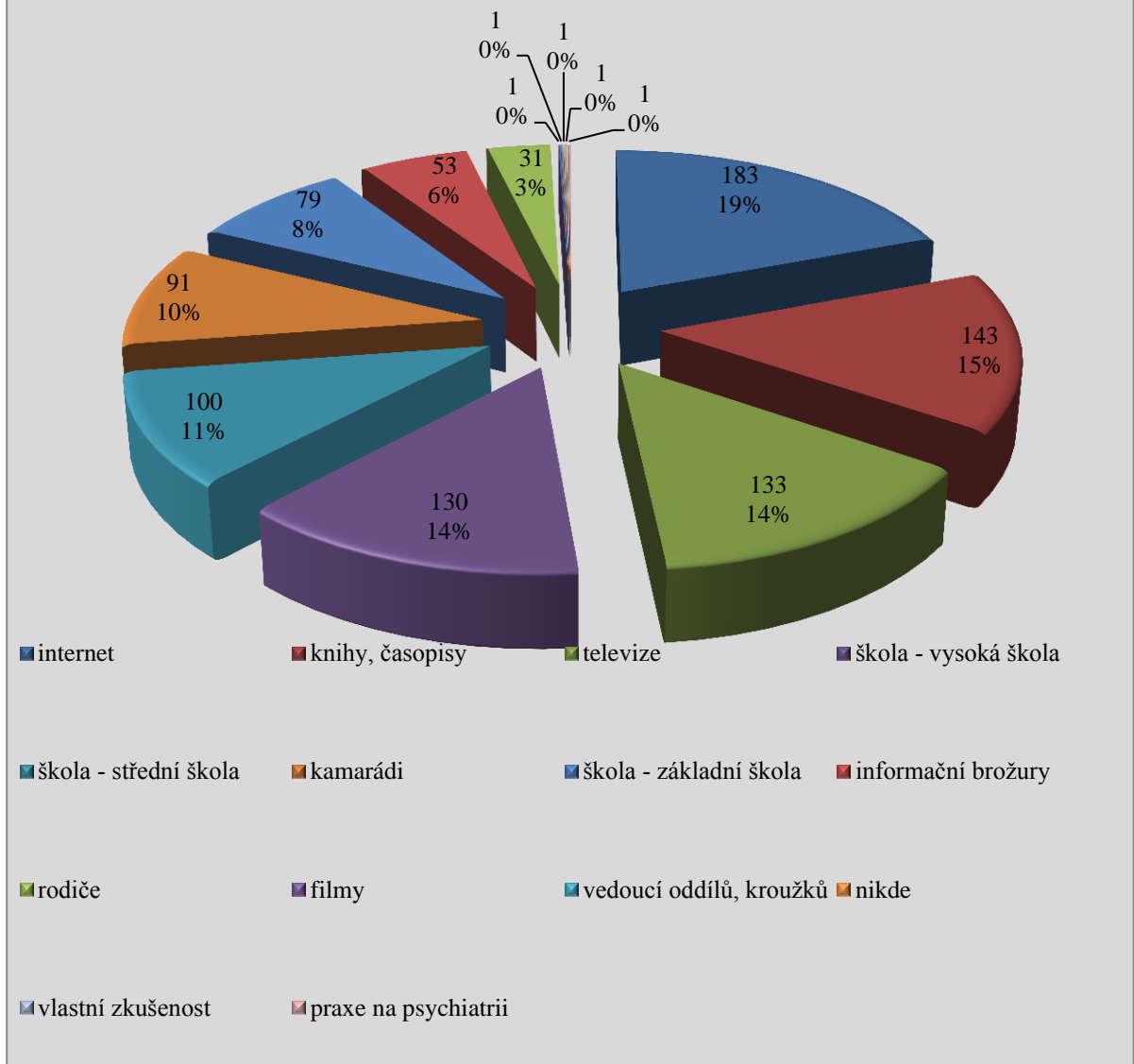
Z celkového počtu 210 respondentů (100%) uvedlo 183 respondentů (19,30%) jako zdroj informací o poruchách příjmu potravy internet, 143 respondentů (15,08%) uvedlo knihy a časopisy, 133 respondentů (14,03%) uvedlo televizi, 130 respondentů (13,71%) uvedlo vysokou školu, 100 respondentů (10,55%) zaškrtno odpověď střední škola, 53 respondentů (5,59%) uvedlo informační brožury o poruchách příjmu potravy, 31 respondentů (3,27%) uvedlo rodiče a nepatrné množství respondentů jako další zdroje uvedlo filmy, vedoucí oddílů, vlastní zkušenosti, praxe na psychiatrii a jeden respondent odpověděl, že informace nezískává nikde. Respondenti měli možnost zaškrtnout libovolný počet odpovědí či napsat odpověď vlastní.

Procentuální rozložení četných odpovědí je znázorněno v Obrázku 33 a 34.

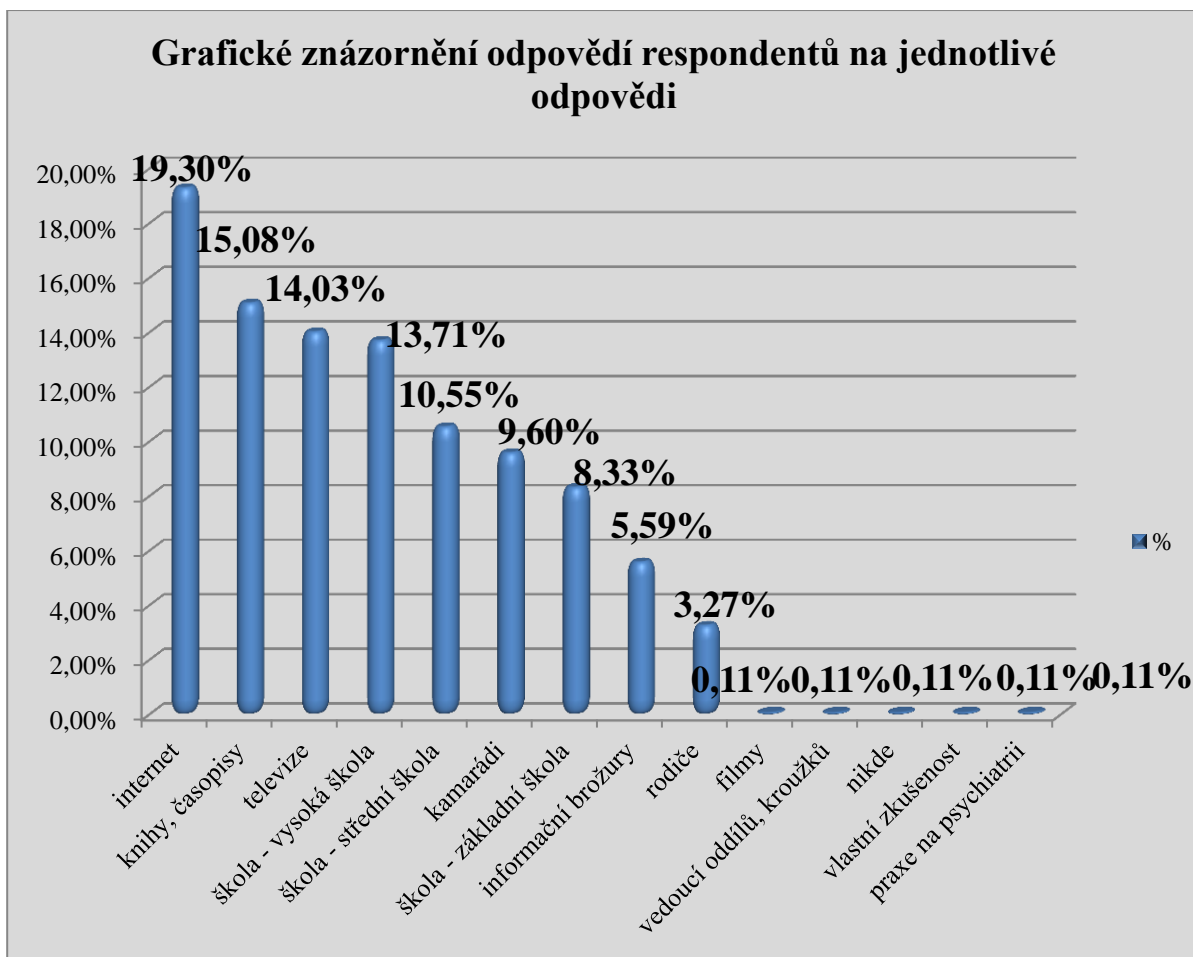
**Tabulka 18 Odkud vy sami získáváte informace o poruchách příjmu potravy? Můžete zaškrtnout libovolný počet odpovědí a v případě, že vám žádná nevyhovuje, můžete uvést odpověď vlastní.**

