

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta
Katedra sociální pedagogiky

**Postoje pomáhajících pracovníků k poruchám příjmu
potravy se zvláštním zřetelem k Pro-ana a Pro-mia blogům**

Diplomová práce

Autor: Bc. Petra Bártová
Studijní program: N7507 – Specializace v pedagogice
Studijní obor: Sociální pedagogika
Vedoucí práce: Mgr. Gabriela Slaninová, Ph.D.



Zadání diplomové práce

Autor: Petra Bártová

Studium: P14P0783

Studijní program: N7507 Specializace v pedagogice

Studijní obor: Sociální pedagogika

Název diplomové práce: **Postoje pomáhajících pracovníků k poruchám příjmu potravy se zvláštním zřetelem k Pro-ana a Pro-mia blogům**

Název diplomové práce AJ: The Attitudes of Helping workers Towards Eating Disorders with Special emphasis on Pro-ana and Pro-mia blogs

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Diplomová práce bude soustředit svoji pozornost na téma mentální anorexie a mentální bulimie, respektive na promítání tohoto tématu do Pro-ana a Pro-mia blogů. Cílem práce bude s oporou o odbornou literaturu popsat a analyzovat mentální anorexii a mentální bulimii, Pro-ana a Pro-mia blogy a jejich vztah k poruchám příjmu potravy a ve výzkumném šetření zjistit postoje pomáhajících pracovníků k těmto blogům. Bude využito kvalitativní výzkumné strategie, sběr dat bude realizován za využití polostrukturovaných rozhovorů, k analýze dat poslouží elementy zakotvené teorie.

CLAUDE-PIERRE. Tajná řeč a problémy poruch příjmu potravy: jak rozumět příčinám anorexie a bulimie a jak je léčit. Praha: Pragma Hodkovičky, 2001. ISBN 8072058185. KOUČOURKOVÁ, J. et al. Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání, 1997. ISBN 808-58-2451-5. KRCH, D. F. a kol. Poruchy příjmu potravy. Praha: Grada Publishing, 1999. ISBN 80 169 627-7.

Garantující pracoviště: Katedra sociální pedagogiky,
Pedagogická fakulta

Vedoucí práce: Mgr. Gabriela Slaninová, Ph.D.

Oponent: PaedDr. Monika Žumárová, Ph.D.

Datum zadání závěrečné práce: 6.11.2014

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Pardubicích dne

PODĚKOVÁNÍ:

Tímto bych ráda poděkovala své vedoucí práce Mgr. Gabriele Slaninové, Ph.D. za její odbornou pomoc, cenné rady a připomínky, které mi pomohly při zpracování diplomové práce. Chtěla bych také poděkovat svým rodičům za podporu v rámci celého studia.

ANOTACE

Diplomová práce je zaměřena na vybrané poruchy příjmu potravy, zohledňuje téma mentální anorexie a mentální bulimie. Pozornost se soustředí na promítání tohoto tématu do Pro-ana a Pro-mia blogů. Cílem práce je s oporou o odbornou literaturu popsat a analyzovat mentální anorexii a mentální bulimii, Pro-ana a Pro-mia blogy a jejich vztah k poruchám příjmu potravy a ve výzkumném šetření zjistit postoje pomáhajících pracovníků k těmto blogům. V souladu s cílem práce je využito kvalitativního výzkumného designu. Metodou sběru dat je semistrukturované interview, analýza dat je provedena za využití principů a prvků zakotvené teorie. Výzkum je realizován ve dvou fázích – v první etapě je představena obsahová analýza vybraných Pro-ana a Pro-mia blogů, druhá fáze pak přináší výsledky zjišťování postojů sociálních pedagogů a pediatrů k těmto blogům.

KLÍČOVÁ SLOVA

Poruchy příjmu potravy, mentální anorexie, mentální bulimie, Pro-ana blog, Pro-mia blog

TITLE

The Attitudes of Helping workers Towards Eating Disorders with Special emphasis on Pro-ana and Pro-mia blogs

ANNOTATION

The diploma thesis deals with the topic of selected eating disorders including Anorexia nervosa and Bulimia nervosa. It focuses on the projection of the chosen topic on the Pro-ana a Pro-mia blogs. The thesis aims to describe and analyse (using reference literature and texts) Anorexia nervosa and Bulimia nervosa, the Pro-ana a Pro-mia blogs and their relation to eating disorders, and to discover the support workers attitude towards the aforementioned blogs using inquiry research methods. To fulfil the aim of the thesis properly qualitative research design was used. The data collection method includes semi-structured interviews and the data analysis is carried out using the principles and elements of grounded theory. The research was pursued in two phases: in the first one, the content analysis of the selected Pro-ana a Pro-mia blogs is introduced; the second one brings the results of the inquiry into the attitudes of social pedagogues and pediatricians towards these blogs.

KEYWORDS

Eating disorders, Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Pro-ana blog, Pro-mia blog

OBSAH

ÚVOD	9
1 STAV POZNÁNÍ A TEORETICKÝ BACKGROUND.....	11
2 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY – „ONEMOCNĚNÍ“ SEBEPOJETÍ V KONTEXTU STRIKTINÍ REGULACE PŘÍJMU POTRAVY	18
2.1 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY V HISTORICKÉM EXKURZU	20
2.2 RIZIKOVÉ FAKTORY JAKO MOŽNÉ PŘÍČINY VZNIKU PPP	22
2.2.1 <i>Biologické faktory – genetika a tělesná proměna</i>	23
2.2.2 <i>Psychologické faktory – osobnostní rysy a psychické charakteristiky</i>	24
2.2.3 <i>Sociokulturní faktory – působení společenského prostředí</i>	25
2.3 MENTÁLNÍ ANOREXIE JAKO PSYCHOGENNÍ PORUCHA PŘÍJMU POTRAVY RESTRIKTIVNÍHO A PURGATIVNÍHO TYPU	27
2.4 MENTÁLNÍ BULIMIE JAKO SYNDROM ZÁCHVATOVITÉHO PŘEJÍDÁNÍ.....	31
3 BLOG JAKO OSOBNÍ INTERNETOVÁ STRÁNKA S AKCENTEM K PRO-ANA A PRO-MIA KOMUNITĚ	36
3.1 PRO-ANA A PRO-MIA BLOGY JAKO POTENCIONÁLNĚ RIZIKOVÉ MÍSTO PRO ROZVOJ PORUCH PŘÍJMU POTRAVY.....	38
3.1.1 <i>Pro-ana komunita</i>	40
4 POSTOJE JAKO VÝSLEDEK ZAŽITÝCH INTERAKCÍ A BYTOSTNÝ VZTAH JEDINCE K HODNOTÁM	43
5 POMÁHAJÍCÍ PROFESE JAKO POVOLÁNÍ, V JEHOŽ ZÁKLADU JE POMOC ČLOVĚKU... 47	
5.1 SOCIÁLNÍ PEDAGOGIKA A SOCIÁLNÍ PEDAGOG JAKO POMÁHAJÍCÍ PRACOVNÍK.....	48
5.2 PEDIATRIE A DĚTSKÝ LÉKAŘ JAKO POMÁHAJÍCÍ PRACOVNÍK.....	51
6 EMPIRICKÉ ŠETŘENÍ	54
6.1 KVALITATIVNÍ VÝZKUMNÝ DESIGN	54
6.2 OBSAHOVÁ ANALÝZA VYBRANÝCH PRO-ANA A PRO-MIA BLOGŮ	56
6.2.1 <i>Diskuze výsledků - sekce analýza blogů</i>	59
6.3 ZJIŠŤOVÁNÍ POSTOJŮ POMÁHAJÍCÍCH PRACOVNÍKŮ K MENTÁLNÍ ANOREXII, MENTÁLNÍ BULIMII A PRO-ANA A PRO-MIA BLOGŮM	62
6.3.1 <i>Interpretace získaných dat</i>	64
6.3.1.1 <i>Popis paradigmatického modelu</i>	65
6.3.1.2 <i>Vyložení karet</i>	66
6.3.1.3 <i>Diskuze výsledků – sekce rozhovory</i>	77
ZÁVĚR.....	80
POUŽITÁ LITERATURA	82
SEZNAM PŘÍLOH	94

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Respondenti zapojeni do výzkumného šetření	63
Tabulka 2: Použití paradigmatického modelu	65

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

BMI	Index tělesné hmotnosti (Body Mass Index)
ČR	Česká republika
DSM	Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch
MA	Mentální anorexie
MB	Mentální bulimie
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
PPP	Poruchy příjmu potravy
Sb.	Sbírka zákonů
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

ÚVOD

Pro tuto diplomovou práci bylo zvoleno téma Postoje pomáhajících pracovníků k poruchám příjmu potravy se zvláštním zřetelem k Pro-ana a Pro-mia blogům. Důvodem pro tuto volbu byl fakt, že ačkoliv se dnes ve společnosti otevřeně hovoří o problematice poruch příjmu potravy a o nebezpečnosti tohoto fenoménu, oblast Pro-ana a Pro-mia blogů je prozatím něčím, o čem se u nás příliš nehovoří či neví. Nejedná se však o zcela nový jev.

V dnešní době stále více roste obliba blogů, což jsou internetové deníčky, kde se autoři svěřují se svými zážitky, postřehy či úspěchy. Obsah jednotlivých blogů se však liší. Najdeme takové, kde se autor (tzv. blogger) svěřuje s tím, jaký měl den nebo co vařil. V internetovém prostoru ale můžeme narazit i na ohrožující či nebezpečné blogy. Do této skupiny jistě patří Pro-ana a Pro-mia blogy, které prezentují mentální anorexii a mentální bulimii jako součást identity hubnoucí dívky. Uživatelky těchto blogů se snaží snížit svou váhu. Nejde však o hubnutí zdravým způsobem, to je vnímáno jako příliš pomalé.

Ilustrativní pohled nabízí Letochová (2012) a Novák (2008) - Pro-ana a Pro-mia blogy poskytují svým uživatelkám prostor, kam zaznamenávají svou každodenní zkušenost a úspěchy v hubnutí. Mohou zde vzájemně diskutovat o tom, jak zvládat strasti, které jejich snahy ke snížení váhy doprovází a ubezpečovat se ve správnosti svého rozhodnutí. Tyto blogy dávají svým členům pocit sounáležitosti a posilují v nich odhodlání vytrvat v jejich sebedestrukčním jednání. Nefungují ale pouze pro stávající uživatele. Jejich nebezpečí se skrývá zejména v oslovování dalších, mnohdy nezúčastněných osob. Děje se to prostřednictvím motivačních obrázků a koláží, které dokáží mladého člověka zaujmout a vyvolat v něm dojem, že se jedná pouze o formu životního stylu, nikoliv o nemoc.

Cílem diplomové práce je s oporou o odbornou literaturu popsat a analyzovat mentální anorexii a mentální bulimii, Pro-ana a Pro-mia blogy a jejich vztah k poruchám příjmu potravy a ve výzkumném šetření zjistit postoje pomáhajících pracovníků k výše zmíněným poruchám příjmu potravy a k těmto blogům.

Z řad pomáhajících pracovníků budou v centru naší pozornosti dětské lékaři, kteří z úhlu pohledu medicíny, případně v rámci psychosomatického přístupu ke zdraví a nemoci, tvoří nezpochybnitelnou „součást“ systému pomoci dívkám s mentální anorexií nebo mentální bulimií. Vztah ke studovanému oboru poté podpoří zřetel k pedagogům – respektive sociálním pedagogům. V empirickém šetření bude zvláštní zřetel upřen k sociálním pedagogům, kteří pracují jako vychovatelé na domovech mládeže. Jsou mnohdy těmi prvními, kteří vidí a usuzují,

že se „něco“ děje. Zároveň jsou těmi, ke kterým mívají jejich svěřenci důvěru a jsou ochotni s nimi hovořit o svých zkušenostech či problémech – nebo si je v jejich přítomnosti přiznat. V neposlední řadě jsou těmi odborníky, kteří mohou dívku provést fází, kdy je zahajována léčba, být k dispozici a podporovat ji v jejím průběhu či adekvátně delegovat dívku do následné péče.

V souvislosti s výše zmíněným si klademe následující otázky: Jaký je postoj dětských lékařů k PPP? Jaký je postoj pedagogů k PPP? Jaké mají pomáhající pracovníci z řad pediatriů a sociálních pedagogů povědomí o Pro-ana a Pro-mia blozích? Jak pohlíží dětské lékaři na Pro-ana a Pro-mia blogy? Jak na ně pohlíží pedagogové/sociální pedagogové? Jaká nahlíží rizika členství v této internetové komunitě ve vztahu k PPP? V čem může být členství v Pro-ana a Pro-mia komunitě prospěšné? Co podle pomáhajících pracovníků takové členství nabízí? Jak podle pediatriů a sociálních pedagogů členky Pro-ana nebo Pro-mia komunity jednají?

V kontextu stanoveného cíle a na základě prostudovaných pramenů formulujeme výzkumný předpoklad: Respondenti mají povědomí o existenci Pro-ana a Pro-mia blogů a hodnotí je jako rizikové v souvislosti s rozvojem PPP.

Dále formulujeme výzkumný problém: členství v Pro-ana a Pro-mia komunitě a riziko rozvoje MA a MB z pohledu pomáhajících pracovníků. A z něj vychází formulace hlavní výzkumné otázky: Jaký mají pomáhající pracovníci postoj k Pro-ana a Pro-mia blogům, respektive k členství v této virtuální komunitě?

V úvodních kapitolách je využito induktivních a deduktivních metod. V empirickém šetření je ve vztahu k tématu a cíli práce zvolena kvalitativní výzkumná strategie. Pro sběr dat je vybrána metoda semistrukturovaného interview s pomáhajícími pracovníky. Takto získaná data jsou analyzována za využití elementů metody zakotvené teorie (otevřeného kódování, selektivního kódování, axiálního kódování a tvorby paradigmatického modelu). Dále je provedena obsahová analýza dvou Pro-ana blogů a jednoho Pro-mia blogu.

Práce je teoreticko-empirického charakteru.

Takto zaměřený text by mohl posloužit odborníkům z řad pomáhajících profesí, zejména pak těm, kteří se v rámci své profese prvoplánově setkávají s tématem mentální anorexie a mentální bulimie. V neposlední řadě je text určen pedagogům, kteří jsou v každodenním styku s adolescenty a jak již bylo zmíněno výše, mohou zachytit signály rozvoje poruchy příjmu potravy jako jedni z prvních.

1 STAV POZNÁNÍ A TEORETICKÝ BACKGROUND

Poruchy příjmu potravy (dále jen PPP) jsou velmi současným tématem, kterému je v posledních letech věnována značná pozornost ať už v odborném tisku (např. Psychosom, Československá psychologie, Prevence), seminářích či na celorepublikových konferencích. V Praze se jednou za dva roky pravidelně koná mezioborová konference na toto téma. (Němečková, 2007)

Ve stručném historickém exkurzu se tématem poruch příjmu potravy věnoval už Hippokrates v 5. století před naším letopočtem, který je souhrnně nazval *asithia*. Samotný termín anorexie byl poprvé použit Galénem ve 2. století našeho letopočtu. O mentální bulimii v historické literatuře není mnoho zmínek, ačkoliv přejídání, často spojené s následným zvracením, bylo mezi vyššími společenskými vrstvami běžnou záležitostí už například v dobách antického Říma, což zaznamenal Seneca v 65. roce před naším letopočtem. (Faltus, 2010)

Termín mentální anorexie není některými odborníky považován za vhodný. Podle Platónova výkladu označuje jakési odpoutání od žádostivosti, chtíče. Hippokrates za ním viděl nedostatečné uspokojení z jídla. Dnes tento pojem označuje ztrátu chuti k jídlu. Odpůrci tohoto názvu mají obavy z toho, že termín anorexie může vést k závěru, že podstatou onemocnění není úmyslné odmítání potravy z důvodu strachu z váhového příbytku a dychtivost po až chorobně hubené postavě, ale že podstatou je nechutenství. (Faltus, 2010)

Je možno vidět, že se pohled na jednotlivé poruchy příjmu potravy stále vyvíjí. Stejně tak se v čase proměňuje a graduje výskyt konkrétních poruch příjmu potravy. V 60-70. letech 20. století se hovořilo zejména o mentální anorexii, v 80-90. se pohled obrátil také na mentální bulimii, která se poprvé objevila mezi diagnózami v 10. revizi MKN. (Hort, Hrdlička, Kocourková a kol., 2008)

Vágnerová (2002) hovoří o tom, že potřeba jídla se řadí mezi základní lidské potřeby a úzce souvisí s pudem sebezáchovy. Jestliže chce člověk žít, musí přijímat potravu. Většina lidských potřeb ale může být pod vlivem psychosociálního působení. V určitých případech a situacích tak může dojít k potlačení fyziologických potřeb, které se v tu danou chvíli jeví jako nevýznamné. Stejně tak to je i s pudovou potřebou jídla. Poruchy příjmu potravy tato autorka spojuje s poruchami postoje jedince k potravě a poruchou postoje k vlastnímu tělu.

Můžeme tedy na základě výše zmíněného konstatovat, že MA a MB na úrovni poruchy postoje k vlastnímu tělu značí jasný vztah k sebezpojetí jedince v celé své šíři (ad sebehodnocení, v jehož jádru je sebeúcta, sebeakceptace, sebevědomí, seberegulace), s významným akcentem k tělesnému sebezpojetí. V tomto úhlu pohledu budeme následně k vybraným PPP přistupovat.

Tématem poruch příjmu potravy se v České republice zabývá například Krch, Papežová, Kocourková, Koutek. Tyto autory vnímáme jako stěžejní pro orientaci v problematice PPP a v úvodních kapitolách se o jejich poznatky opíráme.

Z aktuálních výzkumů ve vztahu k současnému stavu poznání vyplývá následující: výzkum, který zjišťoval prevalenci poruch příjmu potravy v USA, přinesl výsledky, že za celý život se mentální anorexie objevuje v 0,3 %. V případě mentální bulimie jde o výskyt v 0,9 %. Incidenci autoři výzkumu uvádí u mentální anorexie 0,2 % a u mentální bulimie 0,6 %. Z věkového hlediska byl u mentální anorexie zjištěn medián v 12,3 roku věku, u mentální bulimie byla tato hodnota v 12,4 roku věku. (Swanson a kol., 2011)

Výzkum taktéž zkoumal, zda hraje roli u poruch příjmu potravy socioekonomický status rodiny, dosažené vzdělání rodičů, rodinné příjmy nebo zda jedinec vyrůstá v biologické či náhradní rodině. Avšak z výsledků výzkumu nevyplývá žádná významná spojitost mezi těmito skutečnostmi. (Swanson a kol., 2011)

Pokud bychom se zaměřili na situaci v České republice, výsledky výskytu PPP vypadají následně. Marádová (2007) uvádí, že se mentální anorexie v ČR objevuje u necelého 1 % dospívajících dívek, u mentální bulimie je toto číslo výrazně vyšší. Jedná se prý přibližně o každou dvacátou dívku v ČR, vyskytuje se tedy v 6 %. Z hlediska věku se podle této autorky mentální anorexie objevuje nejčastěji ve věku 13-20 let. Mentální bulimie se objevuje zpravidla mezi 16 - 25 rokem.

Podle ÚZIS ČR bylo v roce 2012 zaznamenáno celkem 3461 pacientů s diagnózou poruch příjmu potravy, kteří byli léčeni v ambulantních zdravotnických zařízeních. Tento počet převýšil množství těchto pacientů z roku 2011 o více než 2 %. Z hlediska pohlaví se jednalo v 91% případů o ženy. 37 % pacientů bylo léčeno v tomto roce poprvé v životě. Pacientů s diagnózou poruch příjmu potravy ve věku 0-14 let bylo zaznamenáno více než 8 %. Věková skupina 15-19 let tvořila téměř 30 % případů a 60 % pacientů bylo ve věku nad 20 let. (Nechanská, 2013)

Celorepublikový průměr výskytu poruch příjmu potravy byl - 32,9 pacientů s PPP na 100 000 obyvatel. Na území Prahy byl tento průměr překročen 3,5krát. Nadprůměrný výskyt byl také zaznamenán v Pardubickém, Olomouckém a Jihomoravském kraji. Je však nutné

přihlédnout k faktu, že pacienti nejsou zaznamenáváni podle místa svého trvalého bydliště, ale podle sídla zdravotnického zařízení. (Nechanská, 2013)

Hospitalizováno bylo celkem 330 osob. V 62 % se jednalo o pacienty s diagnózou mentální anorexie, v pětině případů se jednalo o mentální bulimii.

Téma PPP je často spojováno s adolescencí, nicméně je nutno podotknout, že PPP se neobjevují pouze v období dospívání. Týkají se samozřejmě všech věkových kategorií. Stále více ohroženou skupinou jsou děti. Z výzkumu AHRQ vyplývá, že v USA mezi lety 1999 až 2006 vzrostl počet hospitalizací dětí do 12. roku věku o 119 %. (AHRQ, 2009)

Nárůst, i když poněkud mírnější, lze zaznamenat i u nás. Z dokumentací ÚZIS je možné vysledovat, že počet hospitalizovaných dětských pacientů od roku 2008 kolísá a po roce 2010 jejich počet mírně vzrůstá. V roce 2008 bylo zaznamenáno 17 % hospitalizací pacientů ve věku do 15 let. (Nechanská, 2010) V roce 2009 jejich počet klesl na více než 14 %. (Nechanská, 2010) V roce 2010 tvořili tito dětské pacienti více než 15 % z celkového počtu hospitalizovaných s PPP. V roce následujícím jejich počet vzrostl na téměř 19 %. (Nechanská, 2011), (Nechanská, 2012) Stejně tomu tak bylo i v roce 2012, kdy počet pacientů do 15 let opět atakoval hodnotu 19 %. (Nechanská, 2013) I z tohoto důvodu je naším záměrem dotazovat se na postoj k Pro-ana a Pro-mia blogům právě dětských lékařů.

PPP se u některých jedinců stávají chronickou záležitostí. Jsou spojeny s vážnými problémy - jak psychickými, tak somatickými. Míra mortality je poměrně vysoká. U mentální anorexie je uváděna mezi 8-16 %. Z toho se u 2 % jedná o dokonaná suicidia. (Petišková, nedat.) To nás vede k výzkumnému zacílení na pomáhající profese. Těmi, kdo mezi prvními mohou zaznamenat změny například v chování, nejen stravovacím, jsou pedagogové ve školských zařízeních. Konkrétně například vychovatelé v domovech mládeže, kteří mnohdy splňují z pohledu adolescentů roli a funkci zástupných objektů tam, kde absentuje rodina.

Porozumění PPP a jejich léčba čerpala v minulosti z poznatků společenských věd. Dnes však musíme brát v potaz také působení online světa, který hluboce ovlivňuje způsoby komunikace, přátelství a společenské vazby adolescentů a mladých dospělých. Komplexní pochopení fenoménu zvaného Pro-ana a Pro-mia se stává nepostradatelným nástrojem politiky v oblasti veřejného zdraví a pro navrhování informační a preventivní kampaně. (ANAMIA, 2012)

V tomto kontextu nutno dodat, že internet a s ním související technologie jsou na jednu stranu skvělými pomocníky a prostředky, otevírající svět nových lidských možností a příležitostí. Na stranu druhou však také nabízí prostor k rozvoji určitých sociálních problémů

a patologií. (Kirmayer, Raikhel, Rahimi, 2013) V této souvislosti jsou uvedeny následující výsledky provedených výzkumů.

Podle Corneliuse a Blantona (2015) mnoho odborníků prosazuje pozitivní sebepojetí a propaguje sebevědomí. Jako extrémní formu těchto hypotéz vnímají pro-anorektické komunity. Identifikace s anorexií ve spojení s nízkým příjmem potravy může vést k vyšší sebejistotě. Ve svém výzkumu se tuto hypotézu pokusili ověřit, avšak tato teorie se ve výsledku nepotvrdila.

Podle Amy N. Spahr se internet stal v první řadě komunikačním prostředkem k sociálnímu propojení adolescentů. Dvě třetiny adolescentních dívek hledá informace týkající se zdraví na internetu a téměř polovina z této skupiny hledá informace o hubnutí, jedna čtvrtina pak informace o PPP. Není proto překvapením, že počet Pro-ana a Pro-mia webů roste a že hrají významnou roli v rozvoji PPP u adolescentů. (Van Pelt, 2009)

Fenoménem poslední dekády je psaní blogů či natáčení tzv. vlogů a kontakt s druhými lidmi prostřednictvím sociálních sítí. Tomanová a Černý (2016) vidí tvorbu blogů obecně jako jeden ze současných způsobů zvládnání náročných situací v životě dětí a adolescentů. Přirovnávají to k dříve často využívané terapii psaním. Z pohledu psychologie může tato tvůrčí činnost na kognitivní rovině napomoci ke změně úhlu pohledu na situaci, ve které se člověk aktuálně nachází a s kterou se potřebuje vypořádat. Z hlediska emocí to pak může fungovat jako ventil pocitů, které nedokáže dospívající vyslovit a vyrovnat se s nimi. Uvádíme kontext s tématem PPP a jak níže vidno, v České provenienci nejsou Pro-ana a Pro-mia blogy nijak významně a detailně probádanou oblastí.

V zahraničí vyšlo poměrně značné množství studií věnujících se tématice Pro-ana a Pro-mia blogů, jde například o odborné práce Wilsona, Peebles, Hardyho, Litta (2006), Gilesa (2006), Yeshua-Katz a Martins (2013), Boero, Pascoe (2012) nebo Maloney (2013). Na poli české odborné veřejnosti však není mnoho badatelů věnujících se tomuto tématu. Jedná se o Nováka nebo Letochovou. Dále bylo na toto téma vypracováno několik vysokoškolských závěrečných prací, jejichž autorkami jsou například Němečková (2009), Brávková (2009) nebo Mourová (2009).

Důvodem, proč si dospívající zakládají blog, je především sebeprezentace před čtenáři z řad vrstevníků. Ti jim na druhou stranu poskytují sociální podporu a zpětnou vazbu, která působí na autorovo sebepojetí a sebehodnocení. Pro členy Pro-ana nebo Pro-mia komunity je vzájemná podpora velmi důležitá a to proto, že v reálném životě se jim této podpory v jejich počínání nedostává. (Lusková, Blinka, Šmahel, 2008) Yeshua-Katz a Martins (2013) ve své studii

popisují tyto bloggery jako stigmatizované jedince, kteří hledají podporu od druhých, kteří toto stigma onemocnění PPP také sdílejí.

Pro-anorektické komunity nabízí místo, kde mohou být členi sami sebou bez obav, že by je někdo odsuzoval. Mnozí cítí, že tato komunita je jediným místem, kde mohou být zcela upřímní ohledně svého onemocnění a toho, jak ho prožívají. (Smith, Wickes, Underwood, 2015)

Členové této komunity se necítí sociálně izolovaní, jsou totiž plnohodnotnou součástí sociální skupiny, kde je hubnutí normou, nikoliv něčím, co jiní zavrhuje. Neustálé utvrzování se ve správnosti svého jednání může mít ale negativní dopad. (Lusková, Blinka, Šmahel, 2008)

Členy komunity Pro-ana blogů jsou ti, kteří jsou adepty, popřípadě se jich už týká nemoc zvaná mentální anorexie. Je třeba si uvědomit, že pacientky trpící mentální anorexií alespoň z počátku bojují s hladem a své potěšení nachází v tom, že své potřeby zvládnou ovládat a kontrolovat je. (Kocourková et al., 1997) Členkám této komunity se může dostávat podpory ostatních bloggerek, aby ve svém počínání vydržely.

Komunitu Pro-mia blogů tvoří ti, kteří uvažují nebo jsou rozhodnutí snížit svou váhu prostřednictvím zvracení, kterému předchází záchvat přejídání. Jde tedy o bulimii. Tato komunita funguje na stejném principu jako Pro-ana. Liší se tedy zpravidla jen způsob, kterým se jednotliví členové rozhodnou svou váhu redukovat.

Zpráva EU Kids z roku 2011 uvádí, že pro-anorektické weby navštěvují nejčastěji dívky ve věku 14-16 let. Z této zprávy také vyplývá, že 21 % dětí ve věku 11-16 let je v internetovém prostředí vystaveno jednomu či více druhům potenciálně nebezpečných obsahů, z čehož 10 % tvoří pro-anorektické stránky. (Livingstone, Haddon, Görzig, Ólafsson, 2011)

Studie z roku 2010 zabývající se Pro-ana a Pro-mia weby vysledovala, že na těchto stránkách se běžně mluví o tématech, jako je úspěch, kontrola, perfekcionismus a solidarita. Ze zkoumaného vzorku stránek bylo 79 % založeno na interakci mezi autorem a čtenáři, komunikaci prostřednictvím online fóra apod. Co se týče obsahové stránky blogů, z 84 % se jednalo o pro-anorektický obsah a z 63 % se jednalo o Pro-mia tematiku. Pouze 7 % z celkového obsahu blogů se zjevně netýkalo PPP. Téměř ve všech případech (98 %) byla administrátorem webu dívka. Z 60 stránek, na kterých členové komunit diskutovali, zda jsou PPP životním stylem nebo nemocí, vyplynulo, že 58 % to vnímá jako nemoc a 42 % jakožto styl života. (Borzekowski a kol, 2010)

Podle francouzského výzkumu ANAMIA z roku 2013, který zkoumal anglické a francouzské Pro-ana a Pro-mia blogy, se mentální anorexie skutečně týká méně než 20 %

uživatelů těchto blogů. S 45 % převažují smíšené formy PPP a mentální bulimie se objevuje zejména ve Francii v 28 %. Většina těchto blogů odmítá zapojení v šíření mentální anorexie nebo jiných PPP. (ANAMIA, 2013)

Negativní vliv těchto webových stránek byl zjištěn například ve studii z roku 2006, které se účastnilo téměř 700 rodin, jejichž členem byl adolescent s PPP. Pokud tento adolescent navštěvoval Pro-ana nebo Pro-mia weby, prokázalo se, že to ovlivnilo délku přetrvávání onemocnění a počet hospitalizací. (Wilson, Peebles, Hardy, Litt, 2006)

Výzkum, který probíhal v Nizozemí a jehož se účastnily mladé ženy s váhou v normě, se zabýval otázkou, zda existuje nějaké propojení mezi prohlížením si pro-anorektických webů a spokojeností s vlastním tělem. Výsledky výzkumu podporují názor, že pro-anorektické stránky pravděpodobně nemají zásadní vliv u mladých žen, jejichž váha je v normě, na spokojenost či nespokojenost s vlastním tělem. Nicméně korelační studie na toto téma přišly s jinými výsledky. Tedy že byl zjištěn pozitivní vztah mezi sledováním Pro-ana webů a nespokojeností s vlastním tělem. Vysvětlení vidí autoři v tom, že ženy sledují tyto stránky z důvodu již existující nespokojenosti. Proto také shledávají jako velmi důležité, zaměřit se na prevenci PPP. (Delforterie a kol., 2014)

Tato práce se bude věnovat také pomáhajícím pracovníkům, konkrétně těm z řad sociálních pracovníků a pediatrů. Naším záměrem je sledovat jejich postoje k Pro-ana a Pro-mia blogům. Pro potřeby této práce jsme na teoretické úrovni diferencovali postoje dle Nakonečného (2011) v triádě složek kognitivní, afektivní, konativní. Jsme si jednoznačně vědomi, že v praxi toto striktní rozdělení není možné a chápeme jej tedy jako teoretický konstrukt. Podle Úlehly (2005) je třeba na profesionální pomáhání nahlížet jako na neobyčejnou věc, která není běžná. Úkolem těchto profesí je hledání cest, jak podpořit prospěch, zdraví nebo pohodu druhých.