<b>Odpověď</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
internet	183	19,30%
knihy, časopisy	143	15,08%
televize	133	14,03%
škola - vysoká škola	130	13,71%
škola - střední škola	100	10,55%
kamarádi	91	9,60%
škola - základní škola	79	8,33%
informační brožury	53	5,59%
rodiče	31	3,27%
filmy	1	0,11%
vedoucí oddílů, kroužků	1	0,11%
nikde	1	0,11%
vlastní zkušenost	1	0,11%
praxe na psychiatrii	1	0,11%
<b>Celkem</b>	<b>948</b>	<b>100%</b>

### Grafické znázornění odpovědí respondentů na jednotlivé odpovědi



Obrázek 33 Graf znázornění odpovědí respondentů na jednotlivé odpovědi



Obrázek 34 Graf znázornění odpovědí respondentů na jednotlivé odpovědi

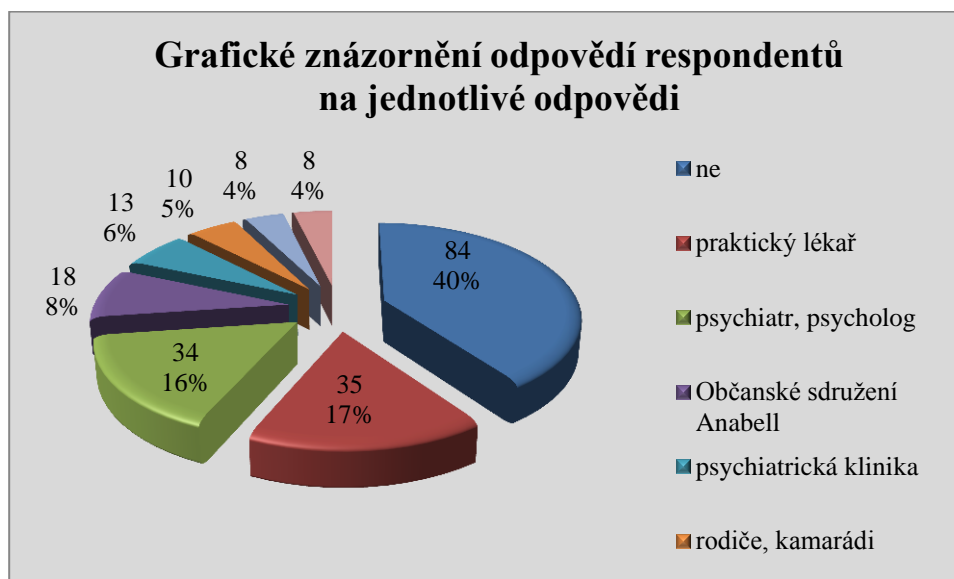
### **Položka č. 18 Pomoc při poruchách příjmu potravy**

Z celkového počtu 210 respondentů (100%) 84 respondentů (40,00%) vůbec neví, kde pomoc hledat, 35 respondentů (16,67%) uvedlo, že by pomoc hledali u praktického lékaře, 34 (16,19%) respondentů by se obrátilo na psychiatra či psychologa, 18 respondentů (8,57%) uvedlo pomoc u Občanského sdružení Anabell, 13 respondentů (6,19%) by se obrátilo na psychiatrickou kliniku, dalších 10 (4,76%) respondentů uvedlo, že by pomoc hledali u rodičů či kamarádů, 8 respondentů (3,81%) by zvolili psychologickou poradnu a zbylých 8 respondentů (3,81%) uvedlo, že by se obrátili na školního psychologa.

Procentuální rozložení odpovědí je znázorněno v Obrázku 35 a 36.

**Tabulka 19 Víte, kde hledat pomoc v případě, kdyby vy nebo někdo ve vašem okolí trpěl poruchami příjmu potravy?**

<b>Odpověď</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
ne	84	40,00%
praktický lékař	35	16,67%
psychiatr, psycholog	34	16,19%
Občanské sdružení Anabell	18	8,57%
psychiatrická klinika	13	6,19%
rodiče, kamarádi	10	4,76%
psychologická poradna	8	3,81%
školní psycholog	8	3,81%
<b>Celkem</b>	<b>210</b>	<b>100%</b>



**Obrázek 35 Graf znázornění odpovědí respondentů na jednotlivé odpovědi**





Obrázek 36 Graf znázornění odpovědí respondentů na jednotlivé odpovědi

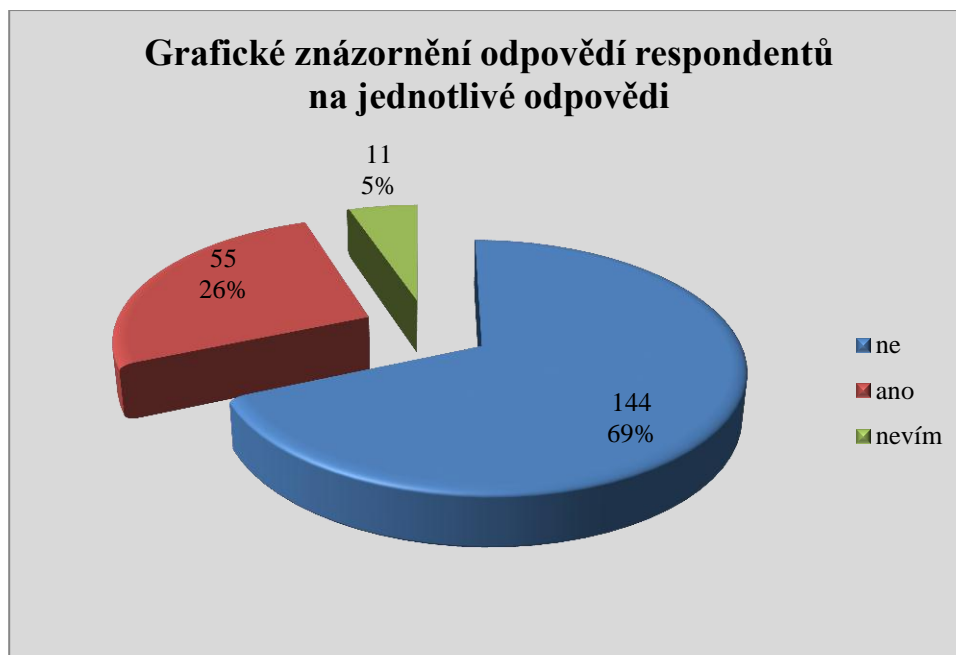
### **Položka č. 19 Povědomí o Občanském sdružení Anabell**

Z celkového počtu 210 respondentů (100%) uvedlo 144 respondentů (68,57%), že Občanské sdružení Anabell nezná, dalších 55 respondentů (26,19%) odpovědělo na tuto otázku kladně a zbylých 11 respondentů (5,24%) zvolilo odpověď „nevím“.

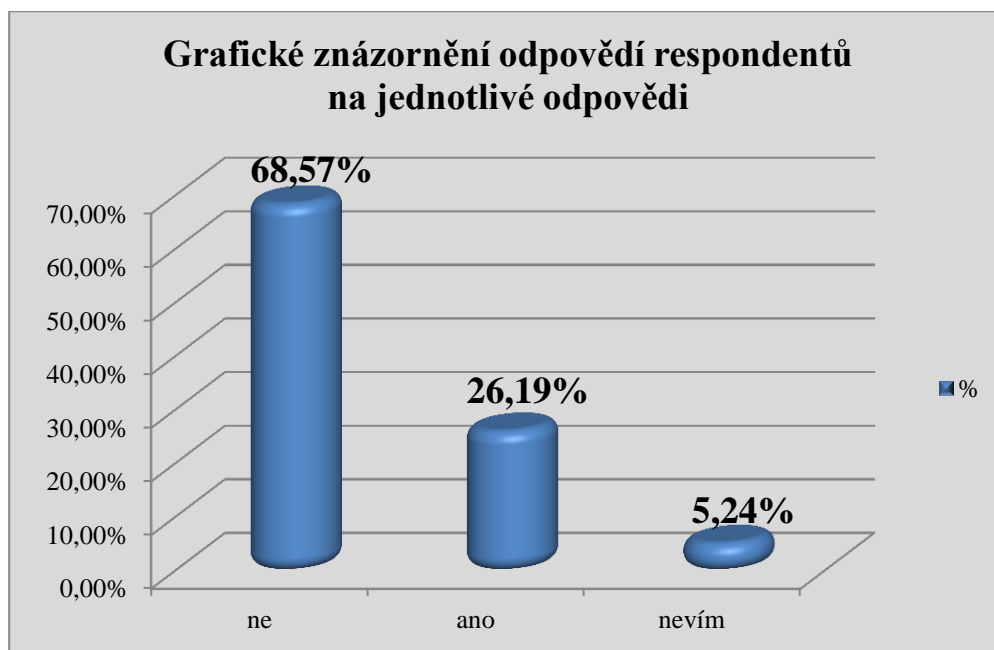
Procentuální rozložení odpovědí je znázorněno v Obrázku 37 a 38.

### **Tabulka 20 Znáte Občanské sdružení Anabell?**

<b>Odpověď</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>ne</b>	144	68,57%
<b>ano</b>	55	26,19%
<b>nevím</b>	11	5,24%
<b>Celkem</b>	<b>210</b>	<b>100%</b>



Obrázek 37 Graf znázornění odpovědí respondentů na jednotlivé odpovědi



Obrázek 38 Graf znázornění odpovědí respondentů na jednotlivé odpovědi

## **Položka č. 20 Zaměření Občanského sdružení Anabell**

Z celkového počtu 210 respondentů (100%) uvedlo 199 respondentů (94,76%) správně, že Občanské sdružení Anabell se zabývá trpícími poruchami příjmu potravy a zbylých 11 respondentů (5,24%) spadalo do odpovědi špatných.

Procentuální rozložení odpovědí je znázorněno v Obrázku 39 a 40.

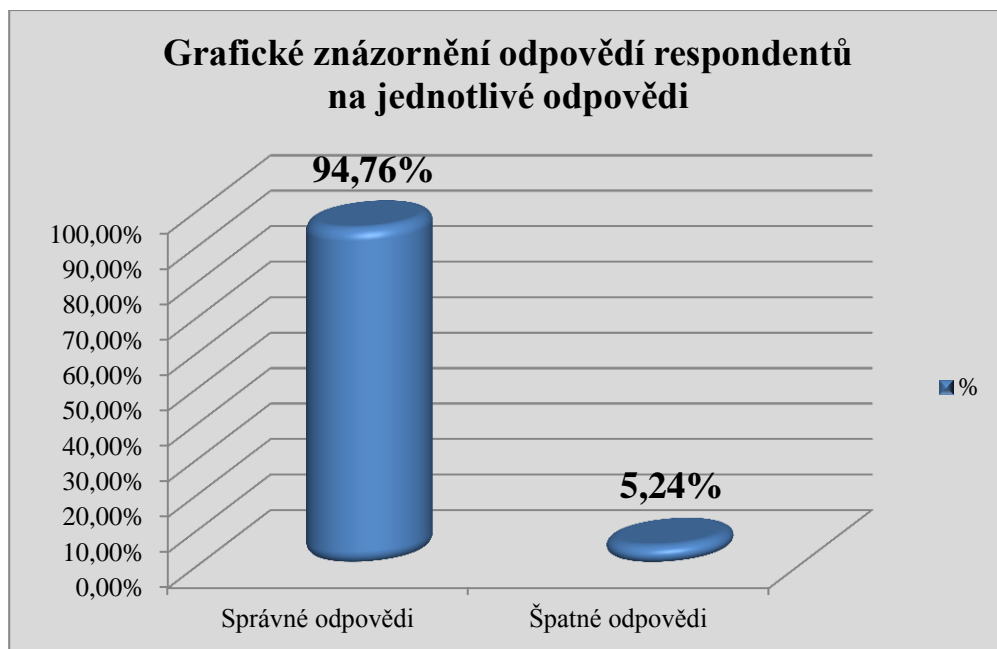
**Tabulka 21 Jestliže jste zvolili odpověď ano, či nevím, napište nebo zkuste odhadnout, čím se Občanské sdružení Anabell zabývá.**

<b>Odpověď</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
správné odpovědi	199	94,76%
špatné odpovědi	11	5,24%