Sociální pedagog i dětský praktický lékař se jistou měrou angažují v primární či sekundární prevenci. Dále si pak mohou tyto pomáhající pracovníci všimnout u svého svěřence určitých znaků, které by mohly naznačovat průběh PPP a poskytnout intervenci. Z fyziologického hlediska lze zpozorovat nápadnou vyhublost, kterou se snaží jedinec zakrývat volným oblečením nebo naopak, pokud se jí pyšní, tak aby svou postavu podtrhnul, nosí oblečení upnuté. (Němečková, 2007)

Dále si lze povšimnout změn v chování jako je například nápadná izolace od druhých, zejména pokud se jedinec dříve aktivně do kolektivu zapojoval. Může působit zamyšleně, přecitlivěle, podrážděně a může propadat depresivním stavům. Snaží se podat precizní výkony, později je však znát únava či apatie. U některých se mohou PPP projevit nadměrným zájmem

o pohybové aktivity. Jedinec klade velký důraz na svůj vzhled a změny se projeví také ve změně jídelního chování, kdy začne například vyhazovat svačiny, vyhýbat se společnému stravování nebo si zmenšuje porce. Mentální bulimie se projevuje více skrytě. Její identifikace pomáhajícím pracovníkem nebo i členem rodiny bývá proto složitější. Podezření na toto onemocnění může vzniknout, například když jedinec navštěvuje často toaletu a tráví tam dlouhý čas. (Švédová, Mičová, 2010)

Prevence prozatím podle Papežové bohužel v současné době dokáže jedincům předat informace a celkově zvyšovat povědomí jedinců o tomto onemocnění, avšak to nestačí. Upozorňuje, že je nutné změnit postoje k poruchám příjmu potravy, což se daří pouze u některých preventivních programů. *„Propagace anorexie (Pro-ana stránky) i prevence a psychoedukace (podobně jako společenské kontakty a další aktivity) jsou u adolescentů stále více přesouvány na webové stránky. Preventivní opatření se musí přizpůsobit těmto trendům.“* (Papežová, 2010)

Sociální pedagog je odborníkem, který se angažuje ve výchovných činnostech. Zasahuje zejména do oblasti primární prevence, kdy se podílí na organizaci volnočasových aktivit. Tímto způsobem se snaží působit na zdravý rozvoj jedince a sociálních skupin. Dále se také může realizovat v sekundární prevenci, během které pracuje s jednotlivci i skupinami s rizikovým chováním. S tématem poruch příjmu potravy se tedy jistě v rámci svého povolání setkává. Kromě preventivního působení dokáže sociální pedagog diagnostikovat jakékoliv odchýlení od normy u svého svěřence. Může tedy zavčasu zahájit intervenci prostřednictvím nepřímého působení, které je založeno na podpoře a pomoci. (Procházka, 2012)

Osoba lékaře je v mnohých případech prvním pomáhajícím pracovníkem, kterého jedinec s PPP a jeho rodina kontaktuje a požádá o pomoc. Zabývá se zejména somatickými záležitostmi, posouzením celkového zdravotního stavu a ohrožujících rizik. Informuje také o možnostech léčby a o tom, jaké důsledky onemocnění přináší. Snaží se nemocného motivovat ke změně svého jídelního přístupu. Praktický lékař dále zprostředkuje návaznou léčbu u psychiatra či klinického psychologa, případně pak u jiných specialistů podle potřeby. (Krch, 2007)

Praktický lékař hraje velkou roli při doprovázení pacienta, kdy sleduje a poskytuje podporu somatickému pacienta, čímž dochází k budování bezpečného pole pro další psychoterapeutickou péči. (Petišková, nedat.)

2 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY – „ONEMOCNĚNÍ“ SEBEPOJETÍ V KONTEXTU STRIKTINÍ REGULACE PŘÍJMU POTRAVY

Poruchy příjmu potravy jsou tématem, které budí pozornost celé společnosti. Zatímco laická populace si představí pod pojmem PPP dodržování různých diet a redukcí hmotnosti do té míry, která je diktována aktuálními módními trendy, odborná veřejnost na otázku PPP nahlíží z pohledu alarmujících čísel z hlediska úmrtnosti, zvyšujícího se podílu a zároveň klesajícího průměrnému věku nově hlášených jedinců s PPP. (Lébllová, 2010)

Babiaková s Markovou (2006) PPP charakterizují jako poruchy myšlení a jednání ve vztahu k jídlu a ke svému vzhledu. *„Jedná se o neustálé zabývání se jídlem na úkor jiných sociálních aktivit a naléhavé kontrolování výživy.“*

Podle Papežové (2012) lze o PPP mluvit tehdy, pokud deficit běžného vztahu k jídlu začíná mít vliv na zdraví člověka a to jak po stránce psychické, tak tělesné. Dále také pokud jedinec začíná používat jídlo vědomě či nevědomě k řešení svých citových problémů a to například v obtížných situacích, kdy potřebuje ulevit svým emocím. *„Pro člověka s poruchou příjmu potravy jídlo přestává být jednou z normálních součástí života. Stává se stálou hrozbou a peklem ovládajícím jeho život.“* (Papežová, 2012)

Uvádí se, že se PPP staly jedním z nečastějších a nejzávažnějších onemocnění dospívajících a mladých žen. Výskyt tohoto onemocnění je i u mužské populace, avšak jsou to ženy, u kterých se PPP objevují desetkrát až dvacetkrát častěji. Vysvětlením může být například rozdílnost v oblasti volby způsobu redukce hmotnosti. Zatímco ženy volí v mnohých případech různé diety, muži se obecně zaměřují více na fyzickou aktivitu. Velké procento mužů trpících PPP pochází ze sféry sportovců, na které jsou kladeny vysoké nároky ohledně kalorického příjmu, fyzického výkonu a tělesných parametrů. (Galová, 2013) Dalším odůvodněním tak výrazně nižšího výskytu mezi muži může být skutečnost, že společnost nikdy příliš nevěnovala pozornost tomu, kolik muži váží na rozdíl od žen. Časopisy pro muže informují o dietách a o tom, jak snížit svou tělesnou hmotnost pouze zřídka. (Maloney, Kranz, 1997)

PPP bývají spojovány s obdobím dospívání a adolescence a to z toho důvodu, protože dochází k rychlému tělesnému růstu, přibírání na hmotnosti a nárůstu tukových zásob. Celkově v tomto životním období dochází ke kumulaci řady rizikových faktorů. Podle ÚZIS ČR bylo v roce 2012 hospitalizováno 23 % osob ve věku 15-19 let z celkového počtu hospitalizací.

Věková skupina pozdních adolescentů, tedy ve věku 20-24 a 25-29 let, tvořila celkem 29 % z celkového počtu hospitalizovaných. (Nechanská, 2010)

Nutno však podotknout, že PPP se neobjevují pouze v období dospívání. Týkají se samozřejmě všech věkových kategorií. Stále více ohroženou skupinou jsou děti. Jak již bylo zmíněno výše, v USA byl mezi lety 1999 do roku 2006 zaznamenán markantní nárůst počtu hospitalizací dětí do 12. roku věku o 119 %. (AHRQ, 2009)

Výskyt PPP se nevyhýbá ani osobám v seniorském věku, které mohou vznikat na základě fyziologických faktorů, jako je například defekt chrupu, snížený apetit, omezená pohyblivost nebo i psychických, sociálních a ekonomických faktorů. (Galová, 2013)

Nebezpečí tohoto onemocnění tkví v chronickém průběhu, závažných somatických, psychických a sociálních důsledcích. Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) rozlišuje především mentální anorexii (F50.0) a mentální bulimii (F50.2). Obě poruchy spojuje nadměrný strach z tloušťky, nespokojenost s vlastním tělem a přílišná snaha k získání štíhlé postavy a její udržení. (Krch, Švédová, 2013) V obou případech lze také vyzorovat společnou obecnou psychopatologii jako například sociální problémy, nízké sebevědomí a somatická omezení vyplývající ze způsobu kontroly tělesné váhy. (Krch, 1999) Dokonce se u jednoho jedince mohou objevit obě poruchy, kdy jedna přechází v druhou. Mnohdy se u jedince trpícího mentální anorexií objevuje po určité době mentální bulimie, která poté přechází opět v mentální anorexii. (Nývltová 2008)

Jednotlivé PPP se od sebe v jistých ohledech liší, avšak je jedna věc, kterou mají společnou. Pokud jedinec některou z nich trpí, musí bez přestání myslet na jídlo, váhu svého těla a dietu. V tu chvíli pro něj ztrácí přátelé, rodina nebo školní povinnosti na důležitosti. Je to jídlo, tělesná hmotnost a dodržování diety, co pomáhá jedinci utíkat problémům běžného života. (Maloney, Kranz, 1997)

Jako zásadní omyl, který se objevuje u jedinců trpících PPP, vnímá Nývltová (2008) fakt, že si myslí, že své konzumování či nekonzumování potravy mají vždy pod kontrolou a pokud budou chtít, budou moci své hladovění a držení diety či přejídání a následné zvracení na základě své vůle kdykoliv ukončit. Je to však pouze mylná představa. Ve chvíli, kdy se u tohoto člověka rozvine patologický fyziologický mechanismus, není možné tento proces na základě vůle zastavit a ovlivnit. Je poté nutné nechat si pomoci ze strany lékařů. Je pouze malá pravděpodobnost, že by se stav jedince zlepšil pouze na základě pomoci ze strany rodičů a pedagogů. (Nývltová, 2008)

Po psychické stránce jedinců trpících PPP lze pozorovat zvýšenou citlivost, sebekontrolu, hlubší prožívání inklinující k negativním emocím jako je například napětí nebo úzkost a tendence k potlačování citů, zvláště pak zloba a vztek. V mnohých případech bývají závislí na pozitivním hodnocení od svého okolí. (Kopecká, 2015)

Příčiny vzniku PPP nejsou jednoznačné. Avšak existuje mnoho faktorů, které toto onemocnění mohou vyvolat. Mezi ně patří jednoznačně reklama a masmédia, patologické stravovací zvyklosti v rodinném prostředí nebo výskyt PPP u jiného člena rodiny. Nebezpečným faktorem mohou být vysoké nároky na vzhled a nedostatek projevů náklonosti ze strany rodiny a blízkého okolí. Ohroženi jsou dále ti, kteří čelí posměškům vrstevníků nebo jsou obětí jakékoliv formy zneužívání. (Galová, 2013)

2.1 Poruchy příjmu potravy v historickém exkurzu

Dá se říci, že PPP pravděpodobně doprovází člověka od nepaměti. Avšak vnímání tělesných proporcí se postupem času měnilo. V době převažujícího nedostatku byla štíhlá postava vnímána jako značka bídy a onemocnění. Naopak kyprá postava byla spojována s půvabem, bohatstvím a schopností plodit děti. (Krch, Švédová, 2013)

Jedny z prvních zmínek o poruchách příjmu potravy se objevují v 5. století před naším letopočtem, kdy je zmiňuje Hippokrates pod názvem *asithia*. V roce 65 před naším letopočtem se Seneca zmiňuje o tom, že přejídání často spojené se zvracením bylo obecně známým jevem té doby. Ve 2. století byl Galénem použit vůbec poprvé termín anorexie. (Faltus, 2010)

Také v období starověku i středověku bylo pro jedince z vyšších společenských vrstev běžné přejídání. Kroniky dokládají zmínky o panském obžerství. Dokonce existovali tzv. jedlíci, kteří se před publikem předváděli v tom, kolik toho zvládnou sníst za úkolem pobavení lidí, ti byli ozdobou poutí a dvorních představení. (Faltus, 2010)

V dobách pozdního středověku se věřící ženy oddávaly půstům. Ty samozřejmě tehdy nebyly pokládány za primárně patologický jev. Zmíněné ženy byly přesvědčeny, že s boží pomocí budou moci žít buď s velmi nízkým potravinovým příjmem, nebo dokonce zcela bez potravy. Církev se s tímto kultem neztotožnila, naopak to vnímala jako podezřelé a mnoho těchto zastánkyň půstu nechala upálit jakožto posedlé d'ablem. (Krch, Švédová, 2013)

Počet takto postících zbožných žen začal postupně klesat na počátku novověku. Objevují se ovšem tzv. zázračné panny, což byly postící se dívky v adolescentním věku, které se však již nijak nesnažily spojovat s boží inspirací. Staly se centrem pozornosti a to jak místní, tak

i mezinárodní. Vyvolávaly v lidech otázky, zda jde o podvrh nebo o skutečný zázrak. Názor lékařů byl takový, že to pokládali za zázrak s přičiněním Boha. Označovali to tedy jako „anorexia mirabilis“. (Štěpánková, nedat.)

Přibližně na konci 17. století se začíná mluvit o mladých ženách, které se snaží dosáhnout útlého pasu a štíhlé siluety prostřednictvím diet. V určitých společenských vrstvách se dokonce staly diety nezbytností. V této době byly také poprvé zaznamenány první klinické obrazy, které by mohly odpovídat diagnóze mentální anorexie. (Krch, Švédová, 2013) Richard Morton ve svém spisu poprvé hovoří o nervovém opotřebením, které je způsobeno na základě fyzických a emocionálních příčin. (Faltus, 2010)

Osobností často spojovanou s PPP, je rakouská císařovna Elisabeth (přezdívaná Sisi), žijící v 19. století, která propagovala diety a usilovnou pohybovou aktivitu. V té době se o toto onemocnění zajímal britský lékař William Gull, který jako první přichází s termínem *anorexia nervosa*. Znaky, kterými toto onemocnění charakterizoval, jsou platné do dnešní doby. V jeho pracích se také objevuje nemoc, která zahrnuje nenasytnou chuť k jídlu a objevuje se u jeho anorektické pacientky. Avšak mentální bulimie se zařadila do Mezinárodní klasifikace nemocí až na konci 20. století. (Krch, Švédová, 2013)

Podle Štěpánkové (nedat.): *„bylo na přelomu devatenáctého a dvacátého století popsáno několik kazuistik přejídání následovaného vyprovokovaným zvracením, ale tyto příznaky byly považovány za variantu jídelního chování anorektických pacientek nebo za neurotickou poruchu.“*

Významným milníkem je jistě rok 1908. V tomto roce byla v Paříži představena módním návrhářem P. Poiretem nová kolekce, která byla postavena na přirozeně štíhlé siluete. Roku 1917 byl zaveden L. H. Petersem do oblasti výživy termín kalorie. Technický pokrok a hospodářské změny zvýšily ohrožení obezitou. Podle Krcha a Švédové (2013): *„I když nedostatek vždy změnil pohled na výživu, diety a lidské tělo, stačí několik let blahobytu a kulturní ideál ženského těla začne opět hubnout.“* To dokládá fakt, kdy trend štíhlosti společnost zcela neopustil ani po dvou světových válkách.

V 50. letech 20. století bylo záchvatovité přejídání a následné zvracení uvedeno jako součást mentální anorexie. (Faltus, 2010)

Koncem 60. let 20. století se objevuje anorektická modelka Twiggy. Celkově se změnil životní styl, rostla moc médií a také počet lidí trpících obezitou. Přišla éra rychlého občerstvování na jedné straně a na straně druhé prodej dietních prostředků. V 70. letech byla v Kalifornii otevřena první specializovaná klinika na léčbu anorexie. (Krch, Švédová, 2013)

V Čechách bylo podobné zařízení pro PPP zřízeno v roce 1983 na Psychiatrické klinice VFN v Praze, které bylo v té době prvním svého druhu v celé střední a východní Evropě. (Faltus, 2010)

V roce 1979 byl poprvé použit termín *bulimia nervosa* britským psychiatrem Geraldem Russellem jakožto označení neovladatelné touhy po přejídání, které bylo zapříčiněno strachem z přibrání váhy. (Faltus, 2010) Od roku 1987 bylo označení mentální bulimie akceptováno a přijato v revidované verzi DSM-III. (Štěpánková, nedat.)

Níže bude podrobně věnována pozornost rizikovým faktorům, které zde byly stručně uvedeny.

2.2 Rizikové faktory jako možné příčiny vzniku PPP

Rozhodně je třeba říci, že neexistuje jediná příčina vzniku PPP. Jedná se o souhrn rizikových faktorů, tedy charakteristik, které zvyšují možnost výskytu nežádoucích jevů. V tomto případě PPP. (Pavlová, 2010)

Tyto rizikové faktory mohou působit na výsledný stav nemoci různými způsoby. Lze je rozlišit na kauzální, v jejichž důsledku dochází ke zvýšení či snížení symptomů, dále zesilovací, tedy ty, které zvyšují negativní působení rizikového faktoru a faktory udržovací, z jejichž názvu jasně plyne, že nemají vliv na vznik onemocnění, nicméně se podílí na jeho udržení. A jsou to právě tyto udržovací faktory, které jsou sledovány zejména během léčby PPP. (Pavlová, 2010)

Dále můžeme hovořit o faktorech specifických či obecně rizikových. Specifické rizikové faktory jsou ty, které přímo predikují pouze onemocnění PPP. Obecně rizikové faktory pak predikují jak PPP, tak i jiná psychiatrická onemocnění. (Pavlová, 2010)

Působení rizikových faktorů je u každého individuální. Jedná se o vliv prostředí a kultury, ve které jedinec žije a osobnostní rysy, které jsou nám částečně dány geneticky a z části jsou ovlivněny výchovou. Je dobré znát všechny rizikové faktory, které se mohou podílet na vzniku PPP a snažit se těm, u kterých to je možné, vyhnout. U takových rizikových faktorů, kterým se nelze vyhnout, se alespoň musíme snažit snížit jejich dopad a to například hledáním tzv. protektivních faktorů, tedy okolností, které pravděpodobnost výskytu PPP snižují nebo naopak zvyšují pravděpodobnost žádoucího jevu. (Papežová, 2012)

2.2.1 Biologické faktory – genetika a tělesná proměna

Jak již bylo uvedeno, jsou to ženy, které onemocní PPP významně častěji než muži. Vyšší riziko výskytu PPP u žen může být způsobeno zvýšeným zájmem o svou váhu a množství tuku v těle, vůči jehož tělesnému rozložení bývají velmi sebekritické. A jelikož jsou PPP spojeny s obavou z tloušťky, objevují se v nejvyšší míře v životních fázích, které jsou spojené s tělesnou proměnou. (Švédová, Mičová, 2010)

Období puberty a adolescence je označováno za typicky rizikové a to právě díky výraznému nárůstu tělesné hmotnosti. Dvojnásobně vyšší riziko vzniku PPP se vyskytuje u dívek, které jsou fyzicky zralejší již z počátku dospívání, z čehož plyne jejich nespokojenost s vlastním tělem. Tyto dívky se obávají dalšího nárůstu váhy, trpí pocity méněcennosti a mohou se u nich objevovat některé z depresivních příznaků. Takto vysoké riziko hrozí i u dívek, které špatně snášejí nástup menstruace a s ní spjatý rozvoj sekundárních pohlavních znaků. Některé dívky tento fakt nedokáží přijmout. Mohou cítit, že se tak vzdalují svému ideálu krásy. Kromě toho také rozvinuté sekundární pohlavní znaky a sexuální zralost znamenají posun z fáze dětství do období dospělosti, ačkoliv na to dívka nemusí být po psychické stránce připravena. (Švédová, Mičová, 2010)

Podle týmu odborníků Engel, Staats Reiss a Dombeka (2007) to jsou právě zděděné biologické a genetické faktory, které se podílí z 56 % na nebezpečí rozvoje PPP. Jedinci, jejichž matka či sestra trpí mentální anorexií, jsou přibližně dvanáctkrát více ohroženi rozvojem mentální anorexie a čtyřnásobně více ohroženi rozvojem mentální bulimie oproti jedincům, u kterých se v rodinné anamnéze tyto poruchy nenacházejí.

Jsou to geny, které ovlivňují náš biologický systém související s příjmem potravy, jako je například chuť k jídlu, metabolismus a reakce na odměnu a potěšení. Bylo prokázáno, že tento genetický vliv není jen v důsledku dědictví jediného genu, odpověď je mnohem komplikovanější a dost možná vyplývá z interakcí více genů. Nicméně biologické příčiny poruch příjmu potravy nejsou v této době zcela pochopeny. Vysvětlením může být fakt, že většina studií na toto téma je prováděna s respondenty v akutní či léčebné fázi PPP. Tedy v době, kdy se v těle odehrávají fyziologické změny, ke kterým došlo v důsledku jejich chování, což může ovlivnit výsledky těchto studií. (NEDC, nedat.)

Ačkoliv nelze vyvozovat jednoznačné závěry o přesném přínosu genů v porovnání s prostředím ke vzniku PPP, je možné říci, že k vzniku těchto poruch přispívají zhruba ve stejné míře. (Collier, Treasure, 2004)

2.2.2 Psychologické faktory – osobnostní rysy a psychické charakteristiky

Velkou roli ve vzniku onemocnění PPP hraje stres a schopnost jedince se se vzniklou situací vypořádat. Záleží to na osobnostních rysech jedince, jeho povaze a samozřejmě na konkrétní stresové situaci. (Papežová, 2012)

Leibold (1995) zastává názor, že jedinci s PPP pochází z rodin ze středních a vyšších vrstev. O toto sociální postavení se v mnoha případech postarali samotní rodiče jedinců, kteří proto kladou velkou důležitost výkonům a po formální stránce zdravému rodinnému životu a to z toho důvodu, aby ve svém novém postavení nepůsobili nápadně. Kvůli této snaze idealizovat rodinu se pak děti nenaučí čelit konfliktům a zklamáním, které život přináší. V této oblasti mohou postrádat rodičovský vzor. A tak je možné, že budou kritické životní situace řešit například záchvatovitým přejídáním nebo odmítáním jídla. To jsou způsoby, které jsou podporovány sociálními vlivy.

S rizikovými faktory vzniku PPP bývají spojovány jisté osobnostní rysy a psychické charakteristiky, které se u jedince objevují již před vznikem onemocnění. Mezi tyto rysy se řadí jistá vnitřní nejistota a nízké sebevědomí. Jedinci se sami hodnotí negativně a mohou se vnímat jako neschopní. Od ostatních potřebují trvalou podporu. Právě nejistota v sebe sama a nízká míra sebedůvěry mohou vést ke snaze zalíbit se svému okolí. Vzorem k tomu se stávají například některé celebrity. S tím souvisí i jistá míra závislosti na okolí, potřeba vedení a pocitu ujištění od ostatních. (Papežová, 2012)

V období dospívání a adolescence jsou jedinci velmi citliví na jakékoliv negativní poznámky týkající se jejich vzhledu. Názor vrstevníků či sourozenců považují za velmi důležitý. Dokonce ho berou více vážně, než pokud stejná poznámka zazní ze strany dospělých. Názor dospělé osoby je vnímán z hlediska dospívajících jako neznalý. (Nývtová, 2008)

Novák (2010) uvádí, že PPP se objevují v období adolescence, kdy jedinec prochází emocionálními problémy a krizí identity. Ztrácí kontrolu nad sebou samým, což se projevuje narušením sebevědomí, sebeorganizace a seberegulace. Zaměří tedy svou pozornost na hmotnost a postavu. Potravu shledává jako šanci znovu najít kontrolu a pocit jistoty. (Novák, 2010)

Dále pak je pro tuto životní etapu vlastní to, že se jedinec srovnává s ostatními, hledá si své životní vzory a snaží se vymanit ze své závislosti na rodině. (Švédová, Mičová, 2010) V některých případech ale rodina není připravená na to, aby se dospívající stal samostatným. Jedinec se pak může cítit vinný kvůli tomu, že se snaží být více samostatný, na druhou stranu však nemůže přehlížet svou touhu po tom být nezávislý. Stojí tedy mezi mlýnskými

kameny - na jedné straně je to, co si přeje, na straně druhé to, co si přeje rodina. To se u některých dívek může stát příčinou rozvoje PPP. Prostřednictvím diety totiž může rozhodovat a kontrolovat alespoň nějaký aspekt svého života. (Maloney, Kranz, 1997)

Ohrožení jsou také jedinci, pro které je charakteristický sklon k perfekcionismu. Jedná se tedy o snahu být bez chyby, nejlepší ze všech a to vše proto, aby v sobě jedinec utišil míru sebekritiky a nízké sebevědomí. (Leibold, 1995)

Podle Papežové (2012) je velký počet dívek, které se potýkají s PPP a mají nereálná očekávání ať v oblastech vztahů nebo například co se týče pracovního uplatnění. PPP je tak pro ně prostředkem, kterým se mohou trestat za to, že se nezvládnou vypořádat s překážkou.

Rizikovým faktorem může být i puritánství a asketismus, jež se projevují ve snaze překonat své potřeby, jako je například potřeba přijímání stravy. Jedinec to může shledávat jako morální až očištné. (Papežová, 2012)

I vztah mezi matkou a dítětem bývá uváděn jako významný v souvislosti s rozvojem PPP. Jde zejména o případy, kdy má matka o své dítě až téměř přehnanou starost, která doslova překračuje rozumnou míru. Dítě tuto starost může vnímat jako utlačující pro jeho svobodu. Tato starostlivost plyne z vnitřní obavy matky. Tyto obavy pak přenáší i na své dítě, u kterého se poté mohou objevit pocity vnitřní nejistoty, které se pokusí zahnat přejídáním či odmítáním potravy. Snížením své hmotnosti docílí soucitu ze strany blízkých. Avšak je nutné si uvědomit, že matka takto jedná nevědomě. (Leibold, 1995)

Nelze opomenout touhu po sebekontrolě a sebeovládání.

2.2.3 Sociokulturní faktory – působení společenského prostředí

„Zatímco biologické a psychologické faktory jsou spíše zodpovědné za závažnost průběhu nemoci, společenské faktory v podobě proklamovaného důrazu na vzhled a štíhlost jsou bezprostředně zodpovědné za zvyšující se počet onemocnění.“ (Švédová, Mičová, 2010)

Působení společenského prostředí na vztah jedince k jídlu lze rozdělit do tří kategorií:

1. Působení rodičů
2. Společenské vlivy a působení lidí z prostředí mimo rodinu
3. Působení médií a kulturního prostředí. (Fraňková, Dvořáková-Janů, 2003)

Životní způsob rodiny působí přímo i nepřímo na vývoj vztahu jedince k potravě. Životní styl rodiny závisí na různých činitelích. Tím je například existenční zajištění, které je rodině k dispozici. Od toho se odráží dosažitelnost a sortiment potravin, které si může rodina dovolit. Dále také vzájemná komunikace mezi jednotlivými členy rodiny a celkové klima rodiny. Důležitým činitelem je i to, jak je v rodině organizován čas, zda projevuje zájem o tělesné či duševní zdraví a výživu. (Fraňková, Dvořáková-Janů, 2003)

Svou roli v PPP hrají i požadavky ze strany rodiny na své členy, které mohou být vysoké nebo přímo nereálné. Mohou se týkat jak vzdělávání, tak mimoškolních aktivit, jako je například pomoc v domácnosti. V některých rodinách se objevují i emocionální požadavky, kdy se od dospívajícího očekává, že se bude chovat dospěle, postará se o sourozence či o samotné rodiče. Tyto nároky se mohou postupem času zvyšovat úměrně s věkem a schopnostmi dospívajícího. Problematika vysokých nároků se může objevit v každé rodině. Zejména se ale týká rodičů samoživitelů a rodin, kde má jeden z dospělých závislostní problémy a očekává se, že dospívající jedinec pomůže zastoupit problémového rodiče. U dospívajících dívek, které cítí, že se od nich očekává, aby byly po všech stránkách dokonalé, se v mnoha případech objeví PPP. (Maloney, Kranz, 1997)

Podle Kocourkové (1997) se PPP objevují nejvíce v západních zemích, kde jsou z hlediska hodnot ceněny vlastnosti, jako jsou individualita, úspěch, výkon a sebekontrola. K tomu se váže péče o tělo, jeho fungování a vzhled. Dochází zde k tzv. *kulturní somatizaci*, kdy je tělo vnímáno jako nepřítel, kterého je třeba krotit, zdokonalovat a mít nad ním nadvládu. Štíhlá postava je spojována s mládím, zdravím, prestiží a nezávislostí. Sociální postavení žen s obézní postavou je naopak výrazně nižší. (Kocourková et al., 1997)

Onemocnění PPP přispívají i obrázky vyhublých modelek a diet, jakožto vzoru správného stravování. Mnohdy ani tyto obrázky nejsou skutečné, ale jsou graficky upraveny, což může dospívající jedince vést k mylným představám a ideálům dokonalé postavy. (Papežová, Hanusová, 2012) Což útočí na lidskou sebedůvěru. Pro většinovou populaci jsou tyto vzory nedostižné. Vedou k nespokojnosti s vlastním tělem. Dospívající dívky reagují na tuto nespokojenost tím, že si přejí zhubnout nebo mají strach z tloušťky. (Švédová, Mičová, 2010) Na nárůstu počtu PPP se podepisuje i dnešní snadný přístup k vysoce kalorickým potravinám na jedné straně a na straně druhé zdůrazňování kultu štíhlosti. (Papežová, Hanusová, 2012)

Lze říci, že sociokulturní faktory posilují zaměření jedince na vzhled a váhu a to zejména u populace žen. Podněcují také mylné přesvědčení, že spokojenost a úspěšnost jsou přímo spojené s tělesnými proporcemi. Postava se takto stává znakem cílevědomosti, prestiže a ceny

člověka. (Kocourková et al., 1997) Média a komerční reklamy nám mohou předkládat představu, že člověk může získat vše, co si přeje, stačí pouze umět „zatnout zuby“. Štíhlá postava se stala známkou zdraví, což je velmi zavádějící. Oproti tomu obezita je ukazována, jako důsledek lenosti, ošklivosti nebo zdravotních problémů. (Krch, 2002)

Modelky a herečky si dnes velmi dobře uvědomují, že v dnešní době je žádoucí hovořit o zdravém způsobu stravování. Podle Papežové (2012) společnost změnila svůj postoj vůči dietám, proto dochází k tomu, že někteří lidé fakt, že drží dietu, začali držet v tajnosti.

Do této skupiny rizikových faktorů jistě patří i příprava či vykonávání určitých druhů povolání, která jsou významně založena na fyzickém vzhledu nebo u kterých je štíhlá postava předpokladem k výkonu profese, jako je například modeling či gymnastika. (Švédová, Mičová, 2010)

2.3 Mentální anorexie jako psychogenní porucha příjmu potravy restriktivního a purgativního typu

Mentální anorexie je jedna z psychogenních poruch příjmu potravy, která je charakterizována úmyslným snižováním hmotnosti jedince. Samotný termín „*anorexie*“ pochází z řečtiny a charakterizuje to, jak bylo toto onemocnění dříve chápáno. „A“ v tomto slově znamená zápor (-ne, -bez). Druhá část názvu vznikla z řeckého *orexie*, což lze přeložit jako chuť k jídlu. (Leibold, 1995) S tímto výkladem však dnešní odborníci nesouhlasí a označují ho jako zavádějící, jelikož popisuje stav ztráty nebo oslabení chuti k jídlu. Pacientky s mentální anorexií netrpí pravou ztrátou chuti a to zpravidla nikdy ze samého počátku onemocnění. Tento stav se vyskytuje až v důsledku hladovění. (Kocourková et al., 1997)

Fraňková s Dvořákovou-Janů (2003) ji definují jako: „*dlouhodobé spontánní snížení příjmu potravy pod fyziologické potřeby organismu, které je výsledkem poruch mechanismů, regulujících příjem potravy, potravní motivaci i potravní chování.*“

Krch (2012) mentální anorexii charakterizuje jako poruchu, kterou lze popsat: „*zejména úmyslným, aktivním snižováním tělesné hmotnosti a nízkou tělesnou hmotností (alespoň o 15 % nižší než odpovídá věku a výšce).*“ Jedinec se sice na jednu stranu v jídlu omezuje, avšak na druhou stranu bývá toto omezování provázeno vzrostlým zájmem o potraviny a tělesné parametry. Dochází také k postupnému osvojení si poklesu denního energetického příjmu, návyku prázdného talíře a pocitu prázdného žaludku. Sžívají se také s tím, jakou změnou prošlo jejich tělo. (Fialová, Krch, 2012)

O patologický a chorobný proces se jedná tehdy, když se potrava nebo přesněji hladovění stane středobodem života a vším, o co se jedinec zajímá. Hladovění je doprovázeno vysokým energetickým výdejem, avšak jedinci subjektivně nepocítují únavu. Negativní energetická bilance se tedy nadále prohlubuje. Nebezpečí tkví v tom, že v jisté fázi už nelze hladovění usměrnit. Váha jedince neustále klesá a on se ocitá v ohrožení vyčerpáním. (Fraňková, Dvořáková-Janů, 2003)

Podle DSM-5 (Raboch a kol. 2015) k diagnostice mentální anorexie je nutné splňovat tyto kritéria:

Jedinec omezí svůj energetický příjem bez ohledu na potřebu, což vede k tělesné hmotnosti, která je pod hranicí minimálně normální hmotnosti u dospělých. V případě dětí a dospívajících se jedná o hranici minimálního očekávání s ohledem na věk, pohlaví, aktuální vývojové fázi a psychického zdraví.

- 1) Jedinec čelí usilovnému strachu z přírůstku hmotnosti, ztloustnutí nebo jeho jednání ovlivňuje váhový příbytek a to i v situaci, kdy je jeho hmotnost pod hranicí minimálního očekávání či minimální normální hmotnosti. Obava se však po docílení tělesného úbytku nesníží. Naopak se tyto obavy mohou, s klesající tělesnou hmotností, zvyšovat. Tento strach z přibrání tělesné hmotnosti si jak dětští, tak dospělí pacienti nemusí uvědomovat nebo si ho přiznat. Pokud nelze velký úbytek váhy objasnit na základě jiného vysvětlení, jako je například vyšetření lékařem, lékařský posudek rodinné anamnézy, pozorování a podobně, je shledáváno toto kritérium, jako splněno.
- 2) Lze pozorovat působení tělesné váhy jedince nebo vlastní figury na sebevědomí jedince nebo perzistující nízké schopnosti sebereflexe s ohledem na vážnost současné nízké tělesné hmotnosti. Někteří jedinci s mentální anorexií považují celkově svou figuru jako tlustou. Svou postavu mohou považovat obecně za štíhlou, avšak jsou nespokojeni s určitými partiemi svého těla. Mezi problematické části řadí zejména břicho, stehna a pozadí. Svou postavu si hlídají prostřednictvím častého vážení, sledování se v zrcadle a měřením svých tělesných proporcí.

Při diagnostice mentální anorexie musí být vyloučeny jakékoliv somatické a psychické poruchy, které by mohly mít vliv na nechutenství, poruchu v konzumaci stravy a nízkou tělesnou hmotnost. K tomu může docházet například v důsledku nádorových onemocnění, tuberkulózy, poruchy hypotalamu nebo štítné žlázy a také u depresivních onemocnění. (Krch, 1999)

Dále lze rozlišit, zda jde o **restriktivní typ** (F50.01), který charakterizuje absence záchvatů přejídání nebo purgativního jednání (jedinec zneužívá diuretika, klystýrů projímadel či vyvolávaného zvracení) v období posledních tří měsíců. U tohoto podtypu se mentální anorexie projevuje ztrátou hmotnosti prostřednictvím diet, půstů popřípadě nadměrnou fyzickou aktivitou. Dalším typem je tzv. **purgativní typ** (F50.02), který se vyznačuje tím, že se u jedince v posledních třech měsících objevily záchvaty přejídání nebo purgativní jednání. (Raboch a kol., 2015) U jedinců, kteří splňují purgativní typ lze pozorovat bohatší obecnou psychopatologii, jako jsou například poruchy nálad, závislost na alkoholu nebo odlišná osobnostní struktura. To s sebou přináší i složitější a dlouhodobější průběh, častější recidivu nemoci a nižší odezvu na terapeutické působení. (Krch, 1999)

Jedinci trpící mentální anorexií svádí boj s chutí a hladem. Na rozdíl od běžného člověka nenachází potěšení v příjmu potravy, sexualitě nebo pasivitě. Naopak se cítí být těmito atributy ohroženi a vyvolávají v nich úzkost. Obranou je pro ně pocit sebekontroly a ovládnutí se. Je v nich zesilováno také asketické jednání. Pokud dojde k porušení této kontroly nad sebou samým, jedinec se nedokáže ovládnout, prožívá hluboké pocity viny, obviňuje se za to, že selhal, za což se stydí. (Kocourková et al., 1997)

Podle Maloneyho a Kranz (1997) asi 40 % jedinců s anorexií mívá období, kdy nezvládnou dodržovat svůj nízký energetický příjem a začnou s přejídáním. Jejich mysl se totiž neustále upíná k jídlu a to i v období hladovění. Po zkonsumování velkého množství jídla se ho v některých případech snaží dostat ze sebe ven prostřednictvím zvracení nebo za pomoci projímadel. Snaží se tak pročistit, aby nedošlo k přibrání váhy. Jiní se opět vrací ke svému dietnímu plánu nebo nadměrnému fyzickému zatěžování, čímž se snaží napravit „své selhání“, tedy to, že se najedli. V tomto ohledu lze sledovat jistou podobnost s mentální bulimií, avšak na rozdíl od jedinců trpících mentální bulimií, kteří si drží tělesnou hmotnost v mezích normy, si jedinci s mentální anorexií udržují přehnaně nízkou tělesnou hmotnost.

Nízký a chudý energetický příjem nemocného jedince každodenně ovlivňuje. Dochází k postupnému přivykání si na snížený příjem spojený s nadměrným energetickým výdejem. Z myšlenek týkajících se stravy a potřeby jídla se časem stává až křečovitý stav sebekontroly. Ten se kromě jídla může dotýkat i jiných oblastí, jako například potřeby mít své věci v pořádku, uklizené. Dále to může být spojeno se zvýšenou tělesnou aktivitou. Z této úzkostné sebekontroly se následně dle stavu podvýživy vyvine unavená apatie. S úbytkem sil dochází ke snížení zájmu o cokoli jiného kromě jídla a vzhledu, což omezuje možnosti odreagování se

prostřednictvím jiných aktivit. Zároveň u tohoto jedince vzrůstá zájem o sebe samého a objevuje se zvýšená sebelítost, která se projevuje zejména ve vztazích s okolím. (Krch, 2002)

K mentální anorexii patří jistě míra utajení a stranění se druhým. Někteří se straní společenským kontaktům ještě před prvními projevy onemocnění. Tuto fázi lze shledat jakožto varovným signálem před propuknutím onemocnění. Lidé trpící mentální anorexií mají potřebu se stranit světu například kvůli tomu, že se jim zdá jako příliš složitý nebo na ně působí hrozivě. Odmítají se s ním tedy přímo setkávat. Fungují v stereotypním režimu, který tvoří diety, fyzická aktivita a pročišťování organismu. To jim pomáhá se smířit s pocity, kterým mají strach čelit. To je důvodem toho, proč jim velmi záleží na jejich denní rutině. (Maloney, Kranz, 1997)

Na druhou stranu se jedinec stává na svém okolí závislým. To totiž zpravidla reaguje na jeho problémy úzkostně a s obavami. Neposkytuje mu tedy adekvátní společenskou zpětnou vazbu. Někteří nemocní jedinci si přivyknou na pozici nemocného, kterou mohou využívat. (Krch, 2002)

Podle Leibolda (1995) se ale v mnohých případech objevuje až přehnaná starost o blaho druhých, která je v nápadném protikladu s tím, jak se jedinec stará o své vlastní potřeby. Autor vnímá nadměrnou péči o druhé jako jeden ze symptomů mentální anorexie. Jedinec tak může následovat vzor své matky, pro kterou je taková péče charakteristická. Nicméně tato starost bývá v jisté míře velmi nápadná i konkrétní matce. Jedinec se takto snaží odvést pozornost od vlastních potřeb.

Mentální anorexie se může rozvíjet různými způsoby. U někoho to může být pozvolna a bez zjevných varovných znamení, které by okolí mohlo zaznamenat. Mentální anorexie je tedy odhalena až ve svém plném rozpuku, když je stav jedince očividný. V jiných případech dojde k tomu, že se radikálně změní jedincovo jednání. Například se tak chování milé a přátelské slečny změní na odmítavou, strohou a až hrubou vůči svým dosavadním přátelům a rodině. Pro oba tyto způsoby je ale společné to, že jedince vzdalují od svých blízkých osob. Z části je to z toho důvodu, protože je jedinec příliš zaměstnán dodržováním diet a celkové stravováním, ale kvůli fyzickému vyčerpání, které se projevuje na schopnosti jasně přemýšlet a žít společenským životem. (Maloney, Kranz, 1997)

Pokud se toto onemocnění objeví u dospívajícího, je pravděpodobné, že způsobí zpoždění nebo dokonce zastavení růstu. Pokud se mu podaří navrátit k optimální tělesné váze, vývoj se obvykle dokončí. Avšak ti, které toto onemocnění postihlo v časném období dospívání, bývají nižšího vzrůstu oproti svým vrstevníkům. Důvodem je takový tělesný úbytek, který způsobí absenci menstruačního cyklu a následné zastavení růstu kostí. (Krch, 2002)

Pro osoby trpící mentální anorexií je dále charakteristický jistý pocit nadřazenosti nad ostatními. Ten vyplývá z dojmu, že na rozdíl od ostatních, které vnímají jako slabé, jelikož nedokáží ovládat své potřeby, mají právě oni tu schopnost sebekontroly nad svým způsobem stravování. (Maloney, Kranz, 1997)

Ve chvíli, kdy je u jedince zřejmé, že trpí touto PPP, snaží se ho vystrašení příbuzní a přátelé přimět k tomu, aby se začal opět zdravě stravovat. Pozornost, kterou tento jedinec získal, je pro mnohé vítaná. Vnímá, že má nyní moc ovládat druhé. Cítí se výjimečně a má pocit, že je schopný dojít k cíli, který nikdo jiný nemůže pochopit. Vnímá sám sebe jako odhodlaného hrdinu, který zvládne takové věci, které mu bude okolí závidět. (Maloney, Kranz, 1997)

Jedinci s mentální anorexií hledají odbornou pomoc díky svým blízkým a to až když opravdu došlo k výraznému váhovému úbytku nebo pokud se pokusili o váhový příbytek a byli neúspěšní. Tento člověk si hledá odbornou pomoc nejčastěji z důvodů tělesných a psychických důsledků nutričního nedostatku. Jedinci s touto PPP nemají dostatečný náhled na svou situaci a nechtějí akceptovat, že mají problém. (Raboch a kol., 2015)

2.4 Mentální bulimie jako syndrom záchvatovitého přejídání

Koutek (2008) definuje mentální bulimii jako: „*syndrom charakterizovaný opakujícími se záchvaty přejídání a přehnanou kontrolu tělesné hmotnosti. Přejedení s přetrvávající touhou zůstat štíhlou vedou pacientku k pocitům viny a následné snaze zmírnit následky přejedení, nejčastěji formou vyvolání zvracení.*“ Avšak oproti jedinci s mentální anorexií si člověk s diagnózou mentální bulimie uvědomuje chorobnost svého jednání a snaží se přejídání a následnému zvracení předcházet.

Vágnerová (2002) hovoří o mentální bulimii jako poruše, kterou lze popsat jako neodolatelnou touhu po konzumaci jídla, vedoucí k záchvatům přejídání doprovázené nutkavou potřebou se zkonsumované stravy nepřírozeně zbavit a to například vyvoláním zvracení nebo prostřednictvím požití projímadel či jinak.

Název tohoto onemocnění vznikl ze dvou řeckých slov. Tím prvním je *bous*, což v překladu znamená *kráva* nebo *vůl*. Dalším slovem je *limos*, což lze přeložit jako *hlad* či *hladomor*. Jak tedy název naznačuje, jedinec trpící bulimií bojuje s obrovským hladem, téměř jako z období hladomoru, který se snaží zahnat konzumací velkého množství jídla. (Maloney, Kranz, 1997)

Podle DSM-5 (Raboch a kol., 2015) lze mentální bulimii diagnostikovat tehdy, když jsou splněna tato diagnostická kritéria:

1. U jedince se opakují epizody přejídání. Ty se vyznačují tím, že jedinec sní v krátkém čase takový objem jídla, který by většina lidí nebyla schopna, ve stejném čase a za stejných podmínek, zkonsumovat. Také cítí, že se během záchvatu nedokáže ovládat v tom, kolik toho sní nebo nemůže přestat konzumovat rozjedené jídlo.
2. Dále dochází k opakovanému nevhodnému kompenzačnímu jednání například v podobě zvracení, zneužívání diuretik, laxativ či jiných medicínských preparátů, držení půstu nebo nadměrné fyzické aktivity, za účelem zamezení váhového příbytku.
3. K epizodám přejídání a nevhodného kompenzačního jednání dochází v průměru nejméně jednou do týdne a to po dobu 3 po sobě jdoucích měsíců.
4. Jedinec je velmi sebekritický vůči své postavě a hmotnosti.
5. K této poruše nedochází pouze během epizod mentální anorexie.

U mentální bulimie rozlišujeme také, zda se jedná o **purgativní typ**, tedy zda jedinec za účelem zabránění nárůstu hmotnosti využívá kompenzační techniky jako je zvracení, zneužívání laxativ či diuretik. Nebo se může jednat o **nepurgativní typ**, kdy jedinec pravidelně nevyužívá purgativních metod, zato drží drastické diety, půsty nebo má vysoký energetický výdej díky intenzivním fyzickým aktivitám. (Krch, 2005)

Hmotnost osob s mentální bulimií se pohybuje v pásmu normy až nadváhy. U jedinců s obezitou se toto onemocnění objevuje pouze výjimečně. (Raboch a kol., 2015)

Nývltová (2008) hovoří o možné souvislosti mezi záchvatovitým přejídáním a stresovými situacemi. Tato porucha se v mnoha případech objeví právě po prožité životní změně, kterou doprovází stres. Takovou změnou může být například odchod či nástup do nového zaměstnání, odchod z rodiny, traumatizující vztahové události a podobně. Záchvaty pak přichází okamžitě po prožité stresové situaci, která však nemusí být nijak zvlášť závažná. Avšak tito jedinci mohou negativní emoční prožitky vnímat jako pocit hladu. (Nývltová, 2008)

Cooper (2014) rozdělil typické události, či prožitky, které se mohou stát spouštěčem k záchvatovitému přejídání do tří skupin:

1. „Záchvaty, které se týkají jídla a jeho konzumace“ – do této kategorie řadí například myšlenky na jídlo, pocit sytosti po jídle nebo dostupnost vysokokalorických potravin.

2. „*Záchvaty, které souvisejí s obavami o váhu a postavu*“ – sem patří pocity, že je jedinec příliš tlustý, zjištění, že nějaké oblečení mu je malé či těsné nebo že váží více, než si myslel.
3. „*Stavy špatné nálady*“ – do této skupiny se řadí pocity sklíčenosti, deprese, osamělosti, napětí, úzkosti, strachu nebo hněv a podrážděnost.

Z hlediska druhů potravin, které si osoby s mentální bulimií nejčastěji volí k přejídání, se to liší. Není příliš důležité, co jedinec během psychogenního přejídání konzumuje, jde především o objem samotného jídla. Během záchvatu se však objevují tendence jíst i takové potraviny, kterým se za normálních podmínek vyhýbá. (Raboch a kol., 2015)

Onemocnění mentální bulimií lze charakterizovat patologickým strachem z tloušťky. Jedinec si sám stanoví váhový limit, který je pod hranicí optimální či zdravé hmotnosti. Mentální bulimie se mnohdy objevuje u jedinců, kteří za sebou mají epizodu mentální anorexie. (Kocourková et al., 1997) Maloney a Kranz (1997) dokonce hovoří o tom, že se mentální bulimie vyskytuje asi u poloviny osob s diagnostikovanou mentální anorexií. Vysvětlují to tím, že ačkoliv se jedná o rozdílné PPP, je pro ně společné jedno – nekonečný boj s hladem.

Opačný přechod, tedy z diagnózy mentální bulimie na mentální anorexii je zaznamenán pouze u 10-15 % případů. Tito jedinci se většinou opět navrátí k bulimii. (Raboch a kol., 2015)

V porovnání s mentální anorexií se mentální bulimie vyskytuje v populaci častěji a v pozdějším věku. Nejvíce se vyskytuje u jedinců v pozdním adolescentním věku nebo v rané dospělosti. (Koutek, 2008) U mužů se objevuje zpravidla vzácně, poměr vůči ženám je 1:10. Přesný počet osob trpících tímto onemocněním není znám. Důvodem je utajovaný průběh nemoci. (Vágnerová, 2002)

Onemocnění se projevuje zejména v denních hodinách. Jedinec se snaží držet kontrolu nad svou vahou, proto ráno a v poledne hladoví. Tato sebekontrola však selhává během odpoledne nebo v podvečerních hodinách a následuje nezměrná konzumace jídla. (Koutek, 2008) Ta probíhá téměř vždy utajeně. Jelikož se člověk snaží své přejídání držet v soukromí, je možné mentální bulimii tajit před ostatními po mnoho let. (Cooper, 2014)

Epizoda záchvatového přejídání se odehrává zejména v místech, kde se nachází zásoby potravin, obvykle jde tedy o kuchyňské prostory. Někteří se uchylují k nezměrné konzumaci jídla během nákupu potravin. Cooper (2014) uvádí, že: „*zoufalství, jaké prožívají tito lidé, je dohání ke zcela odlišnému chování, než jaké odpovídá jejich povaze. Jsou schopni vzít jídlo svým přátelům, krást v obchodě, nebo jíst jídlo, které ostatní vyhodili.*“ Proto se v některých

případech uvádí k popisu záchvatovitého přejídání termín „*kompulzivní přejídání*“ (Cooper, 2014)

Samotné zkonsumování jídla trvá jen krátký okamžik. Jedinec si potraviny mechanicky vkládá do úst a v mnoha případech jednotlivá sousta ani nerozžvýká. Někteří kromě jídla také vypijí velké množství tekutin, kterými docílí pocitu sytosti. Poté se dostaví příjemné emoce, jako je potěšení či uspokojení z chuti jídla. Ty však trvají jen krátkou chvíli. (Cooper, 2014)

Následně se ale dostaví pocity viny a úzkosti z toho, že jedinec neměl kontrolu nad svým živočišným já. Proto ji opět převezme a to za využití metod kompenzace přejídání. Zkonsumovaná potrava mu tím pádem nebude stát v cestě za štíhlou postavou. (Maloney, Kranz, 1997)

K vyvolání zvracení jsou nejběžněji využity prsty nebo jakýkoliv předmět. Tak dojde k vyvolání dávivého reflexu. Ze začátku to není pro jedince jednoduché, časem se ale z toho může stát spontánní záležitost. K zvracení tak může docházet i vícekrát za den bez vědomého požadavku. Ne vždy se ale u mentální bulimie musí využívat techniky zvracení. U méně častých případů dochází ke zneužívání laxativ nebo po fázi přejedení může následovat extrémní energetický výdej prostřednictvím nadměrné tělesné aktivity. (Koutek, 2008)

S vývojem onemocnění se plynule rozvíjí potíže, které se v určité fázi začnou promítat do života jedince a vedou k různým somatickým poruchám. Ty lze vnímat zpravidla jako méně závažné v porovnání s mentální anorexií. (Vágnerová, 2002) Zvracení a využívání laxativ vedou k poruchám vnitřního prostředí. To se může projevat nápadnou únavou a spavostí. Je ovlivněna činnost srdce, kdy se může objevit srdeční arytmie nebo dokonce zástava srdce. Dochází k dehydrataci organismu, poškození zubní skloviny a vyšší zubní kazivosti. Důsledkem zvracení bývá také zvětšení příušních žláz. Na základě toho vypadá obličej jedince větší a to působí další psychologický problém, protože si tak potvrzuje dojem, že je příliš tlustý. (Koutek, 2008)

Podle Coopera (2014) se u většiny pacientů s mentální bulimií objevuje široká škála depresivní symptomatiky, která je ve většině případů v přímém vztahu k narušení jídelních návyků a k představám o vlastní tělesné konstituci a hmotnosti. Mnozí cítí vinu vyvolanou pocitem zahanbení v důsledku přejídání a zvracení. Dále se objevují pocity vlastní bezcennosti, vycházející z toho, že cítí vlastní selhání, kdy se člověk nedokázal ovládnout, čímž není schopen dosáhnout své ideální váhy. Dochází také ke ztrátě sebevědomí a izolaci před svým okolím, což je následek neschopnosti konzumace jídla spolu s ostatními a domněnky, že současná tělesná konstituce a hmotnost je společensky nepřijatelná.

Toto onemocnění se odráží také ve vztazích jedince s okolím. Tomu se může jevit jeho chování jako provokující a sebestředné. (Papežová, 2012) Je nutno dodat, že se v případě mentální bulimie jedná o velmi finančně nákladné onemocnění, kdy ve fázi přejídání je jedinec schopný zkonsumovat rodinné zásoby jídla, které následně vyzvrací. To pochopitelně přináší konfliktní situace, které se mohou vyhrotit případným zabezpečením spíží či ledniček. (Koutek, 2008)

Mentální bulimie působí na kvalitu života jedince, přičemž pokud má nemoc dlouhodobý průběh, toto onemocnění má adaptační funkci, která otevírá prostor dalšímu patologickému jednání. Osobám s mentální bulimií hrozí nebezpečí v podobě zneužívání drog, alkoholu. Dále se také v průběhu tohoto onemocnění zvyšuje počet depresivních symptomů, sebepoškození a v některých případech dojde k vyhocení obsedantních rysů. (Fialová, Krch, 2012)

V dnešní době je nutné počítat také s novými technologiemi. S rozmachem internetu se objevil prostor ke sdílení poznatků a zážitků s lidmi žijícími kilometry daleko. Tyto poznatky se mohou týkat také PPP a jejich prožívání. V tom případě se jedná o blogy nazývané Pro-ana a Pro-mia, o kterých budou pojednávat následující kapitoly.

3 BLOG JAKO OSOBNÍ INTERNETOVÁ STRÁNKA S AKCENTEM K PRO-ANA A PRO-MIA KOMUNITĚ

Samotný termín *blog* či *weblog* je složen z výrazů *web* a *log*. Což v překladu znamená internetový zápisník. (Šindelář, 2006) Zkrácená verze, tedy *blog*, byla ustálena v roce 1999 Peterem Merholzem, který rozdělil slovo *weblog* a udělal z něj frázi „*we blog*“. V tomto roce byl také zaznamenán markantní nárůst počtu blogů. Z desítek se staly stovky a od té doby počet blogů stále rychle stoupá. (Blood, 2000)

Do hlubšího povědomí se ale dostaly až roku 2000, kdy se začaly aktivně používat a v roce 2004 ho vydavatelé Merriam-Webster Dictionary prohlásili slovem roku. (Byron, Broback, 2008)

Jako blogy jsou označovány osobní internetové stránky, kam autoři (tzv. bloggeři) přidávají své příspěvky formou článků. Blog může být věnován určitým tématům. Může být tedy například na téma bloggerova koníčku (vaření, cestování, sport,...) nebo se zde může autor vyjadřovat k libovolným situacím z každodenního života. Téma zkrátka záleží pouze a jen na samotném bloggerovi.

Posláním blogů je poskytnutí běžnému uživateli možnost publikovat své příspěvky, aniž by k tomu potřeboval rozsáhlé vědomosti ohledně internetových technologií. Nebylo tomu tak vždy. V dobách, kdy se s blogy začínalo, se jednalo pouze o statické stránky, jejichž údržba kladla velké požadavky na bloggera. (Šindelář, 2006)

K tomu, aby mohl člověk vést svůj blog, je zapotřebí pouze to, aby ovládal základní práci s počítačem a internetovým prohlížečem. Dále se řídí pravidly podobnými jako při psaní v klasickém textovém editoru, proto je třeba se orientovat v editaci textu. (Šindelář, 2006)

Blog nabízí prostor, kam může autor, tedy blogger, svobodně přispívat své myšlenky. V případě Pro-ana nebo Pro-mia blogů tak může ostatním sdělovat například své extrémní názory na hubnutí, aniž by někdo obsah jeho sdělení korigoval.

Neexistují striktní pravidla nebo normy, jak by měl blog vypadat. Blogger má tedy v tomto ohledu volnou ruku a naopak se od něj očekává jistá míra osobitého projevu a grafického znázornění. Více než na celkovou formu blogu se klade důraz na jeho obsah. (Šindelář, 2006)

Příspěvky blogů mohou obsahovat kromě textu také obrázky, videa či zvuky. U každého záznamu bývá také poskytnut prostor pro zpětnou vazbu od čtenářů. (Oliver, 2008) Podle

Byrona a Brobacka (2008) jsou díky této bezprostřední komunikaci blogy pro uživatele tak zajímavé, jelikož běžné internetové stránky ve většině případů tento prostor neposkytují. Možnost přidávání komentářů k příspěvkům může být pro blogera indikátorem zájmu čtenářů. Čím vyšší počet komentářů, tím zajímavější příspěvek pravděpodobně pro čtenáře byl. (Byron, Broback, 2008) Tento prostor, kde je čtenářům umožněno sdílet s ostatními svůj názor, lze běžně najít i u Pro-ana a Pro-mia blogů. Lusková, Blinka s Šmahel (2008) to vnímají jako vhodné místo k odborné intervenci. Avšak z jejich výzkumného šetření vyplynulo, že právě zpětná vazba ve formě zrazování či odsuzování jejich počínání, je uživateli těchto blogů vnímána s lhostejností a naopak to u nich vyvolává obrannou motivaci k tomu, zachovat si svůj postoj a přesvědčení.