<b>Celkem</b>	<b>210</b>	<b>100%</b>
---------------	------------	-------------



Obrázek 39 Graf znázornění odpovědí respondentů na jednotlivé odpovědi



Obrázek 40 Graf znázornění odpovědí respondentů na jednotlivé odpovědi

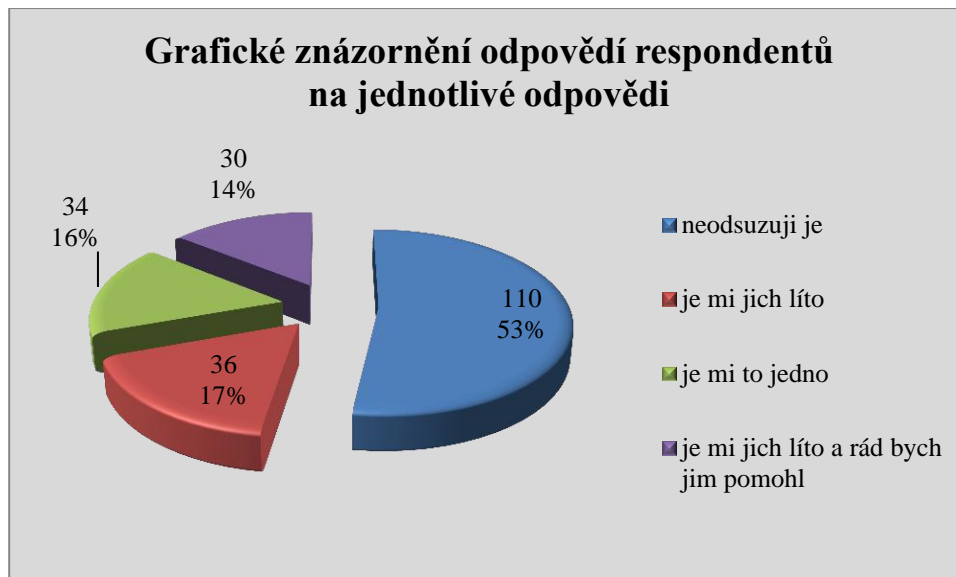
#### **Položka č. 21 Názor na osoby trpící poruchou příjmu potravy**

Z celkového počtu 210 respondentů (100%) 110 respondentů (68,57%) nemocné poruchami příjmu potravy neodsuzuje, 36 respondentům (17,14%) cítí k těmto lidem lítost, 34 respondentům (16,19%) je to jedno a zbylých 30 respondentů (14,29%) odpovědělo, že jim je takových osob líto a rádi by jim pomohli.

Procentuální rozložení odpovědí je znázorněno v Obrázku 41 a 42.

**Tabulka 22 Jaký je váš osobní názor na osoby trpící poruchou příjmu potravy? (Odsuzujete tyto lidi, je vám to jedno apod.) Prosím, stručně vyjádřete svoje pocity.**

Odpověď	n	%
neodsuzuji je	110	52,38%
je mi jich líto	36	17,14%
je mi to jedno	34	16,19%
je mi jich líto a rád bych jim pomohl	30	14,29%
<b>Celkem</b>	<b>210</b>	<b>100%</b>



Obrázek 41 Graf znázornění odpovědí respondentů na jednotlivé odpovědi



Obrázek 42 Graf znázornění odpovědí respondentů na jednotlivé odpovědi

## DISKUZE

Podle výsledků výzkumného šetření je informovanost vysokoškolských studentů pedagogických fakult o poruchách příjmu potravy velmi dobrá. Polovina respondentů se vůbec s proanorektickými stránkami nesetkala. Věřím, že se to díky výzkumnému šetření této diplomové práce změnilo a studentům je již známo, co takové stránky jsou, proč vznikají a za jakým účelem je dívky používají.

Téměř polovina respondentů je toho názoru, že by tyto stránky měly být cenzurované, s čímž já osobně nesouhlasím. Podle mého osobního názoru je v pořádku, že takové stránky necenzurované nejsou a věřím, že mohou sloužit jako odstrašující výukový materiál například v hodinách výchovy ke zdraví. Samozřejmě je tu riziko, kdy se dívky těmito stránkami mohou inspirovat, na které nezapomínám a беру jej v potaz. Toto je ale polemizovatelné, čili nelze na tuto problematiku a tyto stránky nahlížet pouze černobíle. K poslání učitele tohoto předmětu a vůbec všech učitelů patří také dostatečný empirismus, a v případě, že se pedagog domnívá, že některý žák či žačka mohou trpět těmito poruchami příjmu potravy, je v jeho silách mu či jí pomoci, alespoň pro začátek a navést ho/ji k pomoci další. Více než polovina respondentů se setkala s lidmi trpícími poruchami příjmu potravy ve svém okolí. To vykazuje fakt, že poruchy příjmu potravy je masový problém společnosti.

Alarmující výsledkem mého výzkumného šetření ovšem je, že více než polovina respondentů neví, kde v případě, kdyby oni sami nebo někdo v okolí trpěl poruchami příjmu potravy, hledat pomoc. To vypovídá o tom, že i dnes je stále málo informací o tématu poruch příjmu potravy a dovoluji si tvrdit, že toto téma je společností z části pořád tabuizované. Abychom změnil skutečnost, kdy osoby či dokonce studenti pedagogických fakult, čili budoucí učitelé, budou vědět, kde v takovém případě hledat pomoc, tomuto tématu by se mělo dostatečně věnovat již od základní školy.

Respondenti mého dotazníkového šetření osoby trpící poruchami příjmu potravy většinou neodsuzují, mnozí k nim cítí lítost a soucit. Uvědomují si, že tato nemoc je komplexním onemocněním psychické i somatické stránky člověka, proto je náležitá odborná péče a pomoc.

## **5 SOUHRN**

Tato diplomová práce se zaměřuje na poruchy příjmu potravy, proanorektické stránky a legislativu, která se tímto tématem zabývá. Na základě kvantitativního výzkumného šetření mapuje přístup vysokoškolských studentů pedagogických fakult k proanablogům a zjišťuje celkový pohled na ně.

S tématem poruch příjmu potravy se může setkat opravdu každý a nezáleží na věku či na sociální skupině, do které dotyčná osoba spadá. Proto je nesmírně důležité se této problematice neustále věnovat a rozšiřovat povědomí společnosti.

**Klíčová slova:** Poruchy příjmu potravy, mentální anorexie, mentální bulimie, legislativa

## **6 SUMMARY**

This thesis is focused on eating disorders, anorectic websites and legislation about this topic. By quantitative research was found out opinion of university students of faculties of education on anorectic web blogs.

Everyone of them can have experience with eating disorders, no matter their age or social group to which he belong.

**Key words:** Eating disorders, Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, legislation



## ZÁVĚR

Diplomovou prací byla přiblížena problematika poruch příjmu potravy a takzvaných proanablogů.

Ve této diplomové práci jsou shrnuty informace a poznatky o poruchách příjmu potravy, jejich stručné historii, rizikových faktorech, jsou definovány „moderní“ poruchy příjmu potravy a základní charakteristika proanastránek. Bylo vyšetřeno, jaká legislativa toto téma řeší a byly zjištěny nějaké zkušenosti z praxe, konkrétně od zaměstnance Policie ČR. Metodická část je zaměřena na pohled vysokoškolských studentů pedagogických fakult na proana stránky a zjišťováno, jaký k nim mají postoj a celkový přehled budoucích učitelů o poruchách příjmu potravy.

Hlavním cílem práce bylo zmapovat vědomosti vysokoškolských studentů o poruchách příjmu potravy a postoje k nim. Dílčími cíli bylo zjistit povědomí studentů vysokých škol o poruchách příjmu potravy a proanablogích, odhalit postoj studentů vysokých škol k proanablogům, doložit, zda se jich tato problematika nějakým způsobem týkala, získat informace o tom, jaká legislativa v České republice se zabývá poruchami příjmu potravy a vyzkoumat, jak k problematice poruch příjmu potravy a proanablogům přistupují zaměstnanci státního orgánu – Policie České republiky jako k pomalému návodu na sebevraždu.

Stanovené cíle diplomové práce byly splněny. Dle výsledků výzkumného šetření jsou informace vysokoškolských studentů pedagogických fakult o poruchách příjmu potravy na vysoké úrovni. Polovina respondentů se vůbec s proanorektickými stránkami nesetkala. Téměř polovina respondentů je toho názoru, že by tyto stránky měly být cenzurované. Více než polovina respondentů se setkala s lidmi trpícími poruchami příjmu potravy ve svém okolí. Více než polovina respondentů neví, kde v případě, kdyby oni sami nebo někdo v okolí trpěl poruchami příjmu potravy, hledat pomoc. Respondenti dotazníkového šetření osoby trpící poruchami příjmu potravy většinou neodsuzují, mnozí k nim cítí lítost a soucit.

Na základě těchto informací lze soudit, že poruchy příjmu potravy jsou pro společnost stále jistým tabu, i když se o nich mluví daleko více, než v minulosti. Proto by bylo vhodné propagovat organizace, které se tímto zabývají, jako např. Občanské sdružení Anabell. Také

je důležité, aby kapitola a jisté základní informace a povědomí o poruchách příjmu potravy byly stále řazeny do osnov základních škol. Tohle je cesta, jak těmto nemocem předcházet a pracovat na větším povědomí populace o tomto závažném tématu. Díky tomuto by se mohly vytěsnit i nedostačující informace o tom, kde hledat pomoc, jestliže oni sami nebo někdo v blízkém okolí trpí nemocí poruch příjmu potravy. Právě nedostatečná informovanost studentů pedagogických fakult, na koho se obrátit v případě, že oni nebo někdo v blízkém okolí poruchami příjmu potravy trpí, je naprosto alarmující. Proto je důležité tomuto tématu stále věnovat nemalou pozornost a věřit, že to bude pro společnost prospěšné a úspěšnost jak těmto nemocem předcházet, nebo stav pacientů se snažit zlepšit, bude vyšší než nyní.

## **SEZNAM ZKRATEK**

**BMI** Body Mass Index – Index tělesné hmotnosti

**č.** číslo

**čá** částka

**ČR** Česká republika

**ČSÚ** Český statistický úřad

**event.** eventuálně

**kol.** kolektiv

**MŠMT** Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy

**MZd.** Ministerstvo zdravotnictví

**např.** například

**str.** strana

**tzv.** takzvaně

**viz.** „lze vidět“ z latinského slova „videlicet“

**Věst.** Věstník

**WHO** World Health Organisation – Světová zdravotnická organizace

## Referenční seznam

1. BALCH, J. F. 1998. *Bible předpisů zdravé výživy*. Praha: Pragma, 572 s. ISBN 80720-5637-9.
2. BÁRTLOVÁ, S., SADÍLEK, P., TÓTHOVÁ, V. 2008. *Výzkum v ošetrovatelství*. Brno: NCO NZO. ISBN 8070134674.
3. ČERNÁ, R. 2013. *O poruchách příjmu potravy pro otce a partnery*. 3. doplněné vydání. Brno: Občanské sdružení Anabell. 70 s. Bez ISBN.
4. FALTUS F. 2007. Je syndrom nočního přejídání skutečně poruchou příjmu potravy? *Český a slovenský psychiatr*. Roč. 103, s. 40–41.
5. FIALOVÁ, L. KRCH, F., D. 2012. *Pojetí vlastního těla: zdraví, zdatnost, vzhled*. Praha: Karolinum. 278 s. ISBN 978-80-246-2160-9.
6. FISHER, C. B. 2003. *Decoding the ethics code: A practical guide for psychologists*. Thousand Oaks: Sage Publications. 357 s. ISBN 978-1-4129-5916-2.
7. FRAŇKOVÁ, S. 1996. *Výživa a psychické zdraví*. Praha: ISV. 271 s. ISBN 80-85866-137.
8. FRAŇKOVÁ, S. aj. 2000. *Výživa a vývoj osobnosti dítěte*. Praha: HZ Editio. 198 s. ISBN 80-86009-32-7.
9. FRAŇKOVÁ, S., DVOŘÁKOVÁ-JANŮ, V. 2003. *Psychologie výživy a sociální aspekty jídla*. Praha: Karolinum. 256 s. ISBN 80-246-0548-1.

10. GROGAN, S. 2000. *Body: psychologie nespokojenosti s vlastním tělem*. Praha: Grada Publishing. 184 s. ISBN 8071699071.
11. HALGIN, R. P., WHITBOURNE, S. K. 1994. *Abnormal psychology*. (Updated with DSM-IV). London, Brown a Benchmark.
12. HENDL, J. 2012. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 3. vyd. Praha: Portál. 407 s. ISBN 978-80-262-0219-6
13. HORT, V. et al. 2008. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 2. vyd. Praha: Portál. 496 s. ISBN 978-807-3674-045.
14. CHRÁSKA, M. 1993. *Základy výzkumu v pedagogice*. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého v Olomouci. 257 s. ISBN 80-7067-287-0.
15. CHRISTENSEN, K., LEVINSON, D. 2008. *Encyclopedia of community: From village to virtual world*. Thousand Oaks: Sage Publications. ISBN 978-0-76192-598-9.
16. KOLOUCH, V., BOHÁČKOVÁ, L. 1994. *Cvičení ve fitcentrech - posilování*. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 80-7067-369-9.
17. KOCOURKOVÁ, J. et al. 1997. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Praha: Galén. 156 s. ISBN 80-858-2451-5.
18. KUNOVÁ, V. 2011. *Zdravá výživa*. 2., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, a.s. 140 s. ISBN 80-247-0736-5.
19. KRCH, F. D. 1999. *Poruchy příjmu potravy: Vymezení a terapie*. Praha: Grada. 238 s. ISBN 80-7169-627-7.
20. KRCH, F., D., et al. 2005. *Poruchy příjmu potravy*. 2. aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada. 256 s. ISBN 80-247-0840-X.