Bloggeři by se měli řídit takzvanou netiketou. Což je termín pro etiketu v internetovém prostředí. Šindelář (2006) ho přesněji definuje jako: „*soubor pravidel, či doporučení pro slušné chování v prostředí počítačové sítě. Autor blogu by se jimi měl alespoň částečně řídit, neboť jeho příspěvky jsou veřejné.*“

Dále zde platí pravidlo, které se týká frekvence přidávání příspěvků. Ta samozřejmě záleží na samotném bloggerovi, ale je nutno si uvědomit, že je zbytečné blog zakládat, pokud člověk nemá co sdílet nebo pokud nemá dostatek času na pravidelné přidávání nových příspěvků. (Šindelář, 2006)

Herring, Scheidt, Bonus a Wright (2004) rozdělili blogy do několika tematických skupin. První ze skupiny jsou tzv. **filtry** a název této skupiny vyplývá z faktu, že autor blogu zde filtruje informace. Netvoří je, pouze uvádí události, které vnímá jako zajímavé, komentuje je a poskytuje prostor pro názory ostatních. Dalším typem jsou **osobní deníky**, kde autoři prezentují vlastní zážitky, myšlenky nebo pocity. **K-logy** neboli k(nowledge)-logs, poskytují prostor výzkumníkům nebo projektovým skupinám k pozorování a získávání informací. Jsou vedeny odborně. Posledním typem jsou **smíšené blogy**, které jsou kombinací dvou nebo tří zmíněných typů.

Z výzkumu, který se zabýval zastoupením jednotlivých blogů vyplynulo, že nejvíce blogů, (celkem 70,4 %) je psáno jako osobní deník. V 12,6 % se jedná o blog typu filtr a vůbec nejméně se 3 % jsou zastoupeny k-logy. Kromě toho bylo také zjištěno, že nejčastějšími autory osobních deníků jsou ženy a adolescenti. U ostatních typů blogů byly nejčastěji autory muži. (Herring, Scheidt, Bonus, Wreight, 2004)

Existují však i blogy, které lze jen těžko zařadit do výše zmíněných kategorií. Mimo jiné jde o Pro-ana a Pro-mia blogy, které sice splňují znaky osobního deníčku, avšak na druhou stranu

se z této kategorie vymykají právě svým úzkým zaměřením na snižování váhy za dohledu ostatních členek komunity.

3.1 Pro-ana a Pro-mia blogy jako potenciálně rizikové místo pro rozvoj poruch příjmu potravy

Webové stránky podporující poruchy příjmu potravy se staly fenoménem spojeným s dnešní narůstající internetovou kulturou. Existují weby podporující mentální anorexii (Pro-ana) a mentální bulimii (Pro-mia) nebo také ty, které podporují PPP celkově jako takové. (Talbot, 2010)

Termín *Pro-ana* vznikl jako zkratka pro-anorexia, *Pro-mia* je pak zkrácenou verzí pro-bulimia. Tyto stránky se staly v posledních letech strašákem rodičů i doktorů. Mluví se zde o anorexii a bulimii téměř jako kdyby se jednalo o živé bytosti se jmény Ana a Mia. (Grayson Mathis, nedat.)

Podle Nováka (2008) jsou pro-anorektické weby prostorem, kde se sdružují lidé trpící poruchami příjmu potravy a kteří se snaží adaptovat na své onemocnění a nemají chuť se léčit.

Dříve, než se objevily první pro-anorektické stránky, existovaly zotavovací weby, které byly vytvořeny lidmi z řad rodičů, odborníků a podobně. Tyto portály však nebyly příliš atraktivní pro mladé návštěvníky. Nebyly ani účinné ve směru léčby PPP. Kromě toho také cílová skupina, které byly tyto stránky určeny, vyhledává spíše informace, jakým způsobem snížit svou váhu. Ty zde samozřejmě absentovaly. Pro-anorektické stránky tedy vnikly jako jakási alternativa těmto zotavovacím webům. (Novák, 2008)

Celá filozofie pro-anorektických blogů stojí na šokujícím dopisu od Any. Tento text má čtenářkám otevřít oči, aby se sebou začaly něco dělat. Je to jeden z motivačních prvků k hubnutí. (Letochová, 2012)

Pro-anorektické stránky většinou obsahují zápisky, které jsou psané lidmi s PPP, velké množství informací, tipů a rad, emocionální podporu, poezii a texty písní, ve kterých se odráží zkušenost s anorexií nebo podobným onemocněním. Dále pak fotogalerii obvykle s obrázky štíhlých modelek či s fotkami samotných uživatelů. (Giles, 2006)

Největší síla těchto blogů podle Letochové (2012) tkví v tom, že dokáží oslovit nové jedince a to například prostřednictvím motivačních fotografií štíhlých postav, takzvaných *thinspiration*. Thinspiration je složenina z anglických výrazů *thin*, což v překladu znamená tenký, štíhlý

a *inspiration* znamenající inspiraci. Jde tedy o obrázky, které mají motivovat k hubnutí. (Letochová, 2012) Právě tyto fotografie mohou podle kritiků být spouštěčem potenciálně patologického jednání. (Novák, 2008)

Pro-ana popřípadě Pro-mia blogy jsou zakládány ve většině případů mladými ženami toužícími po štíhlé postavě. Na téma mentální anorexie se zde nenahlíží jako na psychosomatickou nemoc, nýbrž jako na zvolený způsob života. V méně případech se lze setkat také s Pro-mia blogy, které se věnují údělu mentální bulimie. (Letochová, 2012)

Každý správce Pro-ana blogu vnímá PPP a téma anorexie či bulimie z vlastní perspektivy a význam termínu „*ana*“ tak bývá příčinou sporů. Ani uživatelé sami si nejsou zcela jistí, zda oslavují svou PPP, životní styl, lékařskou diagnózu, nemoc nebo pozitivní či negativní zkušenosti. (Giles, 2006)

Pro-ana i Pro-mia blogy nabízí prostor, kde je možné se seznámit s lidmi, kteří sdílí společný postoj k věci hubnutí. Lze zde zapisovat dosažené úspěchy a v neposlední řadě je to místo, kde jedinec čerpá sílu k tomu, aby setrval ve své cestě za vysněným cílem. (Letochová, 2012)

Pro-anorektické weby nejsou určeny těm, kteří se snaží se svým onemocněním bojovat, považují se za oběti PPP a celkově na sebe nahlíží jakožto na nemocné. Jsou zaměřeny na ty, jež věří, že Pro-ana je způsob života a kteří cítí, že anorexie jim jako životní styl pomůže k dosažení štěstí a dokonalosti. (SIRC, nedat.)

Celkový důraz se přesunul ze sebedestrukce k sebekontrolě. Podle Pro-ana zastánkyň není správně, pokud se mentální anorexie zneužívá jako prostředek sebepoškozování. Klíčové myšlenky, o které se opírají, jsou síla, vůle, naplnění a úspěch. PPP jsou zobrazovány ve smyslu dosahování dokonalosti a formování elity, jakožto skupiny lidí, která úspěšně ovládla a řídí své tělo. (SIRC, nedat.)

Výskyt pro-anorektických webů zaznamenala i média, která zahájila z části úspěšný boj o jejich odstranění z internetového světa. Nicméně se zde narazilo na vztyčený etický prst v podobě svobody slova. (Novák, 2008)

V roce 2012 vydala sociální síť Tumblr oficiální oznámení zakazující blogy podporující sebepoškozování. Zahrnuty jsou tedy samozřejmě i blogy propagující mentální anorexii a mentální bulimii. Dále pak zavedli novinku, kdy pokud uživatel sítě napsal do vyhledávání slova jako „bulimie“, „thinspiration“, „proana“ a podobně - objevilo se mu na obrazovce oznámení ohledně nebezpečnosti PPP a kontakty a odkazy na pomocné služby. (Tumblr, 2012)

Kromě Tumblr se rozhodly i další servery, jako například Pinterest nebo Yahoo, zakázat činnost těchto webů. Avšak se to ukázalo jako neefektivní. Vedlo to k pouhému přejmenování stránek a obsahy přetrvaly. (SIRC, nedat.)

Z výzkumů Yeshua-Katz a Martins (2013) vyplynuly tři hlavní motivy, které spojují uživatele Pro-ana blogů. Prvním z nich je sociální podpora. Většina bloggerů založila své stránky z toho důvodu, že se nechtěli cítit osamoceni. Ve skutečném „offline“ světě se cítili nepochopení a proto v online prostředí začali hledat osoby sobě podobné. Bloggeři vnímají interakci s vlastní rodinou a přáteli jako stresující, protože nikdo z těchto blízkých osob nedokáže pochopit, čím prochází. Za to v online prostředí se cítí být podporováni, pochopeni a je jim dodávána odvaha. Dalším identifikovaným motivem byla sebe prezentace. Blogování totiž nabízí cestu, jak se prezentovat beze strachu z odsouzení a kritiky. Motivem, proč lidé začínají s Pro-ana blogy může být i vyrovnávání se se stigmatem, který si osoby s PPP nesou.

Nebezpečí těchto webů není pouze v jejich samotné existenci, ale v tom, jak jsou zde propagovány PPP, které jsou zde představovány jako alternativní životní styl. Dále také ve vyzývání jak těch, kteří tímto onemocněním trpí, ale i těch, co netrpí, aby tento mýtus dále šířili. (SIRC, nedat.)

Nelze vnímat existenci těchto blogů pouze a jen jako negativní jev. Má to i svá pozitiva, jako například otevření možnosti lidem netrpícím PPP nově nahlédnout na tuto problematiku a odhalit některé z bludů a pokrytectví ohledně přijatých postojů vůči jídlu a dietám. Možná by bylo konstruktivnější řešení, kdybychom se zamysleli nad celospolečenskými představami ohledně hmotnosti, než přímo veřejně odsuzovali Pro-ana stránky. Pokud naše společnost bude nadále spojovat nadváhu s leností a sílu s ctností (i podvědomě), pak nemůžeme Pro-ana hnutí vinit z toho, že účinně využívá tohoto myšlenkového podkladu ke svým závěrům. (SIRC, nedat.)

3.1.1 Pro-ana komunita

Pro-ana jedinci se nesnaží zakrývat své tělo nebo svou poruchu, často jednají agresivně a aktivně si hledají členství v Pro-ana komunitě. Dávají také zřetelně najevo svůj ambivalentní postoj vůči anorexii a léčbě. (Boero, Pascoe, 2012)

Přispívající do Pro-ana komunity se vnímají jako více oddané, více se ovládající a odhodlané k docílení štíhlosti než ti, kteří zkouší diety a kteří chtějí jen trochu snížit svou váhu. Toto odhodlání a sebekontrola jsou jádrem Pro-ana identity. Právě Pro-ana anorektičky nevnímají

své onemocnění jako něco, k čemu vzhlíží, ale pouze striktně jako způsob života, který si zvolily. (Boero, Pascoe, 2012)

Někteří lidé navštíví tyto stránky jen jednou či dvakrát, ale je zde také malá skupina lidí, která je navštěvuje opakovaně. Přidávají příspěvky pod ustálenou přezdívku a budují si vztahy s ostatními. Někteří nenavštěvují pouze jedny stránky, zapojují se také do jiných Pro-ana či mia společenství. (Maloney, 2013)

Pokud se do diskuzního fóra zapojí někdo, kdo počínání těchto jedinců odsuzuje nebo pokud jsou stránky zrušené ze strany poskytovatele, způsobí to kromě posílení odporu uživatelů také posílení společných cílů a přesvědčení. (Giles, 2006)

Způsoby, jakými jednotlivá společenství identifikují osoby mimo komunitu, jsou různé. Je to individuální záležitost. Může to být například na základě jazykových bariér, se kterými se tento člověk v začátcích potýká. Uživatelé Pro-ana či Pro-mia blogů nálepkují ty, kteří nepoužívají či nerozumí jejich řeči nebo mají přehnanou touhu snížit svou váhu označením „*wannarexics*“ nebo „*fauxlimics*“. (Maloney, 2013)

Boero a Pascoe (2012) se setkali dále s termínem „*wannabes*“. Všechna tato označení jsou synonymy a označují ty, jež údajně působí potencionální škody na důvěryhodnosti Pro-ana komunitě. Je to vnímáno tedy spíše jako urážka pro někoho, kdo k nim nepatří, postrádá vědomosti o Pro-ana společenství, nedaří se mu snížit svou váhu nebo nemá sílu či odhodlání přijmout anorexii jako životní styl. (Boero, Pascoe, 2012) Pro pravé Pro-any je důležité budit zdání určitého elitářství. (Giles, 2006)

Společné zkušenosti, jazykové vyjadřování a pravidelný kontakt umožní uživatelům stránek vytvoření sociální sítě. Formují identitu a získávají emocionální energii nezbytnou k pokračování jak navštěvování těchto webů, tak k pokračování ve svém patologickém jednání. Jak již bylo řečeno, členové komunity se navzájem podporují ve svém jednání prostřednictvím povzbuzování, dodávání si odvahy a naděje, že zítra bude lépe. (Maloney, 2013)

Emoce přijetí nebo porozumění podobnými vrstevníky mají klíčový význam pro přivábení dalších jedinců k těmto webům, čímž je přispíváno k formování kolektivní identity ohledně toho, co znamená být Pro-ana a individuální identity jako Pro-ana anorektičky. (Maloney, 2013)

V Pro-ana komunitách se řeší také otázka autenticity. Ta bývá ověřována u členů třemi způsoby. Prvním je sdílení vlastních reálných fotek. Pokud příspěvatel neposkytne ostatním svou fotku na svých stránkách, okamžitě vzniknou pochybnosti ohledně toho, zda to co píše, je pravda. I ostatní účastníci zasílají své fotografie, aby dokázali ostatním, že jsou hubení. Fotky

bývají pořizovány často v odrazu zrcadla nebo se mohou vyfotit s metrem kolem určité části těla a s komentářem dotazujícím se ostatních – kolik si myslí, že váží, zda by měli zhubnout a podobně. (Boero, Pascoe, 2012)

Dalším způsobem, kterým si členi této komunity dokazují svou reálnost, jsou určitá hlášení, kdy s ostatními sdílí své statistické údaje a jídelníčky. Zpravidla to tedy vypadá tak, že se navzájem ptají, co jedli, jaká je jejich aktuální váha, jakou hodnotu má jejich BMI index a podobně. Sdílí s ostatními také například to, jaká byla jejich nejvyšší či nejnižší váha a jaké hmotnosti by si přáli dosáhnout. (Boero, Pascoe, 2012)

Členové Pro-ana komunity se účastní také offline aktivit, které si společně naplánují v online prostředí. Jde například o hladovky, o nošení různých doplňků (obvyčejně červené barvy), které naznačují zapojení se do Pro-ana komunity. Tyto aktivity demonstrují opravdové odhodlání přijmout Pro-ana jako způsob života. (Boero, Pascoe, 2012)

O těchto doplňcích hovoří i Maloney (2013), která upřesňuje, že členové této komunity nosí červené náhrdelníky s motivem vážky nebo červená trička s motýly či vážkami.

Tato práce se věnuje zjišťování postojů pomáhajících pracovníků k Pro-ana a Pro-mia blogům. Následující text proto přinese deskripci postojů v obecné rovině, a bude vysvětleno základní pojmosloví, poté bude téma nahlíženo v propojení s tématem mentální anorexie a mentální bulimie, potažmo Pro-ana a Pro-mia blogů. Předpokládáme, že pomáhající pracovníci nějaký konkrétní postoj k tomuto tématu zaujímají, mají o něm nějaké informace, nějak se k němu vztahují (ať už kladně, záporně či neutrálně), s ohledem na toto pak jednájí.

4 POSTOJE JAKO VÝSLEDEK ZAŽITÝCH INTERAKCÍ A BYTOSTNÝ VZTAH JEDINCE K HODNOTÁM

S termínem postoj se setkáváme už z počátku 18. století. Původně byl používán malíři a to v souvislosti s polohou těla malovaného objektu. Poté se objevuje i v oblasti divadelnictví. Do světa vědy se dostal zásluhou Charlese Darwina a jeho odborné práce roku 1872. S vývojem oboru sociální psychologie se ve 20. století téma postojů stává jednou z ústředních položek této disciplíny. (Výrost, Slaměník, 2008)

Dnes je oblast postojů ústředním termínem nejen zmíněné sociální psychologie, ale také psychologie osobnosti, sociologie nebo sociální či kulturní antropologie. (Nakonečný, 2011)

Nakonečný (2011) vnímá téma postojů jako klíčové, protože „*vyjadřuje bytostný vztah člověka, a to vztah k hodnotám, který je vyjadřován přijímáním či odmítáním (resp. neutrálním či ambivalentním vztahem) určitých hodnot, které jsou imanentní konkrétním bytostem, událostem, idejím a objektům nejrůznějšího druhu jako různé aspekty jejich existence pro člověka.*“

Postoje jsou výsledkem zažitých interakcí jedince a projevují se v tom, jak se jedinec chová a dále pak mají vliv na tvorbu dalších vztahů jedince k prostředí. Mohou se projevat zjevně v danou chvíli nebo mohou zůstat skryté a projeví se samovolně v reakci na situaci nebo po vybídnutí. (Řezáč, 1998)

Funkcí postojů podle Čačky (2002) je urychlení a sjednocení sociální orientace a reagování. Svým způsobem je tento autor vnímá jako určitou formu náhrady lidských instinktů.

Postoje nejsou neutrální, sdělují to, jak hodnotíme svůj vztah k různým společenským objektům ve svém okolí. Zkrátka to čemu dáváme přednost nebo co nemáme rádi. (Výrost, Slaměník, 2008) Toto hodnocení vzniká díky procesu poznávání a cítění. Podoba tohoto hodnocení může být jak verbální, tak neverbální. (Nakonečný, 2009) Pokud se jedná o verbální postoj, bývá označován jako mínění. V případě představ, které se obtížně popisují slovy, jde o názor. U postoje, který má emoční základ, se jedná o sentiment. (Nakonečný, 2011)

Postoje jsou tvořeny několika složkami. Jedná se o složky kognitivní, emocionální a konativní. Poměr mezi nimi sděluje danou míru pevnosti postoje. Postoj tedy můžeme chápat jako určitý sklon mít emoční vztah k dané věci, nějakým způsobem o té věci přemýšlet a také se vůči této věci nějak projevovat. Je třeba ale také říci, že ne vždy se člověk chová ve shodě

se svými postoji. To se děje z důvodu strachu, kdy se jedinec obává, že pokud své postoje bude proklamovat veřejně, bude ohrožen. (Nakonečný, 2011)

Podle Řezáče (1998) je postoj dynamickou záležitostí. Tato dynamika se projevuje v nestálosti poměru zmíněných složek postoje. Některá složka může například dominovat, může mezi nimi panovat disharmonie a tak podobně. Pokud jsou všechny složky postoje zastoupeny ve stejném poměru a síle, jedná se o konzistentní postoj. Projevy dynamiky postojů můžeme pozorovat na stabilitě či labilitě postojů. Pokud je postoj konzistentní, zpravidla bývá trvalý. Dynamika se také odráží v intenzitě, tedy v tom, s jakým důrazem jsou postoje manifestovány. Dále pak v hloubce postoje, čímž rozumíme to, do jaké míry mají postoje vliv na složky osobnosti. Posledním způsobem projevu dynamiky je pak polarita postoje, tedy to, že je možné postoje zaznamenat na škále mezi dvěma protiklady.

Pokud jedinec zaznamená svůj postoj na jednom z protikladných pólů škály, jedná se o tzv. extrémní postoj, kdy zaujímá zcela kladný či zcela záporný postoj bez jakýchkoliv připomínek. Neznamená to však, že je postoj nějakým způsobem špatný, ačkoliv tomu tak název napovídá. Extrémní postoj může být jak nevhodný, tak vhodný, vše záleží na konkrétním posuzovateli. Tento druh postojů mívá konzistentní charakter. Jedinci se brání změně či zmírnění postoje. Odolávání změně nasvědčuje, že postoj má pro něj význam, který může být nevědomý. (Nakonečný, 2011)

Postoje, které jsou konformní, hrají svou roli v regulaci úzkosti z osobního ohrožení, v některých případech také vyrovnávají komplexy, které si jedinec sám neuvědomuje. Postoje tedy ovlivňují sebevědomí, které mohou upevňovat, dále pomáhají k sebe prezentaci či ospravedlňování vlastního jednání. Díky nim je snadnější zvládat úzkost a nejistotu. Zejména se ale podílí na hodnocení vlastní osoby a tvorbě identity a sebepojetí. (Nakonečný, 2009) Styčné plochy v rámci konformity postojů můžeme shledávat u dívek jakožto členek Pro-ana a Pro-mia komunity. Dívky si zde upevňují sebevědomí, zde jejich jednání není kritizováno, je pochopeno, nejistota a úzkost prožívaná v realitě se zde stává mnohem méně významnou.

Tvorba postojů pomáhá jedinci přidružit se k sociálním skupinám. Členství v nich přináší člověku podporu ze strany lidí, kteří smýšlí podobným způsobem. Samozřejmě je nutno podotknout, že člověk je součástí různých typů sociálních skupin. Těmi jsou skupiny primární, kterou představuje rodina a také skupiny referenční, s kterými se jedinec identifikuje. (Lašek, 2011)

Touto referenční skupinou může být pro jedince právě skupina lidí navštěvující a tvořící Pro-ana nebo Pro-mia blog. Podle Laška (2011) člověk nemusí být nutně přímo členem těchto

skupin, stačí, pokud je shledává jako atraktivní. Čím více se shoduje postoj jedince s hodnotovým žebříčkem této referenční skupiny, tím více tyto skupiny vyhledává a touží se stát jejich součástí. Pokud se stane členem této skupiny, utváří se pocit sounáležitosti se skupinou a také sociální identita.

U adolescentů, kterým se utváří jejich identita, může dojít ke ztotožnění se se skupinou a rozvoji specifické identity vztažené k online komunitě. Napomáhá k tomu kladná zpětná vazba podávaná ostatními členy komunity, kteří jedince povzbuzují k rozvoji jistých postojů. (Ševčíková a kol. 2014)

Této zpětné vazby se jedincům navštěvující Pro-ana a Pro-mia blogy od ostatních členů komunity dostává a to obvykle v prostoru pod jednotlivými články. Může tak tedy docházet k formování jeho postojů ohledně vnímání vlastního těla, stravování a podobně.

Podle Laška (2011): „*čím více zajišťuje členství ve skupině jedinci saturaci potřeby přináležet a čím více tak podporuje jeho sebeúctu, tím méně je jedinec náchylný měnit postoje, které si osvojil jako člen skupiny.*“ Kromě toho pokud přijde chvíle, kdy začne pochybovat, počítá s pomocí skupiny, která mu pomůže zachovat „správné“ postoje a to například prostřednictvím sankcí. (Lašek, 2011)

Pro-ana a Pro-mia blogy mohou toto svým členům nabídnout. Členové této komunity si navzájem poskytují podporu ve svém počínání. Jedinec má pocit, že je konečně někde bezpodmínečně přijímán. Nemusí tak vidět důvody, proč by měl svůj životní styl měnit. Může se obávat také toho, že pokud by své postoje změnil, začal tedy s PPP nějakým způsobem bojovat, ztratí své místo v této skupině a opět by například nikam nepatřil.

V období dospívání, během kterého se nejčastěji objevují PPP, má člověk vysokou potřebu akceptace a získání jisté prestiže a to z důvodu snižování nejistoty. Dochází tak k pozitivnímu rozvoji osobnosti dospívajícího. V období adolescence se dotváří strategie, které jsou základem postojů a chování. (Vágnerová, 2000)

Pokud se tedy jedinec ztotožní například s Pro-ana komunitou, zvýší se vliv této komunity na jeho postoje, hodnoty, názory i jednání. Ševčíková a kol. (2014) tvrdí, že: „*člen takové komunity pak zaujímá jednotnou skupinovou perspektivu a současně se vymezuje vůči jiným skupinám, jež nesouhlasí s jeho či komunitnímu názory.*“

Nicméně lze jen těžko odhadovat, do jaké míry jsou postoje a způsoby jednání prezentované v online komunitách projevu i v reálném, tedy offline prostředí. (Ševčíková a kol., 2014)

Lze rozlišit dva druhy postojů. První jsou **centrální**. Těmi chápeme takové postoje, které jsou ve vztahu k významným objektům. Příkladem těchto objektů mohou být například rodiče, práce, partner, zdraví, láska, přátelství a podobně. Tento druh postojů má integrativní funkci. Díky nim dochází k ujišťování člověka ve vztazích, které vnímá jako důležité. Druhým typem jsou **periferní** postoje. Zde jde o vztahy k záležitostem, které jsou vnímány jako okrajové a pro osobnost nemají takový význam. Pro příklad se může jednat o vztah k plánovaným změnám v oblasti školství, hospodářské politiky sousedních zemí nebo k územním změnám v okolí bydliště. (Nakonečný, 2011), (Nakonečný, 2009)

K tvorbě postojů dochází prostřednictvím výchovných interakcí nebo sociálního učení. U jedince tak dochází k tvorbě sklonů jednat určitým způsobem. (Řezáč, 1998)

Zralý a integrovaný jedinec za optimálních okolností nepřijímá předložené postoje, aniž by je kriticky zvážil. Naopak si dokáže přizpůsobit vlastní postoje. K tomu je však nutné splnit několik předpokladů. Mezi ně patří například sociální orientace, určitá vzdělanostní úroveň, odpovědné sebepojetí nebo adekvátní žebříček hodnot. (Čáčka, 2002)

Každý člověk vlastní systém postojů, což znamená, že jednotlivé postoje jsou strukturovány a jsou mezi nimi určité vztahy. Jedná se spíše o vztahy psychologické než v rovině logiky. (Nakonečný, 2009)

Jedinec v období dospívání porovnává vlastní postoje, pocity, chování se svými vrstevníky. Na tvorbě a formování postojů se obecně mohou podílet i pracovníci z řad pomáhajících profesí, o kterých bude pojednávat podrobněji následující kapitola. Konkrétně jsou to vychovatelé, kteří by měli působit preventivně prostřednictvím vedení svých svěřenců k zdravému životnímu stylu, zdravému sebepojetí a smysluplnému trávení volného času. Dále sledují interakce mezi vrstevníky, do kterých mohou vsadit své výchovné působení. Ve směru formování postojů k vlastnímu tělu se může realizovat i pediatr. Ten sleduje vývoj jedince po tělesné stránce. Je obeznámen s vývojovými fázemi člověka a určitými ohroženími, které se v daných obdobích lidského života objevují. Snaží se také působit preventivně, a pokud zaznamená odchylku od normy, snaží se spolu s dalšími odborníky změnit například postoj k vlastnímu tělu, který bývá u pacientů s PPP problematický.

5 POMÁHAJÍCÍ PROFESE JAKO POVOLÁNÍ, V JEHOŽ ZÁKLADU JE POMOC ČLOVĚKU

Podle Géringové (2011) existují dva různé pohledy na pomáhání. První nazývá teologickým, kdy je pomáhání vnímáno jako eticky ceněná schopnost, která však vychází z biologické podstaty člověka. Příkladem toho může být matka, která chrání své dítě, aby byly zachovány její geny. Protože vnitřní nastavení člověka se řídí povinnostmi rozmnožovat se a přežít. Druhý přístup označuje jako humanistický. Dle tohoto přístupu je na pomáhání nahlíženo jako na unikátní lidskou a etickou věc.

Profesionální pomoc je vnímána jako něco, co není v životě obvyklé. Zpravidla si je člověk schopen své problémy řešit sám nebo využije nabídnuté pomocné ruky od svého okolí či jiných neprofesionálů. Takto se podaří překonat většinu obtížných situací v životě člověka. V některých případech ale tato pomoc nestačí. Tam je pak nutná pomoc na profesionální úrovni. (Úlehla, 2005)

Pomáhání je disciplínou spojující různé druhy služeb, které jsou určeny lidem. Je totiž součástí našeho běžného života. Pomáhání na profesionální úrovni by mělo vést k lepšímu životu a vyznačuje se tím, že přichází na řadu ve chvíli, když způsoby, kterými se snaží lidé řešit své problémy, jim z různých důvodů nepomohly. (Úlehla, 2005)

Rozdíl mezi profesionální a neprofesionální pomocí je takový, že profesionál si je jistý tím, co dělá a jeho postupy jsou v souladu s vědeckou teorií. Rozezná také rozdíl mezi tím, zda poskytuje pomoc či kontrolu. Pro pomocníka neprofesionála není toto rozdělení důležité. (Úlehla, 2005)

S tématem pomáhání je jistě vhodné zmínit i termín altruismus, který je obecně chápán jako snaha pomáhat druhým, aniž bychom na oplátku očekávali jakoukoliv odměnu. Není však vyloučeno získání určitých výhod jako je například osobní uspokojení, dobrý pocit nebo pocit splnění morálního závazku. Existují ale i jiné názory na téma altruismus. Ty proklamují, že vlastně žádný altruismus neexistuje a cokoliv, co člověk dělá, včetně poskytování pomoci, je jen jistou formou egoismu. Pomáháním tedy podle tohoto pohledu dochází k naplňování potřeb člověka k obdivu a uznání. (Géringová, 2011)

Géringová (2011) pomáhající profese definuje jako: „*system, na jehož jedné straně stojí pomahači (učitel, lékař, zdravotní sestra, kněz, sociální pracovník, psycholog, terapeut, ...)* a na straně druhé ten, jemuž má být pomozeno (žák, pacient, klient, chovanec, student, uživatel, ...).“

Pomáhající profese jsou definovány jako ta povolání, jejichž základem je pomoc druhým lidem. Řadí se sem profese z oboru zdravotnictví, pedagogiky a psychologie. Dále také terapeutické, duchovní profese a ty, které jsou zaměřeny na sociální pomoc. Společným rysem těchto profesí je to, že k jejich výkonu je třeba navázat vztah s klientem. Pomáhající pracovník zapojuje svou osobnost do výkonu svého povolání. (Géringová, 2011)

O tomto vztahu také hovoří Lorenzová (2001), která hovoří o tom, že vztah mezi pomáhajícím profesionálem a jeho klientem stojí na porozumění, podpoře a úctě. To nemusí vyplývat pouze z verbální komunikace, ale například z neverbálních znaků nebo celkové atmosféry. V žádném případě se nejedná o vztah, kde by bylo místo pro odsuzování nebo moralizování.

Pomáhající pracovník by ideálně měl být prosociálně orientován, měla by to být vyzrálá osobnost, která si je vědomá toho, kam chce svůj život směřovat. Je schopen sebereflexe a je ochotný se dále vzdělávat a zapojovat se do supervizí. Rozhodně by to neměl být člověk s neurotickými nebo psychopatickými rysy. (Lorenzová, 2001)

Níže budou ve vztahu k cíli práce podrobněji popsány pomáhající profese, zvláště pak v souladu s cíli práce sociální pedagog a dětský lékař, se kterými je počítáno rovněž jako s respondenty ve výzkumném šetření.

5.1 Sociální pedagogika a sociální pedagog jako pomáhající pracovník

Obor sociální pedagogika nemá v českém prostředí dlouhou historii na rozdíl například od Německa nebo Polska. V Česku je to tedy obor relativně mladý, který však od počátku 90. let urazil kus cesty. (Kraus, 2013)

Sociální pedagogika je vysokoškolským oborem, který se vyučuje na několika univerzitách v ČR (např. Univerzita Hradec Králové, Univerzita Palackého v Olomouci, Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Masarykova univerzita v Brně). Jedná se o tříleté bakalářské studium. Následně je možné pokračovat navazujícím magisterským studiem v délce dvou let. Vzhledem k zaměření oboru se dá předpokládat, že se absolvent tohoto oboru bude v průběhu své praxe přímo či nepřímo setkávat s tématem poruch příjmu potravy. Délka studia je příslibem získání dobrých teoretických znalostí i praktických dovedností, které absolvent může uplatnit v přímé práci s klientem.

Kraus (2013) vnímá dnešní dobu jako složitou a rychle se měnící, kdy se pomalu každý potýká se složitými životními situacemi a problémy, což je v podstatě předmětem sociálně pedagogické činnosti, zaměřené na vedení k prosociálnímu chování

Pospíšil (2015) vnímá napětí mezi pedagogickým a sociálním zaměřením vědy. Díky tomu ale sleduje zřejmý příklon k preventivnímu a intervenčnímu charakteru sociální pedagogiky. Právě preventivní a výchovné působení sociální pedagogiky, za účelem snížení případné budoucí potřeby intervence, je to, co sociální pedagogiku odlišuje od sociální práce. Ta přichází na řadu mnohdy až ve chvíli, kdy je třeba intervenovat.

Funkce sociální pedagogiky jsou zejména v oblastech integrace a rozvoje. Z hlediska integrační funkce se práce sociálních pedagogů zaměřuje na osoby, které potřebují pomoc a podporu na profesionální úrovni. Co se týče rozvojové funkce, jedná se o snahy o žádoucí rozvoj osobnosti, zdravý životní styl a vhodný způsob trávení volného času. (Kraus, 2001)

Sociálního pedagoga Kraus (2001) charakterizuje jako: *„profesionálního pracovníka, který řídí a organizuje na profesionální úrovni výchovný proces a působí na jiné (děti, mládež i dospělé) ve směru jejich žádoucího optimálního osobnostního rozvoje (především ve volném čase) ve směru integrace, což se specificky týká osob, jež se nacházejí v krizové situaci a potřebují odbornou pomoc.“*

Podle Krause a Hoferkové (2016) se *„sociální pedagog snaží svým odborným působením připravit jedince na vstup do nejširšího sociálního prostředí, vybavit ho arzenálem požadovaných vědomostí a potřebných schopností tak, aby byl jedinec plně schopný sociální integrace v jejím nejširším smyslu.“* Jeho práce se tedy zaměřuje na předávání kompetencí v oblastech kritického a tvůrčího myšlení, občanské angažovanosti, solidárního jednání a celkový rozvoj. A to nejen schopností, ale i vědomostí. (Kraus, Hoferková 2016)

Uplatnění absolventů oboru sociální pedagogiky je různorodé. Mohou se realizovat v oblastech pedagogiky, sociální práce, pedagogiky volného času a podobně. V současné době se řeší možné včlenění sociálního pedagoga do školního prostředí. Důvod, který této implementaci nahrává, je ten, že od školy se očekává, že zastane mnoho různých činností. Učitelé však nejsou přímo připravováni, aby pokryli všechny činnosti, které jsou nad rámec vzdělávání. Konkrétně se jedná například o oblast prevence sociálně patologických jevů nebo sociálního rozvoje žáků. Tato nepřipravenost se poté mnohdy odráží v kvalitě jejich realizace. Pozice sociálního pedagoga, jakožto součástí pedagogického sboru školy, by mohla v tomto ohledu jistě přispět. Jeho činnosti by byly směřovány jak k žákům, tak i k pedagogům. (Gulová, Kurowski, Soják, 2014)

Sociální pedagog by měl splňovat určité kompetence. Jsou na něj kladeny požadavky týkající se teoretického společensko-vědního základu. Měl by tedy mít vědomosti z obecné psychologie, pedagogiky, sociologie, filozofie, biologie člověka nebo například somatologie. Dále by měl mít poznatky ze sociální pedagogiky, pedagogiky volného času, komunikace a toho, jak řídit výchovu ve volném čase. Také by měl ovládat metody sociálně-výchovné práce. Každý sociální pedagog by měl mít dále vědomosti z oblastí managementu a personalistiky. Z hlediska dovedností by měl sociální pedagog umět tvořit projekty a diagnostikovat jak prostředí, tak i jedince. Měl by zvládat vedení dokumentace a využívat metody sociálně pedagogické prevence i terapie. Kromě toho by měl mít dovednosti v oblasti zájmových aktivit. (Kraus, 2001)

Na osobu sociálního pedagoga jsou kladeny požadavky nejen z hlediska vlastností a dovedností. Tato osoba by měla mít také určité vlastnosti a fyzické předpoklady. Tím je myšlena například empatie, celková vyrovnanost a emoční stabilita, trpělivost, sebekontrola a morální kredit. Sociální pedagog by také měl být tvůrčí, aktivní a měl by být asertivní. (Kraus, 2001)

Česká legislativa pamatuje na profesi sociálního pedagoga jak v zákoně o pedagogických pracovnících č.563/2004 Sb., kde se uvádí, že absolvent tohoto oboru může působit jako vychovatel, pedagog volného času nebo asistent pedagoga, tak v zákoně č.108/2006 Sb. O sociálních službách, díky němuž je sociálnímu pedagogovi umožněno uplatnit se jakožto sociální pracovník v rámci sociálních služeb.

Uplatnění sociálního pedagoga je široké a týká se několika resortů. Prvním je **resort školství, mládeže a tělovýchovy**, kdy působí například v rámci školních klubů, družin nebo v domovech mládeže. Může být zaměstnán v dětských domovech a institucích ochranné výchovy nebo ve střediscích volného času a podobně. Jeho uplatnění může být také v roli výchovného poradce nebo v systému preventivní výchovné péče. (Kraus, 2001) Zvláště v tomto resortu se sociální pedagog může setkávat se skupinami ohroženými PPP. Svým preventivním zaměřením se tedy podílí na předcházení vzniku tohoto onemocnění. Konkrétně například prostřednictvím tvorby a realizace preventivních programů nebo nepřímým způsobem, kdy se snaží u svých svěřenců rozvíjet různými činnostmi sebeúctu, sebevědomí, posilovat zdravé stravovací návyky a podobně.

Dalším resortem, ve kterém se lze setkat se sociálním pedagogem, je **resort spravedlnosti**. Zde může působit v penitenciární a postpenitenciární oblasti jako například vychovatel nápravného zařízení nebo v rámci probační služby. Sociální pedagog se může také uplatnit ve

zdravotnickém resortu, jakožto pracovník psychiatrického, rehabilitačního nebo kontaktního střediska. V rámci **resortu sociálních věcí** může hledat uplatnění například jako sociální asistent, kurátor pro mládež nebo v ústavu sociální péče. V **resortu vnitra** se může sociální pedagog realizovat jako pracovník utečeneckého tábora nebo nápravného zařízení. (Kraus, 2001) Jak již bylo řečeno výše, PPP se netýkají pouze dětí a dospívajících. S tímto onemocněním se lze setkat v jakémkoliv věkovém období. Proto i v těchto resortech se sociální pedagog může setkat s jedinci, které PPP ohrožují nebo se jich přímo týkají.

Profese sociálního pedagoga má v dnešní době podle Řeháčkové (2010) velkou perspektivu. Důvodem spatřuje například narůstající potřebu většího soustředění se na oblasti, jako jsou sociální patologie, vyloučení a znevýhodnění určitých sociálních skupin, jejichž počet narůstá. Tempo dnešní doby je neúprosné a kolem nás je díky novým technologiím nepřehledné množství informací, které nám místo užitku přináší do života spíše další komplikace a to například ve formě problematizace přístupu jedince k autentickému vnímání vlastního života. Na člověka působí tlaky na výkon, úspěch a peníze. Člověk je také zaplaven různými prožitky, které může sdílet s ostatními díky virtuálnímu prostředí.

5.2 Pediatrie a dětský lékař jako pomáhající pracovník

Pediatrie neboli dětské lékařství se zabývá péčí o jedince jak ve zdraví, tak v nemoci a to od jeho narození až po dosažení dospělosti, kterou je v koncepci pediatrie myšleno ukončení 18. roku věku, tedy 18 let a 364 dnů od narození. Pouze ve výjimečných případech přetrvává pediatrická péče u jedince déle. (Lebl, Provazník, Hejčmanová, 2007)

Z hlediska lékařského odvětví pediatrie navazuje kromě jiných medicínských oborů také například na poznatky z psychologie, pedagogiky, sociologie a přírodních věd. (Zahálková, 2000)

Do pediatrické péče jedinec vstoupí už na porodním sále, ve chvíli svého narození. Jsou případy, kdy se pediatr podílí na diagnostice a léčebných zákrocích ještě před narozením a to za spolupráce s kolegy z oborů gynekologie a genetiky. V širším pojetí se tedy nahlíží na pediatrii jakožto obor, který se zabývá a pečuje o jedince od samotného zplazení až po dosažení dospělosti. Je tak odvětvím, které má na jednom pólu vývojového procesu oplodněnou zárodečnou buňku a na pólu opačném dospělého jedince. Mezi tím se nachází vývoj, ať už anatomický, funkční nebo v podobě zrání jednotlivých struktur a systémů. Proto je pediatrie považována za vědu o vývoji člověka, zkrátka vývojovou medicínu, což ji činí jedinečnou mezi ostatními lékařskými obory. (Lebl, Provazník, Hejčmanová, 2007)

Jak již bylo řečeno, pediatrie je založena na poznacích týkajících se vývoje dětského organismu a to jak po fyzické, psychické, sociální, tak i citové stránce, které je podle Zahálkové v posledních letech věnována zvýšená pozornost a jejíž důležitost stoupá. (Zahálková, 2000)

Aby se člověk mohl stát pediatrem, je třeba, aby absolvoval šestileté studium na lékařské fakultě. Poté nastoupí na tříletou praxi do nemocnice na dětské oddělení, případně na dětskou kliniku, během které si vyzkouší práci s dětmi ve všech věkových stádiích, včetně toho novorozeneckého. Po splnění této praxe se musí lékař přihlásit k atestaci prvního stupně z pediatrie. Pokud ji úspěšně složí, je kvalifikován k samostatnému výkonu práce na oddělení dětského lékařství. S touto atestací je už možné provozovat soukromou lékařskou praxi. Kvalifikaci si je možné zvýšit po splnění atestace druhého stupně a to jak z pediatrie nebo z tzv. nástavbové atestace, která se týká oborů jako například dětská kardiologie, dětská nefrologie a podobně. (Volf, Volfová, 1996)

Podle Ministerstva zdravotnictví (2013): *„je cílem specializačního vzdělávání v oboru dětské lékařství, získat teoretické znalosti a praktické dovednosti z dětského lékařství nezbytné k samostatné práci na dětských zdravotnických pracovištích/klinikách poskytujících péči dětem a dospívajícím hospitalizovaným nebo léčeným na ambulancích nemocnic.“*

Pediatrická péče může mít ambulantní podobu, kdy pediatři působí v ordinacích pro děti a dorost nebo ve specializovaných pediatrických poradnách. Tato péče může být realizována také v prostředí nemocnic na lůžkových odděleních a to v případech, kdy například nemoc nelze léčit ambulantně. Dále je péče pediatrů poskytována ve zvláštních dětských zařízeních, příkladem mohou být dětské léčebny, ozdravovny, dětské domovy, stacionáře a podobně. (Slezáková a kol., 2012)

Dětského lékaře si volí rodiče na základě svobodného rozhodnutí. Tento lékař nefunguje pro své pacienty pouze v prostorách ordinace, ale poskytuje i návštěvní služby. Pediatrovi v ordinaci asistuje zdravotní sestra, která by měla splňovat podmínku minimálně pětileté praxe na lůžkovém dětském oddělení a oborovou specializaci. (Slezáková a kol., 2012)

Pediatr by měl rozumět zákonitostem týkajících se růstu a vývoje včetně vývoje tělních systémů. Díky tomu může zavčas identifikovat patologické stavy narušující tento vývoj. Dá se tedy říci, že dětské lékařství má preventivní charakter. Pokud dojde k včasnému rozpoznání rizik, je možné mnohdy předejít některým handicapům. (Lebl, Provazník, Hejčmanová, 2007)

Součástí práce pediatra je i zdravotní osvěta dětí, adolescentů a jejich rodičů. Ta se týká zejména oblastí, jako je zdravá výživa, osobní hygiena, prevence pohlavních chorob, výchova k rodičovství a tak dále. (Slezáková a kol., 2012)

V tomto ohledu mohou přispět k prevenci PPP, kdy se snaží informovat své pacienty i jejich rodiče, jak by se měli správně stravovat, aby docházelo k harmonickému vývoji.

Pediatr, ať už se jedná o praktického lékaře pro děti a dorost nebo o lékaře pracujícího na dětském oddělení nemocnice, bývá označován jako lékař prvního kontaktu, který se setkává s jedinci s poruchou příjmu potravy. V jeho kompetencích je, aby vyloučil organické příčiny problému. Tedy zda se nejedná o somatickou záležitost. Dále vyhodnocuje tělesný stav a stav výživy. Rozhoduje, zda se onemocnění bude řešit ambulantně nebo zda je třeba jedince hospitalizovat. Z pohledu léčby je velmi důležité, aby pediatr spolupracoval s psychiatrem, gynekologem, popřípadě jinými odborníky dle potřeby pacienta. (Koutek, Kocourková, 2014)

Lékař pracuje na změně nevhodného přístupu a návyků, kterými pacientka trpí a snaží se utlumit vlivy, které této změně brání nebo ji znemožňují. Měl by spolupracovat s celou rodinou. Působí edukačně ohledně onemocnění a to například prostřednictvím poskytování materiálů, svépomocných manuálů nebo odkazů na internetové stránky či kontakty na odborná pracoviště a svépomocné skupiny. (Krch, 2007)

6 EMPIRICKÉ ŠETŘENÍ

Cíl diplomové práce je v empirickém šetření specifikován na zjišťování postojů pomáhajících pracovníků k mentální anorexii, mentální bulimii a Pro-ana a Pro-mia blogům.

Pro splnění tohoto cíle jsme považovali za smysluplné nejprve podrobit alespoň stručné analýze vybrané Pro-ana a Pro-mia blogy, aby měl čtenář představu o jejich obsahu. Logicky vyvstávala jako možnost volby obsahová analýza zvolených blogů.

Po této fázi výzkumu byla realizována část stěžejní, přímo směřující k naplnění výzkumného cíle práce – za využití zakotvené teorie, respektive jejích principů a elementů, byly analyzovány rozhovory s pomáhajícími pracovníky.

Protože oblast postojů pomáhajících pracovníků k pro-anorektickým a pro-bulimickým blogům není nijak blíže determinována, zvolily jsme kvalitativní metodu výzkumu.

Za teoretické východisko výzkumu považujeme následující. V textu výše byla objasněna problematika mentální anorexie a mentální bulimie, jakožto téma, které je stále aktuální. O závažnosti této problematiky není pochyb. Během poslední dekády se však objevily blogy, které mohou vstupovat do vývoje těchto chorob. Z dosavadních výzkumů vyplývá, že Pro-ana a Pro-mia blogy působí na rozvoj PPP u adolescentů a jejich počet neustále roste. (Van Pelt, 2009) Navštěvováním těchto blogů se prodlužuje délka onemocnění PPP a je zvyšován počet hospitalizací. (Wilson a kol. 2006) Pomáhající pracovníci z řad sociálních pedagogů a pediatriů hrají důležitou roli nejen v prevenci, ale rovněž v intervenci samotné. A to nejen s dívkami, ale případně s jejich blízkými. I toto nás vedlo k záměru zkoumat jejich postoje k mentální anorexii a mentální bulimii se zvláštním zřetelem k Pro-ana a Pro-mia blogům.

Protože ve středu naší pozornosti nestálo shromáždit velké množství obecných a deskriptivních dat, ale naopak detailní, co nejpodrobnější data a vyvodit z nich pokud možno konstruktivní závěr, byla jasnou volbou kvalitativní výzkumná strategie.

6.1 Kvalitativní výzkumný design

Kvalitativní výzkum je kterýkoliv výzkum, u kterého není dosaženo výsledků prostřednictvím statistických postupů či jiných kvantifikačních procedur. Tento výzkum se

může zabývat například lidským životem, jednáním, vazbami a vztahy nebo také fungováním různých organizací či společenských hnutí. (Strauss, Corbinová, 1999)

Tato výzkumná metoda se užívá například při rozkrývání a pochopení toho, co je podstatou určitých jevů, které prozatím nejsou příliš prozkoumané. Nebo jejím prostřednictvím objevujeme nové pohledy na již známé jevy. (Strauss, Corbinová, 1999)

Vzhledem k zaměření této práce byl zvolen právě kvalitativní výzkumný přístup jako ideální. Dovolil zkoumat detaily a podrobnosti. Umožnil získat bohaté individuální výpovědi o tom, jak jsou pomáhající pracovníci informováni o mentální anorexii a mentální bulimii a současně situaci ohledně Pro-ana a Pro-mia blogů, jak je hodnotí, resp. jaký k nim zauímají vztah, jak hodnotí členství v těchto komunitách ve vztahu k rizikosti rozvoje PPP a jak uplatňují své profesní kompetence ve vztahu k PPP a ve vztahu k existenci blogů.

Podle Hendla (2005) někteří metodologové mohou vnímat kvalitativní metodu výzkumu pouze jako doplněk ke kvantitativnímu výzkumu, jiní na něj nahlíží například jako na jeho protipól. Časem však kvalitativní forma výzkumu získala v oblasti sociálních věd jisté postavení, které lze srovnávat s ostatními výzkumnými metodami.

Kvalitativní metoda výzkumu je vnímána jako velmi flexibilní metoda. Výzkumník si po zvolení tématu, kterému se chce věnovat, položí základní výzkumné otázky. Ty si pak může doplňovat, vylepšovat v průběhu samotného výzkumu, sběru i analýzy dat. (Hendl, 2005)

Hendl (2005) nahlíží na tuto metodu jako na detektivní práci. Tazatel se snaží najít odpovědi na své výzkumné otázky v interakci s lidmi, s kterými pracuje přímo v terénu. Tento druh výzkumu je z hlediska času obecně považován za náročnější.

Podle Švaříčka a Šed'ové (2007): „*jde o to do hloubky a kontextuálně zakotveně prozkoumat určitý široce definovaný jev a přinést o něm maximální množství informací.*“

Po nasbírání potřebných dat začne výzkumník hledat určité pravidelnosti, které se v nich objevují. Na jejich základě může formulovat předběžné výsledky, které se snaží podložit dalšími informacemi, které jsou vytěžené z dat. Výsledkem této práce je vzniklá hypotéza či teorie. Ta však platí pouze a jen pro daný vzorek respondentů, který byl k výzkumu zvolen. Výsledky nelze zobecňovat. (Švaříček, Šed'ová, 2007)

Aby se člověk mohl pustit do kvalitativního výzkumu, je třeba, aby ovládal určité dovednosti. Podle Strausse a Corbinové (1999) by měl být například schopen, si udržet určitý odstup, umět kriticky analyzovat situace a vyhýbat se možnému zkreslení. Dále by měl dbát na

to, aby čerpal pravdivé a hodnověrné informace. Důležité také je, aby byl schopný abstraktně přemýšlet, byl teoreticky i sociálně vnímavý a ovládal komunikační dovednosti.

6.2 Obsahová analýza vybraných Pro-ana a Pro-mia blogů

Obsahovou analýzu lze vnímat jako soubor dílčích metod a postupů, které vedou k analýze kteréhokoliv textového dokumentu za účelem vyjasnění si jeho významu, poznání jeho zvláštností a specifík. A to jak po stránce syntaktické, tak stylistické. Dále pak k určení jeho členění. (Miovský, 2006)

Pro tuto analýzu byly vybrány dva Pro-ana blogy a jeden Pro-mia. V dnešní době existuje poměrně vysoký počet těchto blogů, avšak ne všechny jsou stále činné. Vysvětlením může být například to, že se jejich autorky rozhodnou pro léčbu svého onemocnění. Proto svůj blog a komunitu opouští. V jiných případech to bývá z důvodu, nízké návštěvnosti blogu. Tyto autorky pak zakládají nový blog s očekáváním vyšší návštěvnosti na jiné webové adrese. Zajisté svou roli hrají také sociální sítě, které se v dnešní době těší velké oblibě a které jistě nabízí nový rozměr pro Pro-ana a Pro-mia komunity.

Dále je třeba uvést, že ve většině případů se na české blogové scéně objevují Pro-ana blogy. Poté se lze setkat s blogy, které se věnují jak Pro-ana, tak i Pro-mia čtenářkám. Vysvětlení tohoto jevu můžeme hledat v úvodních kapitolách této práce, kde se uvádí, že jednotlivé epizody mentální anorexie se v mnohých případech střídají s epizodami mentální bulimie. Proto je „výhodné“ se zabývat jak „Anou, tak Miou“. Blogy zaměřené pouze na Pro-mia komunitu prakticky neexistují. Na české blogové scéně se nám podařilo najít pouze jediný, který je od poloviny roku 2015 nečinný.

Teď již k samotné obsahové analýze blogů, které budou vzájemně komparovány. Budou hledány společné znaky, jimiž se vyznačují. Konkrétně byl vybrán blog s názvem *Effy's diary*, který by měl být čistě s tematikou Pro-ana. Další blog nese název *Skinny 4ever terez*. Ten je blogem smíšeným. Lze na něm tedy nalézt jak tematiku Pro-ana, tak také Pro-mia. Za Pro-mia blogy byl logicky zvolen ten jediný existující u nás, který je pojmenován *Pro-mia*. K níže uvedeným společným znakům byly pro přehlednost formulovány zastřešující názvy.

Forma „deníčku“

Jak bylo zmíněno výše, blogy mohou mít podobu virtuálního deníku. Jsou tedy místem, kde se autoři dělí o své zážitky a příhody nebo o to, co například aktuálně prožívají nebo nad čím přemýšlí. (Herring, Scheidt, Bonus a Wright, 2004)

Analyzované blogy splňují formu jakéhosi deníčku. Některé příspěvky jsou věnovány tomu, jaký měly autorky den a jak se cítí. Snad téměř vždy se ale v těchto článcích objevuje nějaká příhoda či spojitost s jídlem a cvičením.

Jídelníčky – reference o kalorickém příjmu a typu potravin

Dalším společným znakem analyzovaných blogů byly jídelníčky autorek. Zde se čtenáři dozví, co autorka v daný den jedla či nejedla. Blogy s Pro-ana tématikou mají pro své jídelníčky samostatnou rubriku. Zde bývá také vypočítaný celkový kalorický příjem dne. Jídelníčky se objevují i u Pro-mia blogu, avšak zde pro ně není vytvořena samostatná kategorie příspěvků. Autorka je uvádí společně s přispívaným textem.

Motivační citáty

U Pro-ana blogů lze nalézt motivační citáty. U autorky Effy jde konkrétně o „*Náročné neznamená nemožné*“ a „*Pokud selhal plán, změň ho. Nikdy ale neměň cíl.*“ Na blogu Skinny 4ever terez jde o výrok: „*Vteřinu na rtech, roky na stehnech.*“

Záznamy o fyzické aktivitě a cvičební plány

Kromě výše zmíněných jídelníčků autorky uvedených blogů zaznamenávají svou fyzickou aktivitu. Na Pro-mia blogu je dokonce zaznamenáván i kalorický úbytek na základě pohybové aktivity. Na Pro-ana blogích jsou pak samostatné rubriky na téma cvičení. Zde jsou popsány tipy například na tzv. výzvy, což jsou cvičební plány na 30 dní nebo zkrátka návody to, jakým způsobem cvičit.

Diety...

Co se týče diet a návodů na ně, lze je najít u Pro-ana blogů. Na blogu Skinny 4ever terez je tomuto tématu dokonce věnována samostatná kategorie, ve které můžeme nalézt například diety podle celebrit. Kromě tipů například na *Grepovou* nebo *Ruskou dietu* je zde také *Makrobiotická dieta*. U Effy se jedná o dietu, kterou si autorka sama vymyslela a kterou se rozhodla sama na sobě vyzkoušet. Inspirovala se reality show - *Kdo přežije*.

Dobrovolnost nadevše

Nutno říci, že jak Skinny 4ever terez, tak Effy upozorňují své čtenáře, že nikoho k ničemu nenabádají a nenutí. „*Tato stránka funguje jen jako můj deníček na cestě k dokonalé postavě. Nikoho k tomuto stylu nenutím! Pokud se někdo kvůli mým stránkám rozhodne stát pro-ana, je to jeho rozhodnutí, za které si nese plnou zodpovědnost sám.*“ (Skinny 4ever terez)

Vysněná váha a inspirace fotografiemi

Pro-ana blogy spojuje to, že na nich autorky uvádí svou výšku, věk a váhu. Tu mají vyznačenou na stupnici, která je od jejich počáteční váhy až po váhu vysněnou, které by chtěly dosáhnout. Postupně si na této stupnici vyškrtávají dosažené hodnoty.

U Pro-ana blogů se také objevují obrázky vyhublých dívek tzv. Thinspiration nebo Thinspo, jejichž posláním je, jak název napovídá, inspirace čtenářek či motivace k snížení hmotnosti. Na fotkách bývají obvykle zobrazeny štíhlé ženy a zejména jsou zachycovány břišní partie a partie nohou. U Effy lze ale nalézt článek „*Obrázky k zamyšlení*“, kde jsou naopak zobrazení lidé s obezitou. I toto je jistým druhem Thinspiration. Jinak lze na tomto blogu vidět spíše obrázky s různými motivačními frázemi. Na Pro-mia blogu se takové obrázky objevují pouze zřídka. Obecně je téma štíhlých nohou v oblasti stehen poměrně častým tématem, které tyto bloggerky řeší. A to jak v příspěvcích, tak v prostoru pro komentáře.

Komentáře jako prostor pro sdílení zkušeností

Tento prostor je poskytnut nejen na analyzovaných blozích, ale také zpravidla na mnohých jiných tohoto rázu. Zde se čtenářky vyjadřují k jednotlivým příspěvkům. Reagují tedy na autorčiny obavy, zážitky či jídelníčky. Je to místo, kde se členky komunity setkávají a komunikují navzájem. Sdělují si tu své úspěchy, zkušenosti nebo slova útěchy.

Novák (2010) uvádí, že internetové prostředí poskytuje ideální podmínky pro dívky, jež nemají ve svém okolí nikoho, kdo by smýšlel podobným způsobem, postrádají tedy pochopení pro své jednání. Členství v této komunitě autor přirovnává k „elitnímu klubu“. Uživatelkám se zde dostává nejen řada tipů na to, jakými způsoby se lze přiblížit jejich vysněné váze, ale také se jim dostane potvrzení, že jejich rozhodnutí ohledně snížení hmotnosti prostřednictvím Pro-ana či Pro-mia technik, je správné. Komunita jim dává pocit sounáležitosti a sílu dále vytrvat ve svém destruktivním počínání.

Odkazy na přátelené blogy

U blogů lze také zaznamenat odkazy na spřátelené blogy. V drtivé většině případů jde o jiné Pro-ana či Pro-mia blogy. Autorka Effy také zveřejňuje odkazy na externí weby s kalorickými tabulkami, výpočtem BMI nebo kde si lze převést jednotky kJ a kcal.

Obousměrná komunikace

U zkoumaných Pro-ana blogů je čtenářům umožněno poslat soukromou zprávu samotné autorce blogu. U Effy je dokonce zobrazeno, zda je aktuálně online. Má zde uvedený kontakt na svůj Facebook i e-mail, kam jí mohou čtenáři psát, pokud mají nějaký dotaz.

Tipy a triky jak maskovat podezření na PPP

Kromě deníčkových příspěvků se lze na zmíněných Pro-ana blozích dozvědět různé tipy a triky, které uživatelky používají k tomu, aby nevzniklo podezření na PPP. U Effy je to prostřednictvím videa „*Jak se vyhnout jídlu*“, které je vystříhnuto z anglického seriálu *Skins* a kde je vyobrazeno, jak se vyhnout jídlu na veřejnosti například při společných obědech nebo oslavách. Skinny 4ever terez čtenářům nabízí „*Tipy, jak skrýt Anu*“. Zde jsou rady jako například: „*Když ti budou chválit postavu nebo říkat, že si nějak zhubla, řekni, že je to pravidelnou a rozmanitou stravou, že jen zpevňuješ*“ nebo „*Jestli-že chodíš na pro-ana blogy, maž historii.*“

Pokud se zaměříme na Pro-mia tematiku, mnohem více informací se dozvíme na blogu Skinny 4ever terez. Autorka Pro-mia blogu zde téma bulimii zmiňuje jen okrajově. Přiznává, že zvrací a že se u ní objevují také fáze mentální anorexie. Na svém blogu popisuje spíše to, jak se cítí nebo co prožívá. Oproti tomu na blogu Skinny 4ever terez autorka v článku například svým návštěvníkům popisuje, jakým způsobem se zvrací, jaké triky sama používá.