21. KRCH, F., D. 2002. *Mentální anorexie*. Praha: Portál. 240 s. ISBN 80-7178-598-9.
22. KRCH, F., D. 2003. *Bulimie: Jak bojovat s přejídáním*. 2. doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 80-247-0527-3.
23. KRCH, F., D., MÁLKOVÁ, I. 1993. *SOS nadváha*. Praha: Granit. 191 s. ISBN 80-858-0512-X.
24. KRCH, F. D. a kol. 2003. *Výchova ke zdraví: poruchy příjmu potravy: příručka pro učitele*. Praha: VÚP ve spolupráci s MŠMT ČR. 32 s. Bez ISBN.
25. KRCH, F. D., ŠVÉDOVÁ, J. 2013 *Příručka pro zdravotníky*. Brno: Občanské sdružení Anabell. 36 s. ISBN 978-80-905436-3-8.
26. LEIBOLD, G. 1995. *Mentální anorexie: Příčiny, průběh a nové léčebné metody*. Praha: Svoboda. ISBN 80-205-0499-0.
27. MACHOVÁ, J., KUBÁTOVÁ, D. a kol. 2009. *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada. 291 s. ISBN 978-80-247-2715-8.
28. MALONEY, M., KRANZOVÁ, R. *O poruchách příjmu potravy*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 1997, 153 s. ISBN 80-710-6248-0.
29. MANN, D.: 1998. *Researchers Shed Light on New Compulsive Exercising Disorder*. In.: Medical Tribune: Internist & Cardiologist Edition 39(1).
30. McQAIL., D. 2009. *Úvod do teorie masové komunikace*. 4. rozšířené a přepracované vydání. Praha: Portál. 640 s. ISBN 978-80-7367-574-5.
31. MIOVSKÝ, M. 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.

32. MYSLIVEČEK, Z. et al. 1956. *Speciální psychiatrie*. Praha: SZN. 609 s. Bez ISBN.
33. SLADKÁ-ŠEVČÍKOVÁ, J. 2003. *Z deníku bulimičky*. Praha: Portál. 127 s. ISBN 80-7178-795-7.
34. PAPEŽOVÁ, H. 2000. *Anorexia nervosa*. Praha: Psychiatrické centrum. 76 s. ISBN 85121-32-8.
35. PAPEŽOVÁ, H. 2003. *Bulimia nervosa: příručka pro všechny, kteří nemocí trpí – postižené samotné, jejich rodiny, přátele, partnery a některé odborníky (učitele a lékaře I. linie)* Praha: Psychiatrické centrum. 109 s. ISBN 80-85121-81-6.
36. PAPEŽOVÁ, H. 2012. *Poruchy příjmu potravy: příručka pro pomáhající profese*. Praha: Togga. 47 s. ISBN 978-80-87258-98-9.
37. PAPEŽOVÁ, H. 2010. *Spektrum poruch příjmu potravy: Interdisciplinární přístup*. Praha: Grada Publishing, a.s. 424 s. ISBN 978-80-247-2425-6.
38. PEŘINOVÁ, N. 2013. *Nutriční doporučení pro komunikaci s klientem s poruchou příjmu potravy*. Brno: Občanské sdružení Anabell. 25 s. ISBN 978-80-905436-4-5.
39. ŠMAHEL, D. 2001. Československá psychologie. *Specifika elektronické komunikace*, roč. 2001, č. 3, s. 252-257. ISSN 0009-062X.
40. VÁGNEROVÁ, M. 2000. *Vývojová psychologie*. Praha: Portál. 522 s. ISBN 80-7178-308-0.
41. WOLFOVÁ, N. 2000. *Mýtus krásy*. Bratislava: Aspekt. 344 s. ISBN 80-85549-15-8.
42. YESALIS, CH. E., COWART, V. S. 1998. *The Steroid Game. An expert's look at anabolic steroid use in sports*. Champaign, Human Kinetics.

43. STRAUSS, A. L., CORBIN, J. M. 1998. *Basics of qualitative research: Grounded theory rocedures and techniques*. Thousand Oaks, California: Sage Publications.

### **Elektronické zdroje:**

1. BADGER, M. Into the bloghosphere. *Visual blogs*. In GURAK, L., S. ANTONIJEVIC, S., JOHNSON, L., RATLIFF, C., REYMAN, J. [online]. 2004 [cit. 2014-01-22]. Dostupné z: [http://blog.lib.umn.edu/blogosphere/visual\\_blogs.html](http://blog.lib.umn.edu/blogosphere/visual_blogs.html)
2. BLANCHARD, A. Into the bloghosphere. *Blogs as virtual communities: Identifying a sense of community*. In GURAK, L., S. ANTONIJEVIC, S., JOHNSON, L., RATLIFF, C., REYMAN, J. [online]. 2004 [cit. 2014-01-19]. Dostupné z: [http://blog.lib.umn.edu/blogosphere/blogs\\_as\\_virtual.html](http://blog.lib.umn.edu/blogosphere/blogs_as_virtual.html)
3. BLOOD, R. Rebecca's Pocket. *Weblogs: A History and Perspective* [online]. 2000 [cit. 2014-02-07]. Dostupné z: [http://www.rebeccablood.net/essays/weblog\\_history.html](http://www.rebeccablood.net/essays/weblog_history.html)
4. CSIPKE, E., HORNE, O. European eating disorders revie. *Pro-Eating Disorder Websites: users' opinions*. s 196–206. [online]. 2007 [cit. 2014-03-23]. Dostupné z: <http://www.sane.org.uk/uploads/pro-eating-disorder-websites---users-opinions.pdf>
5. ČERNÁ, Ria. Mentální anorexie v kontextu rodinného systému. *Občanské sdružení Anabell* [online]. © 2002 – 2012 [cit. 2014-03-11]. Dostupné z: <http://www.anabell.cz/index.php/odborne-prace/352-mentalni-anorexie-v-kontextu-rodinneho-systemu>
6. Český statistický úřad [online]. 2010 [cit. 2014-02-01]. Dostupné z: [http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/informacni\\_technologie\\_jednotlivci LETACEK/\\$File/IT\\_jednotlivci\\_2011.pdf](http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/informacni_technologie_jednotlivci LETACEK/$File/IT_jednotlivci_2011.pdf)



7. Český statistický úřad. Jednotlivci používající internet, vývoj v letech 2007 až 2012. In: *Využívání informačních a komunikačních technologií v domácnostech a mezi jednotlivci* [online]. 4.12.2012 [cit. 2014-01-05]. Dostupné z: [http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/t/BF0038967C/\\$File/97011216.pdf](http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/t/BF0038967C/$File/97011216.pdf)
8. HERRING, S.C. , SCHEIDT, L.A., BONUS, S., WRIGHT, E. Weblogs as a Bridging Genre. *Information, Technology & People*, 18(2), 142-171. [online]. 2005 [cit. 2014-01-22]. Dostupné z: [http://www.academia.edu/233577/Weblogs\\_as\\_a\\_Bridging\\_Genre](http://www.academia.edu/233577/Weblogs_as_a_Bridging_Genre)
9. HERRING, S.C. , SCHEIDT, L.A., WRIGHT, E., KOUPER, I. Longitudinal Content Analysis of Weblogs: 2003 – 2004. *Bloggng, Citizenship and the future of media*, s. 3 – 20. [online]. 2006 [cit. 2014-01-22]. Dostupné z: [http://www.academia.edu/168987/Bloggng\\_citizenship\\_and\\_the\\_future\\_of\\_media](http://www.academia.edu/168987/Bloggng_citizenship_and_the_future_of_media)
10. HERRING, S.C. , SCHEIDT, L.A., KOUPER, I., WRIGHT, E. Into the bloghosphere. In GURAK, L., S. ANTONIJEVIC, S., JOHNSON, L., RATLIFF, C., REYMAN, J. *Women and children Last: The discursive construction of weblogs*. [online]. 2004 [cit. 2014-01-22]. Dostupné z: [http://blog.lib.umn.edu/blogosphere/women\\_and\\_children.html](http://blog.lib.umn.edu/blogosphere/women_and_children.html)
11. *Občanské sdružení Anabell* [online]. [cit. 2014-03-28]. Dostupné z: <http://www.anabell.cz/>
12. O'REILLY, T. What Is Web 2. *Design patterns and business models for the next generation of software*. [online]. 2005 [cit. 2014-01-22]. Dostupné z: <http://oreilly.com/pub/a/web2/archive/what-is-web-20.html?page=1>