6.2.1 Diskuze výsledků - sekce analýza blogů

Blog obecně je jakýmsi internetovým deníčkem. Autor na svém blogu vyjadřuje své postoje, názory, zkušenosti, příhody nebo zde může psát úvahy o tom, co se aktuálně v jeho životě děje. (Mediaguru, nedat.) Tuto charakteristiku splňují i zmíněné analyzované blogy. Autorky využívají prostředí blogu jako deník v internetové podobě, kam zaznamenávají vše, co se děje v jejich životě.

Pro-ana blogy se zaměřují na intimní detaily každodenního života bloggera včetně jeho tělesných změn. Prostředí pro komentáře pak slouží k tomu, aby se zde čtenáři dělili s ostatními o své úspěchy i neúspěchy. Pokud se tedy objeví jisté překážky vyplývající z tohoto počínání,

zasahují ostatní členové komunity, kteří se snaží ve všech ohledech tohoto jedince podpořit. (Smith, Wickes, Underwood, 2015)

Z výzkumů Luskové, Blinky a Šmahela (2008) vyplývá, že pro autory blogů je důležitá návštěvnost jejich stránek. Dává jim pocit akceptace a jistou sociální prestiž, která je zvláště v adolescentním období důležitá pro sebepojetí jedince. Pokud je tedy blog dostatečně navštěvován, autor má dojem, že je v něčem úspěšný, což působí pozitivně na jeho sebehodnocení. Proto svůj blog vede tak, aby byl atraktivní pro čtenáře. Dále se ho snaží propagovat na stránkách jiných blogů.

Tato propagace byla vyzorována i na analyzovaných blozích, kde autoři uvádí odkazy na spřátelené blogy s totožnou či podobnou tematikou. Vytvořením takového přátelství s blogem, který má vysokou návštěvnost, zvýší pravděpodobnost navýšení čtenářů spřátelených blogů.

Komentáře sloužící jako prostředek zpětné vazby a vzájemné interakce mezi bloggery pod jednotlivými články jsou běžnou záležitostí téměř každého blogu. I u analyzovaných blogů tomu nebylo jinak.

Tento prostor je vnímán jako projev toho, že se někdo zajímá o autora a o to, o čem píše. Autor zde získá zpětnou vazbu. Většina bloggerů je adolescentního věku a blog jim nabízí možnost si vyzkoušet prezentovat své názory, postoje a hodnoty. (Lusková, Blinka, Šmahel, 2008)

Prostředí zmíněných blogů nabízí prostor, kde mohou být uživatelé sami sebou, aniž by se museli obávat toho, že budou odsouzeni. Mnozí mohou pocítovat, že komunita kolem těchto blogů je dočista jediným místem, kde mohou být naprosto upřímní ohledně svého onemocnění PPP. (Smith, Wickes, Underwood, 2015)

V prostředí komentářů na analyzovaných blozích si bloggerky také vyjadřují slova podpory, kdy se společně mohou snažit překonat překážky, kterým musí v každodenním životě čelit. Předávají si zde také zkušenosti, které mají.

Uživatelky těchto blogů trpí sociální izolací, z které je Pro-ana či Pro-mia komunita vymaňuje. Ta jim dává dojem, že jsou součástí sociální skupiny, kde není touha a snaha o štíhlou postavu nijak odsuzována. Mezi členkami této komunity panuje vzájemné pochopení. Tyto vztahy sice mohou být vnímány pozitivně, avšak také jistou měrou napomáhají v prohlubování PPP. (Lusková, Blinka, Šmahel, 2008)

V prostředí analyzovaných blogů se mohou čtenáři seznámit s různými druhy diet. Může se jednat jak o diety propagované i jinými médii, tak o takové, které si autorky samy vymyslely.

I pod těmito návody, jak snížit tělesnou váhu, je prostor pro komentáře. Zde čtenáři hodnotí jednotlivé typy diet, zda jim vyhovují a jak se jim daří je dodržovat.

I zde hrají důležitou roli vztahy mezi členkami komunity. Ve chvíli, kdy se jedinci nedaří dodržovat danou dietu, může pociťovat zklamání. Vnímá také, že porušil určitou normu, která je komunitou stanovena, čímž se dopustil zrady. (Lusková, Blinka, Šmahel, 2008)

Na zmíněných blozích měly své místo i motivující fotografie a obrázky označované jako Thinspiration nebo Thinspo, kterými si uživatelky inspirují ke snížení své váhy nebo si jejich prostřednictvím zkrátka připomínají, proč podstupují různé diety či hladovění. To koresponduje s tvrzením Letochové (2012), která uvádí, že jsou na těchto fotografiích zobrazovány dívky, které jsou vnímány, jako dokonalé, ačkoliv vykazují zjevné známky podvýživy.

Co je standardně považováno za součást těchto blogů, je dopis od Any. Ten je vnímán jako jeden z motivujících nástrojů ke snižování váhy. Jeho úkolem je zdánlivé postavení čtenářky před realitu a následný „diktát“ toho, co se od ní nyní očekává. (Letochová, 2012)

Avšak na analyzovaných blozích se tento dopis překvapivě neobjevuje. Což možná naznačuje fakt, že se celkový přístup a náplň blogů mění. Autoři se nesnaží čtenářkám nijak kázat, jak by měly žít. Jejich úloha je spíše po stránce inspirace, návodů a motivace.

S tím možná souvisí i výroky autorek, kterými se ohrazují vůči jakékoliv odpovědnosti za rozvoj PPP u svých čtenářů. Vše je podle nich na dobrovolné bázi. Mohou to používat jako argument, proti lidem nesouhlasícím s jejich počínáním. Dalším důvodem může být obava zrušení blogu ze strany poskytovatele.

Poskytovatel má právo odstranit blog, pokud nejsou dodržována určitá pravidla, která má každý stanovená individuálně. Všechny tři analyzované blogy byly zaregistrované pod doménou blog.cz, patřící společnosti CET 21. V pravidlech tohoto poskytovatele je, že blogger nesmí na svůj blog přidávat takové příspěvky, které by mohly narušit duševní nebo mravní vývoj dětí a mladistvých. (Blog.cz, 2014) Podle Letochové (2012) sice zmíněné blogy nijak nepřekračují zákon ani morální a etická pravidla společnosti, nicméně jsou ohrožující právě z hlediska zdravého vývoje dětí a dospívajících, pro které jsou tyto blogy cílené.

Běžnou součástí jsou u těchto blogů takzvané rubriky či články s tipy a triky, jak snížit hmotnost. Prostředkem mohou být diety či různá omezení kalorického příjmu nebo návody na cvičení. Lze zde najít také různé rady nabádající k nezdravě nízkému potravinovému příjmu a rady, jak své tělo v tomto ohledu ošálit. (Rouleau, Ranson, 2011)

I tato sekce se na analyzovaných blozích objevovala. Kromě rad a tipů, jak by měl jedinec postupovat ve svém počínání, se zde také objevovaly rady vztahující se k tomu, jak své onemocnění skrývat před druhými. Díky tomu pak například může dojít k tomu, že okolí nezaznamená změnu u jedince zavčas.

6.3 Zjišťování postojů pomáhajících pracovníků k mentální anorexii, mentální bulimii a Pro-ana a Pro-mia blogům

Ve druhé výzkumné fázi bylo počítáno s analýzou postojů pomáhajících pracovníků k mentální anorexii, mentální bulimii a Pro-ana a Pro-mia blogům. Proto byl postup následující.

Metodou sběru dat bylo v této fázi výzkumu zvoleno **semistrukturované interview**. Byly tedy specifikovány okruhy otázek, na které měli respondenti odpovídat. Tato metoda umožňuje měnit pořadí dotazů dle potřeby, za účelem získání maximálního množství informací. Je také možné se v průběhu rozhovoru ujišťovat, zda byl daný výrok správně pochopen a klást doplňující dotazy ve vztahu ke stanoveným výzkumným cílům. Důležitou roli hraje celková atmosféra prostředí, kde šetření probíhá (Miovský, 2006)

Nevýhodou semistrukturovaného interview je nebezpečí, že výzkumník bude svými doplňujícími dotazy přílišně zasahovat do výpovědi respondenta. Tyto otázky také nemusí být v souladu s výzkumnými otázkami a cíli. (Miovský, 2006)

Vytěžená data jsou pak v této práci analyzována prostřednictvím **zakotvené teorie**. Tento přístup je charakteristický tím, že výzkumník nepředpojatě nahlíží do dat, snaží se hledat vztahy mezi jednotlivými proměnnými, na jejichž základě tvoří novou teorii. Podle Švaříčka a Šed'ové (2007): „*zakotvená teorie ukazuje, jak změny podmínek ovlivňující jednání nebo interakci vedou ke změněným reakcím aktérů.*“

K zakotvené teorii se váže **kódování**, jakožto analytická technika. Kódováním jsou označovány operace, díky kterým dochází k rozboru dat, která jsou dále konceptualizována a sestavena novým způsobem. Tato technika je založena na hloubkovém rozboru textu, na jehož základě mohou být rozkryté souvislosti či významy, které nemusí být na první pohled zřejmé. (Švaříček, Šed'ová, 2007)

Prostřednictvím kódování se data nejprve rozřazují do jednotlivých indikátorů, které se následně přiřazují k příslušným konceptům. Koncepty se dále kategorizují, na základě

podobností či jiných vnitřních souvislostí. Na bázi těchto kategorií poté vzniká daná teorie. (Švaříček, Šed'ová, 2007)

Na základě otevřeného a axiálního kódování byl vytvořen paradigmatický model, jehož prostřednictvím je výzkumníkovi umožněno přemýšlet nejen systematicky, ale také zvažovat vzájemné vazby mezi jednotlivými položkami. (Strauss, Corbinová, 1999)

Paradigmatický model má podle Strausse a Corbinové (1999) tyto složky: Příčinné podmínky – Jev – Kontext – Intervenující podmínky – Strategie jednání a interakce – Následky.

Dále jsou v tomto výzkumu data zpracována technikou „**vyložení karet**“. Tato technika je charakteristická uspořádáním vytvořených kategorií a následným sestavením textu, ve kterém je popsán obsah jednotlivých kategorií a vzájemné souvislosti mezi nimi. (Švaříček, Šed'ová, 2007)

Jak již bylo předznamenáno, **výzkumný vzorek** byl složen ze čtyř vychovatelů působících v domovech mládeže v Pardubickém a Královéhradeckém kraji. Dále byli zapojeni čtyři respondenti z řad praktických dětských lékařů působících v Pardubickém kraji. Kritériem výběru respondentů bylo tedy vykonávání těchto povolání, minimálně tříletá praxe v přímé práci s klienty a určité povědomí o Pro-ana a Pro-mia blozích.

Tabulka 1: Respondenti zapojeni do výzkumného šetření

Označení respondenta	Povolání	Délka praxe
L1	Praktický dětský lékař	4 roky
L2	Praktická dětská lékařka	12 let
L3	Praktická dětská lékařka	23 let
L4	Praktická dětská lékařka	25 let
V1	Vychovatelka na DM	3 roky
V2	Vychovatelka na DM	11 let
V3	Vychovatelka na DM	7 let
V4	Vychovatelka na DM	5 let

Během výzkumného šetření a zpracování dat byly dodrženy **etické aspekty** včetně dodržení anonymity respondentů. Před samotným rozhovorem byli respondenti seznámeni s tím, čeho se budou týkat otázky, jakou roli hrají v tomto výzkumném šetření a k čemu budou vytěžena data

využita. Také jim bylo nabídnuto obeznámení s výsledky výzkumu. Předem také souhlasili s pořízením nahrávky rozhovoru pro účel zpracování dat.

Samotné **výzkumné šetření proběhlo** během doby dvou týdnů, kdy byly domluveny jednotlivé schůzky s respondenty. Přibližně tři týdny před tím byla provedena pilotáž se dvěma respondenty, která zajistila dobré porozumění otázkám, jejich korekci a byly přiřazeny některé otázky doplňující. Tímto považujeme pro potřeby našeho výzkumu prvotní fázi realizace výzkumu za ošetřenou. Některé rozhovory se udály v příjemné atmosféře kavárny nebo v prostředí parku. Vše záleželo na přání respondenta. Rozhovory byly nahrány na diktafon, aby mohly být následně transformovány do písemné podoby. Prostředí bylo ve všech případech zvoleno vhodně, jelikož žádným způsobem nedocházelo k narušování průběhu rozhovorů.

Respondenti odpovídali naprosto otevřeně. Nestyděli se na rovinu přiznat svou případnou neznalost a podělili se se svými zkušenostmi. U některých otázek se sami pozastavili, jelikož se nad konkrétním tématem například dosud nezamýšleli. Nicméně na základě svého názoru na tematiku byli schopni zodpovědět všechny otázky.

Dovolíme si konstatovat, že rozhovory měly do jisté míry i intervenční či motivační charakter. Minimálně ve vztahu k možnosti sdílet své postoje, protože jak již bylo zmíněno, PPP a problematika mentální anorexie jsou velmi seriózním tématem, které často zasahuje i samotného pomáhajícího pracovníka, jež je pro-klientsky angažovaný. Respondenti hovořili také o tom, že si budou zjišťovat podrobnější informace k tématu Pro-ana a Pro-mia blogů. To považujeme za přidanou hodnotu provedeného výzkumného šetření.

Data získaná od respondentů byla analyzována otevřeným a axiálním kódováním a následně uspořádána do paradigmatického modelu, na jehož základě jsou zjištěny vzájemné vztahy, které jsou potřebné k vyložení karet.

6.3.1 Interpretace získaných dat

Jak již bylo uvedeno výše v rámci výzkumného šetření, byla provedena obsahová analýza vybraných Pro-ana a Pro-mia blogů. Dále byla zpracována data získaná od respondentů, která byla analyzována otevřeným a axiálním kódováním a následně uspořádána do paradigmatického modelu, na jehož základě jsou zjištěny vzájemné vztahy, které jsou potřebné k vyložení karet.

6.3.1.1 Popis paradigmatického modelu

Nutno podotknout, že model je sestaven na základě pohledu pomáhajících pracovníků na tuto tematiku, nejde tedy o obecnou charakteristiku PPP a Pro-ana a Pro-mia blogů, ale o to, jak na tuto problematiku nahlíží dotazovaní pomáhající pracovníci.

Paradigmatický model byl sestaven tímto způsobem:

Tabulka 2: Použití paradigmatického modelu

Příčinné podmínky	Jev	Kontext	Intervenující podmínky	Strategie jednání a interakce	Následky
Potřeby uživatelů	Členství v Pro-ana a Pro-mia blozích	Reálné vztahy uživatelů	Vztahy v komunitě	Nahrazení absence reálných vztahů	Pro-ana či Pro-mia komunita se stává virtuálním domovem

Jevem bylo stanoveno samotné členství v Pro-ana a Pro-mia blozích. O tomto fenoménu bylo pojednáno v dřívějších kapitolách, kde bylo zmíněno, že jedinci, kteří následují Pro-ana styl, aktivně vyhledávají Pro-ana komunity, do kterých se chtějí začlenit. (Boero, Pascoe, 2012) Členství v jakékoliv sociální skupině přináší jedinci pocit, že někam přináleží, což působí na jeho sebeúctu. Nevidí pak jasně důvody, proč by měl měnit svůj přístup a jedná tak, jak ho to jeho sociální skupina naučila. (Lašek, 2011)

To, co pomáhající pracovníci vnímají jako **příčinné podmínky**, jsou potřeby uživatelů, do čehož řadí například osobnostní ladění uživatelů nebo jejich negativní sebehodnocení.

Soubor podmínek, které se váží k jevu, je označován jako **kontext**. V případě tohoto výzkumného šetření byly pomáhajícími pracovníky, jakožto kontext, stanoveny reálné vztahy uživatelů. Jak již bylo zmíněno v úvodních kapitolách, uživatelky jsou v reálném životě sociálně izolované. (Lusková, Blinka, Šmahel, 2008)

Jako **intervenující podmínky**, tedy ty, které vedou jedince k určitému jednání, byly pomáhajícími pracovníky označeny vztahy v komunitě. Ti vnímají, že přátelské vztahy mezi uživateli mohou jedince motivovat, stejně jako pocit, že všichni „bojují“ za stejnou věc.

Další položkou paradigmatického modelu jsou **strategie jednání a interakce**. Pomáhající pracovníci sem dosadili nahrazení absence reálných vztahů, která plyne z kontextu. Děje se to například prostřednictvím společného sdílení tajemství nebo určitou měrou rivality, která podle pomáhajících pracovníků mezi uživateli je.

Jako **následek**, který použité strategie přináší, pomáhající pracovníci vnímají to, že Pro-ana či Pro-mia komunita se stává (metaforicky) virtuálním domovem uživatelek. Kdy je v uživatelkách podle dotazovaných respondentů vzbuzován například pocit výjimečnosti a akceptace, kterým se jim v jejich reálném domově jistě nedostává.

6.3.1.2 Vyložení karet

Pro metodu vyložení karet na stůl je charakteristické, že u publikování dat dávají názvy vytvořených kategorií názvy jednotlivým kapitolám, v jejichž obsahu jsou interpretovány a popisovány kódy do nich spadající. (Švaříček, Šed'ová, 2007)

Jak již bylo zmíněno, prostřednictvím kódování vznikly kategorie, jejichž seskupováním bylo umožněno konkretizovat paradigmatický model.

Nejprve se zaměříme na kategorie spadající pod příčinné podmínky, kterými jsou pomáhajícími pracovníky označeny potřeby uživatelek. Tyto potřeby jsou rozděleny do pěti kategorií. První z nich nese název **Negativní sebehodnocení, aneb stále nejsem dost dobrá**. V této kategorii se setkaly názory pediatriů i vychovatelů, kteří se shodli na tom, že dívky navštěvující Pro-ana a Pro-mia blogy jsou se sebou nespokojené a nemají se rády. L1 vypověděla: „*Mají pocit, že jsou tlustší, než to v reálu je. Nemají se rády.*“ L3: „*Nejsou se sebou spokojené, mají na sebe přehnané nároky.*“ Příkladem odpovědí respondentů z řad vychovatelů může být odpověď V2: „*Nelíbí se sami sobě, mají malé sebevědomí.*“

Naše zjištění plně korespondují s tím, co tvrdí Nývltová (2008). Autorka uvádí rizikové postoje, které jsou markantní již před samotným vznikem PPP - snížené sebevědomí na základě fyzického vzhledu, přílišná kritika, zkreslené představy vůči vlastnímu tělu a celková nespokojenost či skrytá nenávist vůči sobě samému. Tyto rysy se spolu s onemocněním postupně prohlubují. Negativní představy jedince o sobě samém se už pak netýkají pouze toho, jak se on sám vidí, ale také jeho osobnosti a schopností. (Nývltová, 2008)

Jedince trpícího PPP i další odborníci popisují jako osobu s vnitřní nejistotou, nízkým sebevědomím a negativním sebehodnocením. (Švédová, Mičová, 2010) Prostředí Pro-ana či Pro-mia blogu nabízí uživatelkám potřebnou sociální podporu a zpětnou vazbu. Tímto

způsobem je působeno na jedincovo sebepojetí a sebehodnocení. (Lusková, Blinka, Šmahel, 2008)

Pediatři i vychovatelé se názorově schází v kategorii **Ladění osobnosti**, která se dotýká povahových rysů anorektiček, tedy potencionálních uživatelék Pro-ana blogů. Dotazovaní pomáhající pracovníci je charakterizovali jako tiché dívky se sklony k perfekcionismu, které jistým způsobem možná chtějí žít zdravě. Dále jsou to uzavřené a cílevědomé dívky, které mohou například cítit potřebu na sebe upozornit. V odpovědích se také objevuje, že PPP je onemocněním, které se předává z generace na generaci. L2 je popisuje takto: „*Ambiciózní, perfekcionistická, někdy tichá, uzavřená. Zažila jsem i chlapce. Existují snad všechny póly, většinou se jedná o velmi chytré dívky. Hodně se setkávám i s rodinnou vazbou, kdy matka měla PPP a následně i dcera.*“ Tento transgenerační přenos a důraz na zdravý životní styl zaznamenává i L3: „*V rodinné anamnéze může být ze strany matky potýkání se s PPP. Své stravovací návyky před okolím většinou zdůvodňují makrobiotikou nebo vegetariánstvím. Chtějí žít zdravě.*“ Podle názoru V1: „*Ve škole mohou dobře prospívat. Jsou jen se sebou nespokojené. Můžou na sebe chtít třeba upoutat pozornost, takže se mohou cítit přehlíženě. Určitě je puntičkářská a cílevědomá.*“ Respondent V3 je vnímá takto: „*Slečna s pocitem méněcennosti nebo zkrátka s potřebou zaujmout a stát se tak středem pozornosti.*“

Odpovědi respondentů se shodují s odbornou literaturou, ve které se hovoří o tom, že PPP se mnohdy snoubí s určitými osobnostními prvky jedince, mezi něž se řadí perfekcionismus, úzkostnost nebo cílevědomost ve směru dosažení úspěchu. (Švédová, Mičová, 2010) Tyto prvky byly tedy pomáhajícími pracovníky identifikovány.

Švédová s Mičovou (2010) hovoří i o tom, že výskyt PPP u blízkých osob je rizikovým faktorem. Prozatím není přímo dokázáno, proč tomu tak je, avšak pravděpodobnou odpověď bychom mohli hledat v genetice a výchově, kdy si jedinec může osvojit nevhodné jídelní postoje.

Další kategorie je zaměřena na případné uživatelky Pro-mia blogů, tedy zpravidla dívky s mentální bulimií. Nese název **Impulzivní dívky s mentální bulimií**. Tuto kategorii tvoří názory z řad vychovatelů. Ti mají za to, že právě impulzivita a nedostatečná sebekázeň je to, v čem se mohou lišit uživatelky bulimičky od anorektiček. V3 vypověděl: „*...představuji si ji jako slečnu, která ráda jí, asi se nedokáže tolik ovládat na rozdíl od anorektičky.*“ Podle V2: „*Nemusí být tolik vyhublé, nemají takovou sebekázeň.*“

Podle odborné literatury se mentální bulimie opravdu liší od mentální anorexie v otázce emoční lability a impulzivity, která má rostoucí tendenci. To spolu s dalšími faktory jako jsou

například konflikty s bližními nebo krádeže, může komplikovat možnou změnu. Impulzivní jednání pak může vysvětlovat vyšší ohrožení z hlediska zneužívání alkoholu a návykových látek a vyšší sebevražednost u jedinců s mentální bulimií. (Krch, Švédová, 2013)

V tomto ohledu na mentální bulimii nahlíží respondenti z řad dětských lékařů jinak. Jejich názory jsou zastřešeny kategorií - **Mentální bulimie překrývá mentální anorexii**. Proto nevnímají zvláštní rozdíly v osobnostní rovině mezi pacientkami s mentální bulimií a mentální anorexií. L2: „*Poruchy příjmu potravy se většinou překrývají, mají epizody bulimie a následně anorexie, takže to vidím podobně.*“ L4: „*...vzhledem k prolínání jednotlivých fází, kdy chvíli jde o etapu mentální anorexie, kterou následně střídá mentální bulimie, bude charakteristika obdobná.*“

O tom, že se u jedince mohou objevit obě poruchy - jak mentální anorexie, tak mentální bulimie, bylo psáno v úvodních kapitolách textu. Dochází ke střídání jednotlivých etap mentální anorexie s etapami mentální bulimie. (Nývtová, 2008) Tento jev může vysvětlovat i například to, proč existuje poměrně značné množství blogů, věnovaných jak Pro-ana, tak Pro-mia tématice. Jednotlivé přístupy k hubnutí jsou odlišné, avšak to, že se u jedince mohou střídavě objevovat, je spojuje.

Mezi tyto kategorie je zařazena i kategorie **Lékaři netuší**. Z výzkumného šetření totiž vyplynulo, že respondenti z řad pediatrů neměli tušení o existenci zmíněných blogů. S touto problematikou se seznámili až na základě tohoto výzkumného šetření. Lze tedy předpokládat, že jejich nevědomost může přispívat k šíření fenoménu Pro-ana a mia blogů, jelikož doposud s tímto jevem u svých pacientů z důvodu nevědomosti nepracovali. L3 vypověděl: „*Do té doby, než jsem se seznámila s Vaším tématem diplomové práce, jsem vůbec nevěděla, o co jde.*“ Respondent L4 vypověděl: „*Abych pravdu řekla, tak jsem o tom neměla ponětí, že takové blogy existují. Zjistila jsem to až od Vás. Cítila jsem se trochu méněcenně, že jsem o existenci těchto blogů netušila, tak jsem se zeptala dalších dvou kolegů praktiků a ti také absolutně neměli tušení.*“ Shodně odpovídá i L2: „*...vůbec jsem dosud netušila, že takové blogy existují, až po Vašem e-mailu, jsem si nahledala příslušné internetové stránky.*“

Do roviny jevu je v paradigmatickém modelu vsazen fenomén členství v Pro-ana a Pro-mia blozích. Postoj pomáhajících pracovníků lze rozřadit do dvou kategorií. První je kategorie **Obavy a zájem**. Do ní spadají odpovědi pediatrů, ve kterých vyjadřují obavy z dopadu těchto blogů na jedince. Zároveň se zde ale také projevil zájem ve smyslu nahlédnutí do psychiky těchto uživatelů a obecně lidí trpících PPP. L1 svůj názor projevil takto: „*Holky se tam v tom podporují, což když se člověk ničí, tak by se v tom podporovat neměl. Není to podpora léčit, ale*

prohlubovat. Na druhou stranu je to zajímavé počtení, s čím se může člověk setkat a jakoby když se člověk setká s tímhle člověkem, tak jak s ním komunikovat.“ L4: „Vidím v tom nebezpečí. Holky si tam vytvoří svůj vlastní mikrosvět, kde jim je spolu dobře bez ohledu na své zdraví, okolí. L3: „Dost mě to šokovalo.“

O tom, že pro-anorektické weby mohou být odborníkům užitečné, jelikož nabízí ojedinělou příležitost nahlédnout do vnitřního světa osob s PPP, hovoří například Novák (2008). Zároveň ale také tvrdí, že odborná sféra vnímá navštěvování pro-anorektických webů jako rizikový faktor, který vede u jedince k rozvoji PPP. Tímto způsobem nahlíží na tyto blogy dotazovaní vychovatelé.

Jejich názory tvoří samostatnou kategorii s názvem **Odmítání**. Do této kategorie spadají takové názory, že Pro-ana a Pro-mia blogy jsou nebezpečné, jelikož mohou jedince odrazovat od toho, aby se rozhodl svou PPP léčit. Zároveň také jsou tito pomáhající pracovníci toho názoru, že v období dospívání se člověk snaží najít sebe sama a zároveň postrádá zkušenosti a náhled. Snadněji tedy může propadnout lákadlům těchto blogů. V1: *„Je to nebezpečné. Vypadá to líbivě a někomu, kdo tam třeba náhodně zabrousí, se může příslib štíhlé postavy za krátký čas a skvělého kamarádského prostředí zalíbit.“* V4: *„Podle mě je to nebezpečné. Nechápu, jak je vůbec možné, že něco takového může normálně existovat. Že to není nějak monitorováno a odstraňováno. Vždyť tohle není normální.“* V2: *„Je mi z toho na nic.“*

Kontextem jsou z pohledu pomáhajících pracovníků reálné vztahy uživatelů. První kategorií spadající pod tuto položku paradigmatického modelu je kategorie - **Virtuální vztah nahrazuje reálný**. V ní jsou zahrnuty názory respondentů z obou pomáhajících profesí. Jak dětští lékaři, tak vychovatelé vnímají, že zmíněné blogy poskytují svým uživatelkám právě to, co jim v reálných vztazích chybí. Virtuální vztahy jim poskytují pocit bezpečí a přijetí. L1: *„Na blogu se cítí, že jsou přijaté tak, jak jsou.“* L4: *„Na blogu se cítí prostě dobře. Všichni vědí, co dělají a nikdo je neodsuzuje, nevymlouvá jim to a tak dále.“* V1: *„Internetoví kamarádi jsou spřízněné duše, naslouchají, podporují, což je to, co potřebuji. Tam se tedy asi cítí dobře.“*

Určitý konsenzus shledáváme s autory Krchem a Švédovou (2013), kteří jsou toho názoru, že u osob s PPP se onemocnění projevuje společenským straněním a sociálním deficitem. Ten si tito jedinci zpravidla připouští. Jak již bylo uvedeno v úvodních kapitolách, pro-anorektické komunity jsou jakýmsi bezpečným místem, kde se členové nemusí přetvařovat. Toto se zde opět potvrdilo a jak tvrdí Smith, Wickes a Underwood (2015) - zde mohou být sami sebou, aniž by se museli obávat odsouzení.

Další kategorie nese název **Pocit ohrožení**. Tato kategorie zahrnuje názory respondentů obou pomáhajících profesí. Ti vnímají, že se tito jedinci cítí v reálných vztazích nepříjemně, nepochopeně. Popřípadě se takto začnou cítit ve chvíli, kdy se jejich okolí dozví o jejich onemocnění. L2: *„Jakmile to praskne, necítí se doma dobře.“* L3: *„Bývají to slečny z fungujícího a dobrého domácího prostředí. Když ale začnou s PPP, rodině se vzdálí a myslím si, že se tam necítí moc dobře.“* V3: *„Cítí se ohroženě, nepochopeně, vyhýbají se rodičům, ale i kamarádům.“*

V tomto se pohled pomáhajících pracovníků shoduje s odbornou literaturou, kdy Borzekowski a kol. (2010) tvrdí, že se online komunikace se může jedinci jevit jako bezpečný způsob pro sdílení osobních informací ze života. Kromě toho mu také umožňuje udržet si relativní míru anonymity a možnost ústupu v případě jakékoliv kritiky nebo v situacích, ve kterých mu není příjemně.