13. *Portál o poruchách příjmu potravy, informace a služby s odbornou garancí.* [online]. [cit. 2014-03-04]. Dostupné z:  
<http://www.idealni.cz/>
14. PREECE, J., MALONEY-KRICHMAR, D., ABRAS, C. *History of Online Communities.* [online]. 2003 [cit. 2014-01-26]. Dostupné z:  
<http://behavenet.com/diagnostic-and-statistical-manual-mental-disorders-fifth-edition>
15. PREECE, J., MALONEY-KRICHMAR, D. *Journal of Computer-Mediated Communication*, 10. *Online communities: Design, theory, and practise.* [online]. 2005 [cit. 2014-01-24]. Dostupné z:  
<http://jcmc.indiana.edu/vol10/issue4/preece.html>
16. PRETTY GIRL. *Pro ana modlitba.* [online]. 14.9.2007 [cit. 2014-01-22]. Dostupné z:  
<http://thingirl.blog.cz/0709/pro-ana-modlitba>
17. SCHEIDT, L. A. Adolescent diary weblogs and the unseen audience. In BUCKINGHAM, D., WILLETT, R., *Digital Generations: Children, young people, and new media.* [online]. 2006 [cit. 2014-01-29]. London: Lawrence Erlbaum. Dostupné z:  
[http://ella.slis.indiana.edu/~lscheidt/publishing/Adolescent\\_Diary\\_Weblogs\\_and\\_the\\_Unseen\\_Audience.pdf](http://ella.slis.indiana.edu/~lscheidt/publishing/Adolescent_Diary_Weblogs_and_the_Unseen_Audience.pdf)
18. ŠMAHEL, D. *Internet jako prostředí bez zábran.* [online]. 2002 [cit. 2014-02-22]. Dostupné z:  
<http://www.isdn.cz/clanek.php?cid=3875>
19. TAYLOR, E. *Totally In Control. The rise of pro-ana/pro-mia websites.* [online]. 2002 [cit. 2014-02-23]. Dostupné z:  
[http://www.sirc.org/articles/totally\\_in\\_control2.shtml](http://www.sirc.org/articles/totally_in_control2.shtml)

20. *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. [cit. 2014-02-01]. Dostupné z:  
<http://www.uzis.cz/>
21. VYBÍRAL, Z., ŠMAHEL, D., DIVÍNOVÁ, R. *Growing up in virtual reality – adolescents and the Internet*. In MAREŠ, P. *Society, reproduction, and contemporary challenges* (s.169-188). Brno: Barrister & Principal. [online]. 2004 [cit. 2014-01-22].  
Dostupné z:  
<http://www.terapie.cz/materials/czech-adolescents-internet.pdf>
22. ZBIEJCZUK, A. *Web 2.0 – charakteristika a služby. Diplomová práce*. [online]. 2007  
[cit. 2014-02-01]. Dostupné z:  
[https://is.muni.cz/auth/th/52155/fss\\_m/?studium=594917](https://is.muni.cz/auth/th/52155/fss_m/?studium=594917)
23. *Zdravá výživa* [online]. [cit. 2014-03-01]. Dostupné z:  
<http://www.stripky.cz/>
24. Autor neuveden. *Modlitba pro ANU* [online]. 30.5.2011 [cit. 2014-01-22]. Dostupné z:  
<http://maggieana.blog.cz/en/1105/modlitba-pro-anu>

## Seznam tabulek

Tabulka 1 Dělení PPP

Tabulka 2 Jaké je vaše pohlaví:

Tabulka 3 Kolik je vám let?

Tabulka 4 Držel/a jste někdy redukční dietu?

Tabulka 5 Zajímáte se o knihy (časopisy, články) o výživě, stravování?

Tabulka 6 Kolik měříte?

Tabulka 7 Jaká je vaše hmotnost?

Tabulka 8 Co jsou podle vás PPP?

Tabulka 9 Mentální anorexie je podle vás:

Tabulka 10 Mentální bulimie je podle vás:

Tabulka 11 Setkali jste se někdy s lidmi trpícími PPP?

Tabulka 12 Slyšeli jste o „moderních“ PPP?

Tabulka 13 Pokud ano, vyberte definici, která je správně.

Tabulka 14 Využíváte internet?

Tabulka 15 Vyhledáváte či čtete návody na redukční diety, rady na hubnutí nebo příběhy osob, které se snaží zhubnout?

Tabulka 16 Setkali jste s návody, příběhy (tzv. proanablogy) samotných anorektiček na internetu?

Tabulka 17 I kdy jste se s nimi nesetkali, můžete vyjádřit svůj názor následující odpovědí. Myslíte si, že takové stránky by měly být cenzurované?

Tabulka 18 Odkud vy sami získáváte informace o PPP?

Tabulka 19 Víte, kde hledat pomoc v případě, kdyby vy nebo někdo ve vašem okolí trpěl PPP?

Tabulka 20 Znáte Občanské sdružení Anabell?

Tabulka 21 Jestliže jste zvolili odpověď ano, či nevím, napište nebo zkuste odhadnout, čím se Občanské sdružení zabývá.

Tabulka 22 Jaký je váš osobní názor na osoby trpící PPP?

## **Seznam příloh**

**Příloha č. 1 Dotazník**

**Příloha č. 2 Proana modlitby**

## Příloha č. 1 Dotazník

Dobrý den, jmenuji se Jitka Pořízková a jsem studentkou navazujícího studijního programu Učitelství českého jazyka a výchovy ke zdraví pro 2. stupně základních škol. Pracuji na diplomové práci na téma Proanablogy a legislativa v ČR.

Chtěla bych Vás poprosit o vyplnění krátkého dotazníku ohledně poruch příjmu potravy a problematice tohoto tématu. Dotazník je zcela anonymní a jeho výsledky budou použity pro vědecké studie v mojí diplomové práci.

**Tento dotazník je určený výhradně pro studenty pedagogických fakult, čili budoucí učitele. Cílem tohoto dotazníku je zmapovat vědomosti vysokoškolských studentů pedagogických fakult o poruchách příjmu potravy a postoje k nim.**

Mnohokrát děkuji za váš čas!

### **1. Jaké je vaše pohlaví**

- a) žena
- b) muž

### **2. Kolik je vám let? Prosím uveďte:**

.....

### **3. Držel/a jste někdy redukční dietu?**

- a) ano, jednou
- b) ano, opakovaně
- c) ne

**4. Zajímáte se o knihy (časopisy, články) o výživě, stravování?**

- a) ano
- b) někdy
- c) nikdy

**5. Kolik měříte? Prosím, uveďte.**

.....

**6. Jaká je vaše hmotnost? Prosím, uveďte.**

.....

**7. Co jsou podle vás poruchy příjmu potravy?**

- a) poruchy vázané na nemoci trávicí soustavy
- b) závažné psychosomatické onemocnění, kdy dochází k poruchám se stravováním, ale i sociálně-kulturním životem osob a dalších faktorů
- c) nesprávné stravovací návyky

**8. Mentální anorexie je podle vás:**

- a) závažné onemocnění poruch příjmu potravy, které se vyznačuje redukcí potravin, může dojít až k fatální redukci potravy osoby na den
- b) vyznačuje se opakovaným redukováním příjmu potravy s cílem snížit příjem kalorií a dovolit si tím pádem více alkoholu



c) závažné onemocnění poruch příjmu potravy, které se vyznačuje konzumací velkého množství jídla najednou a jeho následné vyzvracení, či používání různých projímavých prostředků za účelem dostat zkonsumované jídlo ven z těla

**9. Mentální bulimie je podle vás:**

a) závažné onemocnění poruch příjmu potravy, které se vyznačuje redukcí potravin, může dojít až k fatální redukci potravy osoby na den

b) porucha, kdy je člověk chorobně zaujat zdravým stravováním

c) závažné onemocnění poruch příjmu potravy, které se vyznačuje konzumací velkého množství jídla najednou a jeho následné vyzvracení, či používání různých projímavých prostředků za účelem dostat zkonsumované jídlo ven z těla

**10. Setkali jste se někdy s lidmi trpícími poruchami příjmu potravy?**

a) v rodině

b) ve svém okolí

c) nikdy

**11. Slyšeli jste o „moderních“ poruchách příjmu potravy, kam řadíme například, bigorexii, orthorexii, drunkorexii?**

a) ano

b) ne

c) nevím

**12. Pokud ano, vyberte definici, která je správně:**

**a) bigorexie** – porucha příjmu potravy, která se vyznačuje opakovaným redukováním příjmu potravy s cílem snížit příjem kalorií a dovolit si tím pádem více alkoholu

**b) orthorexie** – porucha, kdy je člověk chorobně zaujat zdravým stravováním

**c) drunkorexie** – postižené osoby touto poruchou vnímají samy sebe jako slabé, nedostatečně svalově vyvinuté a snaží se vysokou spotřebou energie, nadužíváním doplňků výživy (především bílkovinových preparátů) a náročným posilovacím tréninkem své tělo změnit

**13. Využíváte internet?**

**a) ano**

**b) ne**

**c) někdy**

**14. Vyhledáváte či čtete návody na redukční diety, rady na hubnutí nebo příběhy osob, které se snaží zhubnout?**

**a) ano**

**b) ne**

**c) někdy**

**15. Setkali jste se s návody, příběhy (tzv. proanablogy) samotných anorektiček na internetu?**

**a) ano**

**b) ne**

c) nevím

**16. Myslíte si, že takové stránky by měly být cenzurované?**

a) ano

b) ne

c) nevím

**17. Odkud vy sami získáváte informace o poruchách příjmu potravy?**

a) škola – základní škola, střední škola, vysoká škola – vyhovující prosím zakroužkujte.

b) rodiče

c) kamarádi

d) knihy, časopisy

e) internet

f) televize

g) informační brožury

h) nikde

i) jiné .....

**18. Víte, kde hledat pomoc v případě, kdyby vy nebo někdo ve vašem okolí trpěl poruchami příjmu potravy?**

a) ano - kde? Prosím, uveďte: .....

b) ne

**19. Znáte občanské sdružení Anabell?**

a) ano

b) ne

c) nevím

**20. Jestliže jste zvolili odpověď ano, či nevím, napište nebo zkuste odhadnout, čím se Občanské sdružení Anabell zabývá:**

.....  
.....  
.....

**21. Jaký je váš osobní názor na osoby trpící poruchou příjmu potravy? (Odsuzujete tyto lidi, je vám to jedno apod.). Prosím, stručně vyjádřete svoje pocity.**

.....  
.....  
.....

Mnohokrát děkuji za spolupráci a přeji vám krásný zbytek dne!

Jitka Pořízková

## Příloha č. 2 Proana modlitby

Proana modlitby vyskytující se volně na internetu na mnoha proanablozích a proana stránkách.

### 1)

*Lehám si do postele jako tučné, ale spokojené děvče, neboť vím, že jsem dnes udělala všechno pro splnění mého snu. Těším se na ráno a na celý následující den, protože vím, že díky dnešku budu krásnější a chudší. Zítř se však budu snažit ještě o něco víc, abych si zajistila lepší následující den. Pokojně se odevzdám do Aniných rukou, neboť vím, že Ona na mě dohlédne, postará se o mě a nenechá mě znova padnout na dno. Ona jediná ví, co je pro mě nejlepší a já ji budu následovat, kamkoli bude chtít.*

*Nemůžu se dočkat následujícího dne, neboť každou sekundou jsem stále blíže a blíže svému cíli. Dnes jsem byla blíže než včera a zítřa budu blíže, než jsem byla dnes. (www.thingirl.blog.cz).*

### 2)

*Ana, miluji tě a slibuji, že se budu snažit nezradit tě. Věř mi, že to pro mě není lehké, ale skutečně se snažím. Ty jediná to se mnou myslíš dobře, ty jediná na celém světě mě miluješ. Celý můj život jsem byla a pořád jsem tlustá kráva. Slibuji ti ale, že od dnešního dne se to všechno změní. Musím se znova naučit tě skutečně milovat a teď to vydržet ne jenom týden jako naposled, ale vydržet to navždy. Věř mi, že skutečně nechci být ta tučná kráva, kterou jsem. Už nechci, aby o mně lidi říkali – to je ta tlustá, škaredá holka. Chci jim ukázat, že dokážu být krásná a krásná znamená hubená. Slibuji, že se přemohu a budu dělat to, co mi radíš, protože vím, že mě miluješ jako já tebe a myslíš to se mnou dobře. (www.maggieana.blog.cz).*

## ANOTACE

<b>Jméno a příjmení:</b>	Jitka Pořízková
<b>Katedra:</b>	Katedra antropologie a zdravotní vědy
<b>Vedoucí práce:</b>	Mgr. Michaela Hřivnová, PhD.
<b>Rok obhajoby:</b>	2014

<b>Název práce:</b>	Proanablogy a legislativa v ČR
<b>Název v angličtině:</b>	Blogs focused on eating disorders and legislation in the Czech Republic
<b>Anotace práce:</b>	Diplomová práce zjišťovala vnímání a názor pro-anorektických stránek studenty pedagogických fakult, pojednávala o moderních poruchách příjmu potravy a zaměřila se na legislativu, která tyto případy řeší.
<b>Klíčová slova:</b>	Mentální anorexie Mentální bulimie Poruchy příjmu potravy Legislativa
<b>Anotace v angličtině:</b>	This thesis examined the perceptions and also opinions of students of faculties of education on anorexic websites. The thesis introduced the modern eating disorders and it is focused on legislation about this topic.
<b>Klíčová slova v angličtině:</b>	Anorexia nervosa Bulimia nervosa Eating disorders Legislation

<b>Přílohy vázané v práci:</b>	Příloha č. 1 Dotazník Příloha č. 2 Proana modlitby
<b>Rozsah práce:</b>	102
<b>Jazyk práce:</b>	Český