Následující kategorie se nazývá **Samotáři s PPP**. V této kategorii se opět schází jak názory pediatrů, tak vychovatelů. Tito jedinci se podle dotazovaných respondentů drží stranou od druhých a projevují se ztrátou zájmů a to jak ve smyslu činností, které je dříve bavily, tak i ve smyslu zájmu o přátele a kamarády. L1: *„No, můžou být uzavření, nikam nechtějí s kamarádkama. Vidí, že se mění, ale nechtějí to třeba ukázat lidem.“* V1: *„Izoluje se, skrývá to, vymýšlí si.“* V2: *„Odtazitě, nemá o nic zájem.“* V3: *„Jedinec je uzavřený do sebe, snaží se to skrýt před okolím.“*

Tuto izolaci by podle Švédové a Mičové (2012) mohl pedagogický pracovník v rámci svého postavení rozpoznat. A to například pokud zaznamená, že svěřenec, který se dříve aktivně zapojoval do kolektivu, o něj ztratil zájem.

Izolaci si lidé s PPP snaží racionalizovat. Vnímají to jako nezbytnost, pokud se chtějí na plno věnovat vzdělávání se nebo svému profesnímu životu. Kromě toho se také obávají a straní společenským událostem, ty jsou totiž často spojené s konzumací jídla. (Krch, Švédová, 2013)

Lze tedy říci, že pomáhající pracovníci by opravdu byli schopni rozpoznat probíhající PPP u svého svěřence či pacienta, jelikož sami ať už teoreticky nebo z vlastní zkušenosti vědí, jak se tento jedinec může v kolektivu projevoval.

Jak již bylo zmíněno v úvodních kapitolách, některé Pro-ana a Pro-mia blogy prezentují své techniky jako zdravý životní styl. Názor pomáhajících pracovníků se shodoval a zastřešuje ho kategorie s názvem **Blog o zdravém životním stylu nemá nic společného s Pro-ana a Pro-mia blogem**. Někteří respondenti se v tomto ohledu vyjádřili tak, že nelze mluvit o čemkoliv, co by měly tyto blogy společné. V3 se vyjádřil takto: *„Pro-ana a mia blog nemá absolutně nic*

společného se zdravým životním stylem.“ V4: „Myslím si, že to jsou dvě rozdílně věci.“ L2: „Vždyť jde přece o diametrálně odlišné věci.“ Rozdílnost byla také vnímána ve směru vyváženosti stravy, která je doménou právě zdravého životního stylu. L4: „Tak blog o zdravém životním stylu určitě nebude nabádat k pro-anorektickým technikám a podobně. Nebude tam určitě nic o tom, že to, co děláte, se nikomu neříká a celkově by to mohlo být zaměřeno na vše, ale ve zdravém poměru, jak jídlo, tak cvičení.“

Rovněž podle Krcha (2007) je v posledních letech zaznamenán nárůst těch, kteří se snaží svou poruchu příjmu potravy zakrýt za zdravý životní styl.

Poslední kategorií zapadající do této části paradigmatického modelu je kategorie - **Vychovatelé jsou obecně informováni**. Na rozdíl od pediatrů se ukázalo, že mají jisté povědomí o existenci Pro-ana a Pro-mia blogů. V4: *„Je to místo, kde holky sdílí s ostatními, jak prožívají svou nemoc, tedy PPP.“ V3: „Představím si webové stránky, které se věnují a podporují nemoci poruch příjmu potravy.“*

Položka paradigmatického modelu – intervenující podmínky obsahuje celkem dvě kategorie. Tou první je - **Virtuální komunita, aneb jsme na jedné lodi**. Tato kategorie zahrnuje názory vychovatelů, kteří toto společenství vnímají jako ucelenou komunitu. Ta míří za společným cílem, kterým je v tomto případě dosažení vysněné váhy. V2: *„Navzájem se chápou, podporují a hecují.“ V3: „Jdou přeci za společným cílem. Je v nich takové to - my, přijdou si snad i jedinečně, že tohle na rozdíl od druhých zvládnou.“ V4: „...všechny zastávají stejnou filozofii.“* Obě skupiny dotazovaných pomáhajících pracovníků se také vyjadřovaly k podpoře, jež si vzájemně uživatelky těchto blogů poskytují. V3: *„Čekají podporu, kamarády, to co jim chybí v běžném životě.“ L1: „Očekávají nové kamarády, podporu.“ V4: „Chtějí se třeba pochlubit, že dnes pily kafe a snědly půl jablka a čekají zpětnou vazbu od ostatních, kteří je za to pochválí a povzbudí dále.“*

Metafora výše je v konsenzu odborníků - např. Yeshua-Katz a Martins (2013) vnímají osoby s PPP, potažmo uživatele Pro-ana a Pro-mia blogů, jako jedince, kteří si na základě svého onemocnění nesou jisté stigma. Snaží se proto vyhledat podporu od lidí, s nimiž toto stigma sdílí.

Dále naše výsledky potvrzují to, co uvádí Maloney (2013) - uživatelé Pro-ana a Pro-mia blogů sdílí společné zkušenosti, společný žargon. Dochází zde k formování identity a čerpání energie k tomu, aby ve svém jednání jedinec pokračoval. Jak již bylo v tomto textu několikrát zmíněno, členové komunity se vzájemně povzbuzují, podporují, dodávají si kuráž a poskytují útěchu, že zase bude lépe.

Druhou kategorií je pak **Vidina kamarádství motivuje**. Zde se schází názory obou skupin pomáhajících pracovníků. Podle nich je vidina kamarádství jedním z motivů, proč jedinci své blogy zakládají nebo proč je navštěvují a přispívají na ně. Na Pro-ana a Pro-mia blozích se podle dotazovaných respondentů mohou seznámit a spřátelit s lidmi, kteří mají podobné zkušenosti. L1: „...kamarádi, kteří se zajímají o to, jak to jde. Cítí se v reálu osamělé a prostě místo toho, aby šly s kamarádkami ven, tak zapnou počítač.“ V3: „Mají potřebu vypovídat se, kouknout, co je u kamarádek nového, pochlubit se nebo prostě jen chtějí ostatním říci, jaký měly den.“

Členky pro-anorektické komunity jsou pyšné na to, že jsou součástí komunity. Někteří se k této komunitě přidávají na základě toho, že se jim podaří snížit svou váhu díky radám a podpoře ze strany ostatních členů. (SIRC, nedat.)

Internet je ideálním prostředím pro jedince, kteří se cítí v reálném životě osamělí a nepochopení. Pro-ana blogy své návštěvníky utvrzují v tom, že jejich rozhodnutí, následovat tuto filozofii, bylo správné. Poskytují jim také pocit sounáležitosti. (Novák, 2008)

Jak již bylo řečeno, uživatelky Pro-ana a mia blogů a jedinci s PPP se skutečně mohou cítit v běžném životě osaměle. Jejich život je zaplněn touhou po dokonalé postavě a přemýšlením o jídle. Pro reálné přátele zde není místo. Naopak jsou zde obavy z toho, že by pro toto jednání neměli pochopení. Nicméně všechny strasti a úspěchy, které tato onemocnění přináší, jsou lépe prožívány, pokud se s nimi člověk může svěřit někomu dalšímu, kdo to jistě ocení.

Pod položkou strategie jednání a interakce, nesoucí název – Nahrazení absence reálných vztahů, se skrývá kategorie **Pozitivní sebe prezentace, aneb vystavím své subjektivně-vnímané lepší já**. I v tomto směru se shodují názory pediatrů s názory vychovatelů. Respondenti obou skupin si uvědomují, že ne vše, co je na blozích interpretováno, musí být pravda. Prostředí internetu sice dokáže propojit osoby z různých částí světa, avšak do jisté míry je to stále prostředí anonymní. Nikdo tak nemůže s naprostou jistotou říci, že to, o čem se na Pro-ana a Pro-mia blozích píše, je vždy stoprocentní pravdou. Minimálně některé skutečnosti mohou být přikrášleny na základě toho, jak by ten daný uživatel chtěl, aby ho okolí vnímalo. L4: „...může přehrávat a přehánět a jen třeba říkat, že něco dělá, třeba že nejí a ve skutečnosti může fungovat normálně.“ V2: „Možná trochu přehání. Chrání ho anonymní prostředí, takže bude jednat tak, jak chce.“ V4: „...trochu přehrává. Nebo alespoň doufám. To, co jsem četla, mi přijde tak hrozné, že jen doufám, že to ty holky přikrášlují.“

Další kategorie nese název **Chování s cílem nahradit absenci reálných vztahů**. Jak již bylo dříve zmíněno, pomáhající pracovníci obecně vnímají, že tyto dívky se zpravidla cítí

v reálných vztazích osamoceny. V prostředí blogu mohou hledat podporu, které se jim v reálném (offline) životě zkrátka nedostává. V tomto ohledu naopak cítí pocit nepochopení ze strany blízkých. Zapojení se do komunity Pro-ana a Pro-mia blogu jim může přinést pocit, že zkrátka ve své situaci nebo pocitech nejsou samotné. L2: „*Cítí potřebu podpory dívek se stejnými problémy, které jinak okolí odsuzuje. Nemají přátele, se kterými se o tom mohou promluvit.*“ L3: „*Hledají podporu od lidí se stejnými problémy, přátele, kteří mají stejné zájmy a tak.*“ L4: „*Cítí se samy. Jak jsem již řekla, nepochopeně. A proto hledají skupinu lidí, která je přijme.*“ V2: „*Potřebuji se vypovídat, jedna psala, že spíše potřebuje podpořit, aby nejedla a tak dále. Někomu pomáhá vědět, že na to není sám, což se strany rodičů mohou cítit.*“ V3: „*...blog jim slouží jako náhrada sociálního života a nejbližších blízkých, kteří tuto nemoc vidí jako opravdovou nemoc a ne jako styl života.*“

V tomto ohledu jsou názory pomáhajících pracovníků v naprostém souladu s Yeshua-Katz a Martins (2013), kteří tvrdí, že jedním z důvodů, proč uživatelky Pro-ana a Pro-mia stránek zakládají své blogy, je pocit nepochopení v interakci se svým okolím. Komunikaci s blízkými osobami tyto bloggerky hodnotí jako stresující. Podle jejich názoru totiž nikdo z přátel a rodiny nedokáže pochopit to, čím si právě prochází a co cítí. (Yeshua-Katz, Martins, 2013)

Z výsledků plyne, že právě tato absence reálných vztahů je jedním z důvodů, proč jsou Pro-ana a Pro-mia blogy tak atraktivní pro své uživatelky a případně nové návštěvníky. Pokud vnímají komunikaci se svou rodinou a přáteli jako stresující, je pro ně mnohem příjemnější komunikovat a budovat si vztahy s lidmi, u kterých vědí, že najdou pochopení. Internet jim také nabízí anonymitu, takže ve chvíli, když by jim bylo něco nepříjemné, stačí vypnout počítač.

Následující kategorie je pod názvem - **PPP je tajemství**. Opět i v tomto ohledu se setkaly názory obou skupin respondentů, kteří se shodli na tom, že jedinec se snaží své jednání skrývat. To je jeden z důvodů, proč se obecně snaží stranit druhým lidem. Mohou se vyhýbat sešlostem, kde se konzumuje jídlo nebo by tam zkrátka mohlo být zaznamenáno, že něco není v pořádku. Jak pediatři, tak vychovatelé se shodli v názoru, že dokud je PPP tajemství, nemusí být vztahy s druhými, konkrétně například s rodiči, nijak poznamenány. L1: „*Vidí, že se mění, ale nechtějí to třeba ukázat lidem. Když jsou doma, rodiče je mají na očích, tak to není zas tak vidět. Tam spíš, když jezdí za prarodičema málo, tak spíše tam si toho všimnou. Můžou být teda uzavření a vyhýbat se těmto společenským sešlostem.*“ L3: „*Chová se tak, aby se na nic nepřišlo.*“ L4: „*Dokud se o ničem neví, tak se snaží to, co dělá, skrývat, aby o tom nikdo nevěděl.*“ V4: „*...vyhýbá se společnému stravování. Může skrývat svou postavu za velké oblečení.*“

Tato stanoviska pomáhajících pracovníků lze podložit tvrzením odborníků Engel a kol. (2007), kteří hovoří o tom, že chování spojené s PPP v jedinci probouzí stud. Je si totiž vědom toho, že to, jakým způsobem jedná, není standardní. Pokud by se o tom někdo dozvěděl, mohlo by ho to zklamat. Objevují se také obavy, že ho okolí bude soudit. Ve snaze zachovat si v očích druhých svou hodnotu, se může vyhýbat pomoci. Ve chvíli, kdy si plně uvědomuje nebezpečnost svého jednání a to, že ho už není schopen kontrolovat, se bojí svůj problém přiznat. Značilo by to totiž, že selhal. Své tajemství si tedy raději nechává pro sebe.

Dále to lze doplnit tím, že kromě pocitu studu při odhalení PPP se tyto jedinci obávají toho, že by jejich počínání mohlo být narušováno, jelikož by je okolí více kontrolovalo. Své jednání se tedy snaží zakrývat. (Adamowicz, 2007) V otázce vyhýbání se společenským akcím, se shodují dotazovaní respondenti s Adamowiczem (2007), který tvrdí, že jedinci s PPP si vymýšlí důvody, kvůli kterým nemají hlad, vyhýbají se společenským sešlostem, kde se objevuje jídlo nebo tráví spoustu času přípravou pokrmů pro ostatní, avšak následně je s nimi nekonzumují. Aby nebyl vidět váhový úbytek, který by mohl okolí upozornit na to, že se něco děje, nosí velké oblečení.

Jak výsledky napovídají, poruchu příjmu potravy jedinci skrývají z několika důvodů. Jedním je to, že nechtějí, aby jejich onemocnění mělo nějaký vliv na vztahy s blízkými. Dalším důvodem může být to, že si nepřejí, aby je někdo zrazoval od jejich počínání, čímž by jim také zkomplikoval cestu za jejich vysněným cílem.

Z odpovědí pediatrů vykristalizovala kategorie **Jednotlivci jako rivalové, aneb je to také soutěž**. V tomto ohledu se pohledy pediatrů a vychovatelů liší. Zatímco vychovatelé vnímali členy skupiny jako součást jednodolité komunity, pediatři na ně nahlíželi více individualizovaně. Podle jejich názorů uživatelky mezi sebou soupeří, komu se podaří shodit více váhy a podobně. A tak, jak jsou kritické k vlastní osobě, jsou kritické i k ostatním uživatelkám blogu. L1: „Přijde mi, že to berou jako takovou soutěž. Mně to přijde, že kdo shodí víc, ten je fakt dobrej.“ L2: „...tak jak jsou kritické k sobě, mohou být i k ostatním.“ LA: „...ale možná jsou i navzájem k sobě kritické. Jako když se jedna zeptá, co si myslí ostatní o její postavě, tak se jí dostane odpovědi, že by měla ještě zhubnout.“

Tento poznatek ze strany lékařů se shoduje s dalšími odborníky, kteří tvrdí, že lidé trpící mentální anorexií nebo bulimií mají tendence k soutěživosti a snaží se být ve všech směrech úspěšní. Srovnávají svůj vzhled a úspěchy s nereálnými vzory. Vnímají zejména nedostatky, které v tomto porovnání vyplynou na povrch. Mnohem více než to, co si o sobě tyto jedinci myslí, je pro ně důležitý názor ostatních. (Engel, Staats Reis, Dombeck, 2007)

Z odpovědí obou skupin respondentů byla vytvořena kategorie – **Hranice neexistuje, protože tomu věřím.** Podle dotazovaných pomáhajících pracovníků uživatelky Pro-ana a Pro-mia blogů nemají nebo se snaží nevnímat hranici mezi zdravým životním stylem a jimi zvoleným životním stylem. Nebo se zkrátka ani nesnaží přirovnávat Pro-ana styl k zdravému životnímu stylu. L1: „*Asi nedokážu říci, jestli tam tu hranici mají, zda si opravdu myslí, že to, o čem se tam píše, je zdravý životní styl nebo jestli si to jen tak nalhávají.*“ L4: „*Nevím, asi ne všechny si myslí, že je to zdravý životní styl. Prostě je to Pro-ana styl a hotovo.*“ V1: „*Bud' tuto hranici nevnímají, nebo ano a nezáleží jim na tom. Třeba neřeší zdravý životní styl, chtějí prostě vypadat dobře.*“ V4: „*Hodně holek tam píše, že to, co činí, je zdravý životní styl, tak nevím. Možná opravdu mají mezi těmi věcmi rovnítko nebo chtěly zkrátka zhubnout, našly odkaz na takovýhle blog a slepě uvěřily, že tohle je vlastně ten zdravý životní styl.*“

Jak již bylo uvedeno v úvodních kapitolách, Pro-ana blogy jsou určeny těm, kdo věří, že způsob života, který je na těchto stránkách propagován, je tím správným. Mohou vnímat, že anorexie je pro ně tou správnou volbou. Jejím prostřednictvím mohou dosáhnout štěstí a dokonalosti. (SIRC, nedat.)

Toto „splynutí“ zdravého životního stylu a Pro-ana či mia způsobu života může být způsobeno stylem propagace zdravého životního stylu. Mnohé módní časopisy dnes radí ženám ohledně zdravého stravování a pohybových aktivit. Tyto články jsou doprovázeny fotografiemi podvyživených modelek. Mnohé z těchto fotografií se objevují na Pro-ana stránkách v rubrice Thinspiration. (SIRC, nedat.)

Následující kategorie má název – **Pohrdání těmi, kdo mají obavu.** Obě skupiny respondentů sdílí názor, že uživatelky Pro-ana a pro-mia blogů, potažmo jedinci s PPP mají pocit nadřazenosti vůči lidem ve svém okolí. Starost okolí se stává obtěžujícím elementem v jejich životě. Jejich PPP je jakýmsi privilegiem, které je v jejich očích dosazuje do vyšší třídy. L1: „*...když si rodiče něčeho všimnou, začnou se úzkostně zajímat o stravování svého dítěte, což může toho jedince obtěžovat.*“ L3: „*Někdy mám pocit, že jakoby opovrhují lidmi, co jim chtějí pomoci. To, co dělají, jakoby berou jako určité privilegium, které z nich dělá něco více.*“ V2: „*Na těch blozích o rodičích nemluví moc dobře.*“

Do oblasti strategie jednání a interakce spadá i kategorie **Hledání informací.** V ní jsou sdruženy názory pomáhajících pracovníků, kteří se s tematikou Pro-ana a Pro-mia blogů na základě tohoto výzkumného šetření seznámili nebo si o ní rozšířili povědomí. Pediatři o jejich existenci neměli žádné povědomí, proto tuto skutečnost u svých pacientů nijak nezjišťovali. U vychovatelů bylo zjištěno určité povědomí, avšak v praxi to zatím také nikdo nezjišťoval.

Celkově si obě skupiny budou hledat k tématu více informací, aby s ním po pracovní stránce uměli všichni efektivně zacházet. L1: „*Zatím jsem to nezjišťoval, nevěděl jsem o tom, ale teď to budu zjišťovat.*“ L2: „*Jelikož jsem dosud o nich nevěděla, neptala jsem se na to.*“ V3: „*Zatím jsem to nezjišťovala. Potřebuji si o tom najít více informací, abych věděla, jak s tím v praxi naložit.*“ V4: „*Když jsem se s tím naposledy setkala, o tomto jsem vůbec netušila.*“

Poslední položkou paradigmatického modelu jsou následky. Těmi byl stanoven fakt, že Pro-ana či Pro-mia komunita se stává jejich virtuálním domovem. Z odpovědí obou skupin dotazovaných respondentů byla vytvořena kategorie **Pocit akceptace**. Děťští lékaři i vychovatelé se shodli v názoru, že uživatelky Pro-ana a Pro-mia blogu cítí přijetí ze strany komunity. Otevírá jim to prostor pro to, se ostatním svěřit se svým trápením i radostmi, aniž by se musely obávat toho, že se dočkají odsouzení. L1: „*... jelikož se tento člověk otevře, sdílí s nimi všechno a cítí se být přijatý.*“ L2: „*Nic nemusí skrývat, navzájem se chápou.*“ V4: „*...asi cítí podporu a přijetí, proto ty vztahy budou dobré.*“

Jak již bylo uvedeno v úvodních kapitolách, autoři blogů vnímají návštěvnost svých stránek jako velmi důležitý faktor. Pokud je blog dostatečně navštěvován, autor má pocit akceptace a sociální prestiže. Oba tyto elementy jsou pro člověka v adolescentním věku velmi důležité z hlediska jeho sebepojetí. (Lusková, Blinka, Šmahel, 2008)

Pocit akceptace v souvislosti s Pro-ana a mia komunitou zmiňuje i Maloney (2013), který tvrdí, že pocit akceptace a porozumění je ve skupině vrstevníků klíčový pro získání nových členů komunity. Tímto způsobem je formována kolektivní identita i individuální identita uživatelék blogů.

V reálném životě si tyto uživatelky přijdou vyčleněné a stigmatizované. Mají pocit, že nikam nepatří a nikdo jim nerozumí. Zajisté zde hraje roli i věk, kdy se PPP, zejména mentální anorexie, objevují v období dospívání. V této fázi vývoje vnímá člověk potřebu být součástí skupiny, chce zapadnout. V tom je síla Pro-ana a Pro-mia komunity, která svým členům dokáže tento pocit poskytnout.

Druhou kategorií v této části paradigmatického modelu je **Pocit výjimečnosti**. I v té se shodují obě dotazované pomáhající profese, které vnímají, že prostředí blogu může jak autorovi, tak i běžným návštěvníkům poskytovat pocit, že se odlišují od zbytku společnosti. A to právě tím, že se nestydí takto veřejně (i když díky určité anonymitě neveřejně) prezentovat. V2: „*Také si myslím, že se cítí výjimečné. Často se v komentářích objevují pochvaly a tak dále. Často pak cítí třeba, že to je možná jediná dobrá věc, která se jim v životě daří.*“ L2: „*...přinese jim to určitou exkluzivitu, že si vedou takový deníček a někdo ho čte.*“

Vysvětlením tohoto jevu může být to, že poruchy příjmu potravy jsou na Pro-ana a Pro-mia blozích portrérovány jako nutný prostředek k dosažení dokonalosti. Formuje se zde také elitní skupina lidí, jejímž členům se podařilo ovládnout vlastní tělo a jeho potřeby. (SIRC, nedat.) Vnímají se téměř hrdinsky, že jsou schopni dosáhnout cíle, který si vytyčili. Všichni ostatní jim mohou jen závidět. (Maloney, Kranz, 1997)

Svou roli může hrát i to, že v běžném životě je nahlíženo na osoby trpící PPP „skrz prsty“. Nesou si jakési stigma, které jim brání onemocnění přiznat svému okolí. Členství v Pro-ana nebo mia komunitě jim toto stigma může kompenzovat. Cítí, že tímto způsobem dosáhnou výsledků, za který se nebudou muset stydět, jelikož inspirující obrázky na těchto blozích jim ukazují skvělé výsledky, kterých ten, kdo tento blog nenavštěvuje, nedosáhne.

Poslední kategorie nese název **Předání informací a doporučení**. Ta se váže k oběma pomáhajícím profesím, zapojeným do výzkumného šetření a týká se hlediska kompetencí, které ve směru k PPP a Pro-ana a Pro-mia blogům pediatři a vychovatelé mají. Z výsledků vyplynulo, že u obou profesí, ale zejména u vychovatelů, míří jejich působení do oblasti prevence patologických jevů. Ve chvíli, kdy se onemocnění u pacienta či svěřence objeví, informují zákonné zástupce, kterým dále předají doporučení. Pediatr může více do případu zasáhnout, pouze pokud jde o stav, kdy je nutná hospitalizace. Definované kompetence respondenti plní a dodržují. L4: „...můžu si promluvit s rodinou a odkázat je na specializované pracoviště. Pokud je to nutné, nechám hospitalizovat.“ L2: „...domluva s rodinou, odeslání k Dr. Cardové, pokud se jedná o těžší typy, je to řešeno hospitalizací v Pardubické nemocnici a až se uvolní místa – překlad na speciální pracoviště, kterým je pro nás Motol.“ V1: „Mojí úlohou, jakožto vychovatele, je předcházení tomu, aby se něco takového vůbec objevilo. V kompetencích mám pravidelné podávání hlášení rodičům. Kontaktovat je ale můžeme samozřejmě i mimo, pokud se něco děje.“ V3: „Poradím se s kolegyněmi, zda mají podobné podezření. Poté zkontaktuji rodiče.“ V4: „Jako vychovatel mám spíše kompetence v prevenci tohoto jevu.“

6.3.1.3 Diskuze výsledků – sekce rozhovory

Z výzkumného šetření vyplynulo, že dotazovaní pomáhající pracovníci vnímají Pro-ana a Pro-mia blogy jako nebezpečný element. Podle jejich názoru tato nebezpečnost tkví ve vzájemné podpoře, na základě které se může onemocnění PPP prohlubovat, neprospívá léčbě a obecně je ohrožením pro dospívající jedince, kteří se snaží najít své místo ve světě.

Podle Delforrieria a kol. (2014) platí, že pokud jsou mladé ženy se sebou spokojené, pro-anorektické weby nepředstavují zásadní ohrožení. Jestliže ale dívky mají nízké

sebehodnocení, prostředí Pro-ana blogu může být ve vztahu k PPP ohrožující. Stane se místem, kde dochází ke zvyšování tohoto sebehodnocení.

Avšak na to lze navázat názorem dotazovaných pomáhajících pracovníků, kteří vnímají uživatelky Pro-ana a Pro-mia blogů jako dívky s nízkým sebehodnocením, které nemají dobrý vztah k vlastnímu tělu. Tím pádem mohou být Pro-ana a Pro-mia blogy skutečným ohrožením.

Co se týče vztahů v reálném životě, podle pomáhajících pracovníků mohou být vztahy v pořádku, alespoň do té doby, než se na onemocnění přijde. Poté se vztahy radikálně změní k horšímu. Zvláště vůči těm, kteří se snaží jedinci pomoci. Obecně se však člověk s nástupem PPP začne svým blízkým odcizovat. Cítí se osamocen a Pro-ana nebo Pro-mia komunita mu podle pomáhajících pracovníků může nahradit absenci těchto reálných vztahů.

Jak již bylo zmíněno výše, Osoby trpící PPP se obávají toho, že pokud by se jejich blízcí dozvěděli o tom, co dělají, zcela jistě by v jejich očích klesly a zklamaly by je. (Engel a kol. 2007) Kromě toho by ale také mohli chtít, aby s tímto jednáním přestaly, což si nepřejí. (Adamowicz, 2007)

Stanovený výzkumný předpoklad: Respondenti mají povědomí o existenci Pro-ana a Pro-mia blogů a hodnotí je jako rizikové v souvislosti s rozvojem PPP, se nepotvrdil. Část respondentů se o této problematice dozvěděla až poté, co byli kontaktováni s prosbou o zapojení se do tohoto výzkumného šetření.

Výsledkem zkoumání tedy může být i přínos v tomto ohledu. Pomáhající pracovníci se vyjádřili tak, že se dále budou snažit vyhledávat informace týkající se zmíněných blogů, aby mohli s touto tematikou více v rámci svého odborného působení ve vztahu k PPP pracovat.

Hlavní výzkumná otázka zněla - Jaký mají pomáhající pracovníci postoj k mentální anorexii, mentální bulimii a Pro-ana a Pro-mia blogům, respektive k členství v této virtuální komunitě?

Z výzkumného šetření vyplynulo, že **pomáhající pracovníci vnímají členství v Pro-ana a Pro-mia komunitě jako náhradu sociální interakce v reálném životě, což může být považováno za rizikové ve vztahu k rozvoji či udržování PPP.**

Členství v Pro-ana či Pro-mia komunitě může podle pomáhajících pracovníků přinést těmto jedincům pocit akceptace, který jim v reálném životě velmi chybí a který je pro dospívajícího člověka tak důležitý. V reálném životě se totiž stávají samotáři, kteří musí skrývat své jednání. V prostředí blogu se za své jednání nemusí stydět. Všichni jsou zde vnímáni jako „na jedné lodi“, tedy že společně sdílí jednotnou filozofii. Mezi jednotlivými členy se ale také může objevovat soutěživost, na základě které mohou být motivováni k vyšším výsledkům.

Prostředí blogu může být pro uživatelky jediným místem, kde se mohou sebe prezentovat. A to beze strachu, že bude toto tajemství prozrazeno a že za to budou jakkoliv odsuzovány. Členky komunity sdílí společný cíl, kterým je snížení hmotnosti. Navzájem se tedy v tomto prostoru dělí s ostatními, jakým způsobem se k tomuto cíli snaží dopracovat.

ZÁVĚR

Ačkoliv je dnes vyvíjen velký tlak na prevenci PPP, ohrožení tímto onemocněním je stále velké. Důvodem může být celkový postoj společnosti, který je zaměřen na krásu, mládí a štíhlou postavu, jakožto známky úspěšného a spokojeného člověka. Tyto představy působí na každého, avšak obzvláště ohroženou skupinou jsou dospívající, kteří se snaží najít své místo ve světě. Svou roli zde hraje míra sebevědomí a sebehodnocení, kterou jedinec má. Pokud je sám se sebou nespokojen, může se rozhodnout pro radikální snížení váhy prostřednictvím mentální anorexie nebo bulimie. Tyto způsoby se totiž mohou jevit jako nejrychlejší cesta k cíli.

Onemocnění PPP provází lidstvo od nepaměti, avšak jeho uchopení se mění a to zejména s rozvojem technologií. S příchodem internetu může člověk využívat možnosti, které tato platforma nabízí. Nemá to ale jen pouze pozitivní stránku. Jedním z negativních produktů internetové svobody a dostupnosti jsou Pro-ana a Pro-mia blogy.

Téma Pro-ana a Pro-mia blogů se může jevit jako nové a neprobádané, avšak není tomu tak. Tento fenomén související s poruchami příjmu potravy není záležitostí posledních let, ale poslední dekády. Mluví se o něm a o všech aspektech, kterých se dotýká. Leč spíše jen v zahraniční literatuře. Z toho vyplývá relativně nízké povědomí, které o tomto tématu pomáhající pracovníci, zejména z řad dětských lékařů zúčastněných v tomto výzkumném šetření, mají.

Nicméně pomáhající pracovníci by měli mít o tomto tématu povědomí, jelikož od toho se odvíjí to, jakým způsobem s problematikou nakládají a to nejen v oblasti prevence, ale také případné intervence. V tomto ohledu lze vidět přínos této práce, kdy se někteří respondenti seznámili s tématem až na základě prosby o zapojení se do tohoto výzkumného šetření. Respondenti se také shodli na tom, že nyní s faktem, že takové blogy existují, budou operovat v rámci svého profesního působení.

Jak z analýzy vybraných blogů, názorů pomáhajících pracovníků, tak z odborné literatury vyplývá, že na zmíněných blozích dochází k poskytování vzájemné podpory ve vztahu k PPP, kterou si uživatelé vzájemně poskytují. Této podpory se jim v běžném životě nedostává. Dále se také na tomto místě mohou seznámit s návody, jak své jednání před blízkými osobami skrývat. Díky tomu se na onemocnění může přijít, až když dojde do extrému. Náhled pomáhajících pracovníků do světa uživatelů Pro-ana a Pro-mia blogů jim může přinést nový pohled na tuto tematiku. Mohou zde zjistit, jak se člověk s PPP cítí, co prožívá a také na co by

si měli v rámci výkonu svého povolání dát pozor. Tedy například jakými technikami je možné průběh PPP skrýt.

Cílem diplomové práce bylo s oporou o odbornou literaturu popsat a analyzovat mentální anorexii a mentální bulimii, Pro-ana a Pro-mia blogy a jejich vztah k poruchám příjmu potravy a ve výzkumném šetření zjistit postoje pomáhajících pracovníků k výše zmíněným poruchám příjmu potravy a k těmto blogům.

Obsah diplomové práce korespondoval s daným cílem práce. Pokusili jsme se nastínit danou problematiku z teoretického hlediska, tj. vymezit pojmy jako je mentální anorexie, mentální bulimie, popsat rizikové elementy, které mohou jedince predisponovat k výskytu PPP. Dále bylo definováno téma postojů, pomáhajících profesí a pracovníků se zřetelem na vychovatele a pediatry a jejich přístup k PPP.

V tomto tématu vidíme velký potenciál a možností dalšího zpracování. Vnímáme jako vhodné, se zabývat samotným povědomím pomáhajících pracovníků v otázce Pro-ana a Pro-mia blogů. Jak již bylo dříve zmíněno, tato tematika není v naší provenienci příliš známá, což může limitovat pomáhající pracovníky v jejich působení ve vztahu k PPP. Předmětem dalšího zkoumání by také mohlo být kvantitativní šetření tohoto tématu nebo zjišťování postoje samotných uživatelů k Pro-ana a Pro-mia blogům.

Provedené šetření mělo své limity. Těmi mohla být snaha pomáhajících pracovníků odpovídat tak, aby nebyli shledáni neinformovanými či nekompetentními. Limitující byl zcela jistě také počet respondentů i kvalitativní design, jelikož vytěžená data, resp. výsledky z nich plynoucí, nelze zobecnit.

Přes uvedené limity považujeme cíl práce za splněný.

POUŽITÁ LITERATURA

- [1] ADAMOWICZ, Michael. Characteristic Of Anorexia Nervosa. *MentalHelp.net* [online]. 2007, 2015 [cit. 2016-06-12]. Dostupné z: <https://www.mentalhelp.net/articles/characteristics-of-anorexia-nervosa/>
- [2] AHRQ - AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. *Mental Health Research Findings* [online]. Rockville, 2009 [cit. 2016-04-10]. Dostupné z: <http://www.ahrq.gov/sites/default/files/publications/files/mentalhth.pdf>
- [3] ANAMIA. *Les jeunes et le web des troubles alimentaires : dépasser la notion de "Pro-ana": Rapport du projet de recherche ANAMIA - novembre 2013* [online]. 2013 [cit. 2016-05-08]. Dostupné z: http://www.anamia.fr/WordPress-FR/wp-content/uploads/2013/11/Rapport_ANAMIA_2013_Web_et_troubles_alimentaires.pdf
- [4] BABIAKOVÁ, M. a E. MARKOVÁ. Poruchy příjmu potravy. MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIAKOVÁ. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada Publishing a.s., 2006, s. 287-289. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1151-6.
- [5] BLOOD, Rebecca. "Weblogs: A History and Perspective", *Rebecca's Pocket*. 07 September 2000. 18 September 2013. Dostupné z: http://www.rebeccablood.net/essays/weblog_history.html
- [6] BOERO, N. a C. J. PASCOE. Pro-anorexia Communities and Online Interaction: Bringing the Pro-ana Body Online. *Body* [online]. 2012, **18**(2), 27-57 [cit. 2016-05-15]. DOI: 10.1177/1357034X12440827. ISSN 1357-034x. Dostupné z: <http://bod.sagepub.com/cgi/doi/10.1177/1357034X12440827>
- [7] BORZEKOWSKI, Dina L. G., Summer SCHENK, Jenny L. WILSON a Rebecka PEEBLES. E-Ana and e-Mia: A Content Analysis of Pro-Eating Disorder Web Sites. *American Journal of Public Health* [online]. 2010, **100**(8), 1526-1534 [cit. 2016-05-08]. DOI: 10.2105/AJPH.2009.172700. ISSN 0090-0036. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2901299/>
- [8] BRÁVKOVÁ, Michala. *Význam členství v pro-ana komunitách* [online]. Brno, 2009 [cit. 2016-05-22]. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/182397/fss_b/bc_prace.doc. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií. Vedoucí práce Mgr. Lukáš Blinka.

- [9] BYRON, D. L. a Steve BROBACK. *Blogy: publikuj a prosperuj: blogování pro váš business*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2064-7.
- [10] COLLIER, D. A. a J. L. TREASURE. The aetiology of eating disorders. *The British Journal of Psychiatry*[online]. 2004, **185**(5), 363-365 [cit. 2016-05-30]. DOI: 10.1192/bjp.185.5.363. Dostupné z: <http://bjp.rcpsych.org/content/185/5/363>
- [11] COOPER, Peter J. *Bulimie a záchvatovité přejídání: jak je překonat*. Praha: Portál, 2014. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-262-0706-1.
- [12] CORNELIUS, Talea a Hart BLANTON. The limits to pride: A test of the pro-anorexia hypothesis. *Eating Disorders* [online]. 2015, **24**(2), 138-147 [cit. 2016-05-13]. DOI: 10.1080/10640266.2014.1000102. ISSN 1064-0266. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10640266.2014.1000102>
- [13] ČAČKA, Otto. *Psychologie vrstev duševního dění osobnosti a jejich autodiagnostika*. Vyd. 3., opr. Brno: Doplněk, 2002. ISBN 80-723-9107-0.
- [14] DELFORTERIE, Monique J., Junilla K. LARSEN, Anna M. BARDONE-CONE a Ron H. J. SCHOLTE. Effects of Viewing a Pro-ana Website: An Experimental Study on Body Satisfaction, Affect, and Appearance Self-Efficacy. *Eating Disorders* [online]. 2014, **22**(4), 321-336 [cit. 2016-05-13]. DOI: 10.1080/10640266.2014.898982. ISSN 1064-0266. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10640266.2014.898982>
- [15] Eating disorders risk factors. In: *The National Eating Disorders Collaboration (NEDC)* [online]. [cit. 2016-05-30]. Dostupné z: <http://www.nedc.com.au/risk-factors>
- [16] *Effy's diary* [online]. [cit. 2016-06-01]. Dostupné z: <http://effy-storm.blog.cz/>
- [17] ENGEL, Bridget, Natalie STAATS REIS a Mark DOMBECK. Causes Of Eating Disorders: Personality Traits And Skill Deficits. In: *MentalHelp.net* [online]. 2007 [cit. 2016-06-12]. Dostupné z: <https://www.mentalhelp.net/articles/causes-of-eating-disorders-personality-traits-and-skill-deficits/>
- [18] ENGEL, Bridget, Natalie STAATS REISS a Mark DOMBECK. Causes Of Eating Disorders: Biological Factors. In: *MentalHelp.net* [online]. 2007 [cit. 2016-05-30]. Dostupné z: <https://www.mentalhelp.net/articles/causes-of-eating-disorders-biological-factors/>

- [19] FALTUS, František. Historie poruch příjmu potravy. In: PAPEŽOVÁ, Hana. *Spektrum poruch příjmu potravy: Interdisciplinární přístup*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010, s. 20-23. ISBN 978-80-247-2425-6.
- [20] FIALOVÁ, Ludmila a František David KRCH. *Pojetí vlastního těla: zdraví, zdatnost, vzhled*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-2160-9.
- [21] FRAŇKOVÁ, Slávka a Věra DVOŘÁKOVÁ-JANŮ. *Psychologie výživy a sociální aspekty jídla*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 80-246-0548-1.
- [22] GALOVÁ, Kristýna. *Mýty a omyly* [online]. 1. vyd. Brno: Anabell, o.p.s., 2013 [cit. 2016-04-06]. Dostupné z: http://knihovna.anabell.cz/components/com_jshopping/files/demo_products/myty-a-omyly.pdf
- [23] GÉRINGOVÁ, Jitka. *Pomáhající profese: tvořivé zacházení s odvrácenou stranou*. Praha: Triton, 2011. Psyché (Triton). ISBN 978-80-7387-394-3.
- [24] GILES, David. Constructing identities in cyberspace: The case of eating disorders. *British Journal of Social Psychology* [online]. 2006, **45**(3), 463-477 [cit. 2016-05-15]. DOI: 10.1348/014466605X53596. ISSN 01446665. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1348/014466605X53596>
- [25] GRAYSON MATHIS, Charlotte. Pro-Anorexia Web Sites: The Thin Web Line: Are these web sites fueling an epidemic? In: *WebMD*[online]. [cit. 2016-05-15]. Dostupné z: <http://www.webmd.com/mental-health/eating-disorders/anorexia-nervosa/features/pro-anorexia-web-sites-thin-web-line>
- [26] GULOVÁ, Lenka, Martina KUROWSKI a Petr SOJÁK. Sociální pedagog do škol (?). *Sociální pedagogika* [online]. 2014, **2**.(2), 130-131 [cit. 2016-05-21]. ISSN 1805-8825. Dostupné z: http://soced.cz/wp-content/uploads/2014/11/INFORMACE_Soci%C3%A1ln%C3%AD-pedagog-do-%C5%A1kol_FINAL.pdf
- [27] HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-736-7040-2.

- [28] HERRING, Susan C., Lois A. SCHEIDT, Sabrina BONUS a Elijah WRIGHT. *Bringing the Gap: A Genre Analysis of Weblogs* [online]. 2004 [cit. 2016-05-11]. Dostupné z: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download;jsessionid=0C5AA4AD7D8E893786C9F7CEDCBA4D7D?doi=10.1.1.160.939&rep=rep1&type=pdf>
- [29] HORT, HRDLIČKA, KOCOURKOVÁ a kol. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-404-5.
- [30] KIRMAYER, L. J., E. RAIKHEL a S. RAHIMI. Cultures of the Internet: Identity, community and mental health. *Transcultural Psychiatry* [online]. 2013,**50**(2), 165-191 [cit. 2016-05-13]. DOI: 10.1177/1363461513490626. ISSN 1363-4615. Dostupné z: <http://tps.sagepub.com/cgi/doi/10.1177/1363461513490626>
- [31] KOCOURKOVÁ, Jana et al. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Praha: Galén, 1997. Folia practica. ISBN 80-85824-51-5.
- [32] KOPECKÁ, Ilona. *Psychologie 3. díl: Učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2015. ISBN 978-80-243-3877-2.
- [33] KOUTEK, J. Poruchy příjmu potravy. In: HORT, HRDLIČKA, KOCOURKOVÁ a kol. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 2. Praha: Portál, 2008, s. 263-283. ISBN 978-80-7367-404-5.
- [34] KOUTEK, Jiří a Jana KOCOURKOVÁ. Poruchy příjmu potravy - spolupráce psychiatra s pediatrem a gynekologem. *Pediatric pro praxi* [online]. 2014, **15**(4), 213-215 [cit. 2016-05-26]. Dostupné z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2014/04/08.pdf>
- [35] KRAUS, Blahoslav a Stanislava HOFERKOVÁ. Ke vztahu sociální pedagogiky a sociální práce. *Sociální pedagogika* [online]. 2016,**4**(1), 57-71 [cit. 2016-05-21]. ISSN 1805-8825. Dostupné z: http://soced.cz/wp-content/uploads/2016/04/STUDIE-SocEd_Ke-vztahu-soci%C3%A1ln%C3%AD-pedagogiky-a-soci%C3%A1ln%C3%AD-pr%C3%A1ce.pdf
- [36] KRAUS, Blahoslav a Věra POLÁČKOVÁ et al. *Člověk - prostředí - výchova: k otázkám sociální pedagogiky*. Brno: Paido, 2001. ISBN 80-731-5004-2.
- [37] KRAUS, Blahoslav. Česká sociální pedagogika po r. 1990. *Sociální pedagogika* [online]. 2013, **1**(1), 102-110 [cit. 2016-05-21]. ISSN 1805-8825. Dostupné z:

http://soced.cz/wp-content/uploads/2014/04/Host-Soci%C3%A1ln%C3%AD-pedagogiky_%C4%8Cesk%C3%A1-soci%C3%A1ln%C3%AD-pedagogika-po-r.-1990.pdf

- [38] KRCH, František D. a Jarmila ŠVÉDOVÁ. *Příručka pro zdravotníky: aneb Různé tváře poruch příjmu potravy* [online]. 1. vyd. Brno: Anabell, o.p.s., 2013 [cit. 2016-04-07]. ISBN 978-80-905436-5-2. Dostupné z: http://knihovna.anabell.cz/components/com_jshopping/files/demo_products/prirucka-pro-zdravotniky.pdf
- [39] KRCH, František David. *Mentální anorexie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-598-9.
- [40] KRCH, František David. *Poruchy příjmu potravy*. 2. aktualizované a doplněné vyd. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-0840-X.
- [41] KRCH, František David. *Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 1999. Psyché (Grada). ISBN 80-716-9627-7.
- [42] KRCH, František. Poruchy příjmu potravy. *Medicína pro praxi* [online]. 2007, 4(10), 156-158 [cit. 2016-05-08]. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2007/10/08.pdf>
- [43] LAŠEK, Jan. *Sociální psychologie II*. Vyd. 3. Hradec Králové: Gaudeamus, 2011. ISBN 978-80-7435-116-7.
- [44] LEBL, Jan, Kamil PROVAZNÍK a Ludmila HEJCMANOVÁ. *Preklinická pediatrie*. 2., přeprac. vyd. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-438-6.
- [45] LÉBLOVÁ, P. (2010). Poruchy příjmu potravy: vztah k imaginaci a závislosti na poli. *E-psychologie* [online], 4 (3), 1-12 [cit. 2016-04-06]. ISSN 1802-8853. Dostupné z <http://e-psycholog.eu/pdf/leblova.pdf>
- [46] LEIBOLD, Gerhard. *Mentální anorexie: příčiny, průběh a nové léčebné metody*. Vyd. 1. Praha: Svoboda, 1995. ISBN 80-205-0499-0.
- [47] LETOCHOVÁ, Kateřina. Anna už není jen jméno. *E-Bezpečí* [online]. 2012 [cit. 2016-04-06]. Dostupné z: <http://www.e-bezpeci.cz/index.php/temata/dali-rizika/562-annauznenijenjmeno>
- [48] LIVINGSTONE, Sonia, Leslie HADDON, Anke GÖRZIG a Kjartan ÓLAFSSON. *Risks and safety on the internet: the perspective of European children: full findings and policy*

implications from the EU Kids Online survey of 9-16 year olds and their parents in 25 countries [online]. EU Kids Online Network, London, UK, 2011 [cit. 2016-05-08].

Dostupné

z:

<http://eprints.lse.ac.uk/33731/1/Risks%20and%20safety%20on%20the%20internet%28sero%29.pdf>

- [49] LORENZOVÁ, J. Pomáhání a pomáhající profese. In: KRAUS, Blahoslav a Věra POLÁČKOVÁ et al. *Člověk - prostředí - výchova*. Brno: Paido, 2001, s. 173-182. ISBN 80-731-5004-2.
- [50] LUSKOVÁ, Eva, Lukáš BLINKA a David ŠMAHEL. Blog jako cesta k porozumění dospívajícím. *E-psychologie: Elektronický časopis ČMPS* [online]. 2008, 2.(3) [cit. 2016-05-08]. Dostupné z: <http://e-psycholog.eu/pdf/luskovaetal.pdf>
- [51] MALONEY, Michael a Rachel KRANZ. *O poruchách příjmu potravy*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 1997. Linka důvěry. ISBN 80-710-6248-0.
- [52] MALONEY, Patricia. ONLINE NETWORKS AND EMOTIONAL ENERGY. *Information, Communication* [online]. 2013, 16(1), 105-124 [cit. 2016-05-15]. DOI: 10.1080/1369118X.2012.659197. ISSN 1369-118x.
- [53] MARÁDOVÁ, Eva. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007. ISBN 978-80-86991-09-2.
- [54] Mediální slovník: Blog. *Mediaguru* [online]. [cit. 2016-06-05]. Dostupné z: <http://www.mediaguru.cz/medialni-slovník/blog/>
- [55] MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Vzdělávací program oboru DĚTSKÉ LÉKAŘSTVÍ*. 2013, 20 s. Dostupné také z: <http://files.pediatrics.cz/200000351-554755641f/vzdelavaci-program-detske-lekarstvi-uprava-2013-01.pdf>
- [56] MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4.
- [57] MOUROVÁ, Zdeňka. *Dospívající a (ne)bezpečné blogy: Pro-ana komunity online* [online]. Brno, 2009 [cit. 2016-05-22]. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/237779/fss_b/bakalarska_prace_mourova.doc. Bakalářská práce.

Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií. Vedoucí práce Doc. PhDr. David Šmahel, Ph.D.

- [58] NAKONEČNÝ, Milan. *Psychologie osobnosti*. Vyd. 2., rozšířené a přepracované, Praha: Academia, 2009. ISBN 978-80-200-1680-5.
- [59] NAKONEČNÝ, Milan. *Psychologie: přehled základních oborů*. Praha: Triton, 2011. ISBN 978-80-7387-443-8.
- [60] NECHANSKÁ, Blanka. Péče o pacienty s poruchami příjmu potravy v psychiatrických ambulantních a lůžkových zařízeních ČR v letech 2007–2012. In: *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, Aktuální informace* [online]. 55, 2013 [cit. 2016-04-06]. Dostupné z: http://www.uzis.cz/system/files/ai_2013_55.pdf
- [61] NECHANSKÁ, Blanka. Péče o pacienty s diagnózami F50.0-F50.9 - poruchy příjmu potravy v psychiatrických lůžkových zařízeních ČR. In: *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, Aktuální informace* [online]. 3, 2010 [cit. 2016-04-06]. Dostupné z: http://www.uzis.cz/system/files/03_10.pdf
- [62] NECHANSKÁ, Blanka. Péče o pacienty s diagnózami F50.0-F50.9 – poruchy příjmu potravy v psychiatrických lůžkových zařízeních ČR. In: *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, Aktuální informace* [online]. 52, 2010 [cit. 2016-04-06]. Dostupné z: http://www.uzis.cz/system/files/52_10.pdf
- [63] NECHANSKÁ, Blanka. Péče o pacienty s diagnózami F50.0-F50.9 – poruchy příjmu potravy v psychiatrických lůžkových zařízeních ČR. In: *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, Aktuální informace* [online]. 60, 2011 [cit. 2016-04-06]. Dostupné z: http://www.uzis.cz/system/files/60_11.pdf
- [64] NECHANSKÁ, Blanka. Péče o pacienty s diagnózami F50.0-F50.9 (poruchy příjmu potravy) v psychiatrických ambulantních a lůžkových zařízeních ČR v letech 2006–2011. In: *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, Aktuální informace* [online]. 62, 2012 [cit. 2016-04-06]. Dostupné z: http://www.uzis.cz/system/files/62_12.pdf
- [65] NĚMEČKOVÁ, Klára. *Proanorektické stránky jakožto nový fenomén poruch příjmu potravy* [online]. Brno, 2009 [cit. 2016-05-22]. Dostupné z:

- http://is.muni.cz/th/217236/fss_b/bakalarska_prace.doc. Bakalářská diplomová práce. Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií. Vedoucí práce Kateřina Lišková, Ph.D.
- [66] NĚMEČKOVÁ, Pavla. Poruchy příjmu potravy. *Psychiatria pre praxi* [online]. 2007, (4), 156-158 [cit. 2016-05-08]. Dostupné z: http://www.psychiatriapreprax.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=2459&magazine_id=2
- [67] NOVÁK, M. E-kontroverze: proanorektické weby. *Česká a slovenská psychiatrie* [online]. 2008, (4), 196-198 [cit. 2016-04-06]. ISSN 1212-0383. Dostupné z: http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2008_4_196_198.pdf
- [68] NOVÁK, Michal. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Vyd. 1. Brno: Akademické nakladatelství CERM, 2010. ISBN 978-80-7204-657-7.
- [69] NÝVLTOVÁ, Václava. *Psychopatologie pro speciální pedagogy*. Vyd. 1. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2008. ISBN 978-80-86723-48-8.
- [70] OLIVER, Dan. *500 Internet: pět set rad, tipů a technik: [jednoduchý průvodce popisující všechna tajemství: blogování, vlogging, sdílení fotografií, Facebook, YouTube, Flickr a mnohá další!]*. V Praze: Slovart, 2008. ISBN 978-80-7391-148-5
- [71] PAPEŽOVÁ, Hana a Jana HANUSOVÁ. *Poruchy příjmu potravy: příručka pro pomáhající profese* [online]. Praha: Klinika adiktologie, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze ve vydavatelství Togga, 2012 [cit. 2016-05-22]. ISBN 978-80-87258-98-9.
- [72] PAPEŽOVÁ, Hana. *Začarovaný kruh anorexie, bulimie a psychogenního přejídání a cesty ven?!*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2012. ISBN 978-80-87142-18-9.
- [73] PAVLOVÁ, Barbara. Epidemiologie poruch příjmu potravy. In: PAPEŽOVÁ, Hana. *Spektrum poruch příjmu potravy: Interdisciplinární přístup*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010, s. 25-32. ISBN 978-80-247-2425-6.
- [74] PETIŠKOVÁ, Michaela. Poruchy příjmu potravy v ordinaci praktického lékaře. In: *Rozvoj dalšího vzdělávání praktických lékařů a ambulantních psychiatrů v problematice komunitní péče o duševně nemocné*[online]. Centrum pro rozvoj péče

- o duševní zdraví, s. 25-32 [cit. 2016-05-08]. Dostupné z: http://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/amepra_brozura_01.pdf
- [75] POSPÍŠIL, Jiří. K otázce identity sociální pedagogiky - otevření diskuze. *Sociální pedagogika* [online]. 2015, 3.(1), 97-98 [cit. 2016-05-21]. ISSN 1805-8825. Dostupné z: http://soced.cz/wp-content/uploads/2015/04/DISKUSE_K-ot%C3%A1zce-identity-soci%C3%A1ln%C3%AD-pedagogiky.-Otev%C5%99en%C3%AD-diskuse.pdf
- [76] PROCHÁZKA, Miroslav. *Sociální pedagogika*. Praha: Grada, 2012. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-3470-5.
- [77] *Pro-mia* [online]. [cit. 2016-06-01]. Dostupné z: <http://pro-mia-pro-mia.blog.cz/>
- [78] RABOCH, Jiří, Michal HRDLIČKA, Pavel MOHR, Pavel PAVLOVSKÝ a Radek PTÁČEK (eds.). *DSM-5®: diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Praha: Hogrefe - Testcentrum, 2015. ISBN 978-80-86471-52-5.
- [79] ROULEAU, Codie R. a Kristin M. VON RANSON. Potential risks of pro-eating disorder websites. *Clinical Psychology Review* [online]. 2011, 31(4), 525-531 [cit. 2016-06-06]. DOI: 10.1016/j.cpr.2010.12.005. ISSN 02727358.
- [80] ŘEHÁČKOVÁ, Helena. Osobnostní příprava jako klíčový element rozvoje kompetencí u sociálního pedagoga v průběhu vysokoškolského studia. In: CHUDÝ, Štefan, Pavel NEUMEISTER, Alena JŮVOVÁ a kol. *Vybrané diskurzy teorie a praxe ve vzdělávání a uplatnění sociálních pedagogů v kontextu pomáhajících profesí*. Brno: Paido, 2010, s. 136-144. ISBN 978-80-7315-212-3.
- [81] ŘEZÁČ, Jaroslav. *Sociální psychologie*. Brno: Paido, 1998. Edice pedagogické literatury. ISBN 80-859-3148-6.
- [82] SIRC – SOCIAL ISSUES RESEARCH CENTRE. Totally In Control: The rise of Pro-ana/Pro-mia websites [online]. [cit. 2016-05-15]. Dostupné z: http://www.sirc.org/articles/totally_in_control2.shtml
- [83] *Skinny-4ever-terez* [online]. [cit. 2016-06-01]. Dostupné z: <http://skinny-4ever-terez.blog.cz/>
- [84] SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol. *Ošetřovatelství pro střední zdravotnické školy: Pediatrie, chirurgie*. 2., dopl. vyd. Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3601-3.

- [85] SMITH, N., R. WICKES a M. UNDERWOOD. Managing a marginalised identity in pro-anorexia and fat acceptance cybercommunities. *Journal of Sociology* [online]. 2015, **51**(4), 950-967 [cit. 2016-05-13]. DOI: 10.1177/1440783313486220. ISSN 1440-7833. Dostupné z: <http://jos.sagepub.com/cgi/doi/10.1177/1440783313486220>
- [86] STRAUSS, Anselm L. a Juliet M. CORBIN. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Boskovice: Albert, 1999. SCAN. ISBN 80-85834-60-X.
- [87] SWANSON, Sonja A., Scott J. CROW, Daniel LE GRANGE, Joel SWENDSEN a Kathleen R. MERIKANGAS. Prevalence and Correlates of Eating Disorders in Adolescents: Results From the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Arch Gen Psychiatry* [online]. 2011, **68**(7), 714-723 [cit. 2016-05-13]. DOI: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.22.
- [88] Symposium: „Understanding Pro-ana: Body, Networks and Nutrition”. *ANAMIA: ANAMIA SOCIABILITY*[online]. 2012 [cit. 2016-05-08]. Dostupné z: <http://www.anamia.fr/en/symposium-understanding-Pro-ana-tbody-networks-and-nutrition/>
- [89] ŠEVČÍKOVÁ, Anna a kol. *Děti a dospívající online: vybraná rizika používání internetu*. Praha: Grada, 2014. Psyché (Grada). ISBN 978-80-210-7527-6.
- [90] ŠINDELÁŘ, Jan. *Blog: vytváříme a vedeme internetový deník*. Brno: Computer Press, 2006. ISBN 80-251-0927-5.
- [91] ŠTĚPÁNKOVÁ, Tereza. Poruchy příjmu potravy v historii. E-CLINIC Z.Ú. *Healthy and Free* [online]. [cit. 2016-04-08]. Dostupné z: <http://www.healthyandfree.cz/index.php/ppp/historie>
- [92] ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.
- [93] ŠVÉDOVÁ, Jarmila a Lenka MIČOVÁ. *Poruchy příjmu potravy: Manuál pro pedagogy* [online]. Brno: Anabell, o.p.s., 2010 [cit. 2016-04-07]. Dostupné z: http://knihovna.anabell.cz/components/com_jshopping/files/demo_products/manualpro_pedagogy.pdf
- [94] TALBOT, T Sloper. The Effects of Viewing Pro-Eatind Disorder Websites: A Sistematic Review. *West Indian Med J* [online]. 2010, **59**(6), 686-697 [cit. 2016-05-15].

- [95] TOMANOVÁ, Jana a Martin ČERNÝ. ILive - životní styl současných adolescentů. *Školní poradenství v praxi*. Wolters Kluwer, a. s., 2016, **3**(1.), 25-27.
- [96] TUMBLR. A New Policy Against Self-Harm Blogs. [online]. 2012 [cit. 2016-05-15]. Dostupné z: <https://staff.tumblr.com/post/18132624829/self-harm-blogs>
- [97] ÚLEHLA, Ivan. *Umění pomáhat: učebnice metod sociální praxe*. Vyd. 3., v Sociologickém nakladatelství (SLON) 2. Praha: Sociologické nakladatelství, 2005. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 80-864-2936-9.
- [98] VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-717-8678-0
- [99] VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-717-8308-0.
- [100] VAN PELT, Jennifer. Eating disorders on the Web: The Pro-ana/Pro-mia Movement. *Social Work Today*[online]. 2009, **9**(5.) [cit. 2016-05-08]. Dostupné z: <http://www.socialworktoday.com/archive/092109p20.shtml>
- [101] VÍCHOVÁ, Monika. Muži vs. ženy s diagnózou porucha příjmu potravy. *Psychologon* [online]. Brno: Psychologický ústav Filozofické fakulty Masarykovy univerzity, 2014, 1-7 [cit. 2016-04-06]. ISSN 1805-7160. Dostupné z: <http://www.psychologon.cz/data/pdf/234-muzi-vs-zeny-s-diagnozou-porucha-prijmu-potravy.pdf>
- [102] VOLF, Vladimír a Hana VOLFOVÁ. *Pediatric pro střední zdravotnické školy*. Praha: Informatorium, 1996. ISBN 80-854-2787-7.
- [103] Všeobecné obchodní podmínky. *Blog.cz: U nás si své čtení najde každý* [online]. 2014 [cit. 2016-06-05]. Dostupné z: <http://blog.cz/podminky>
- [104] VÝROST, Jozef a Ivan SLAMĚNÍK. *Sociální psychologie*. 2., přepracované a rozšířené vyd. Praha: Grada, 2008. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1428-8.
- [105] WILSON JL, PEEBLES R, HARDY KK, LITT IF. Surfing for thinness: a pilot study of pro-eating disorder Web site usage in adolescents with eating disorders. *Pediatrics* 2006;118(6):e1635–e1643 [cit. 2016-05-08]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17142493>

- [106] YESHUA-KATZ, Daphna a Nicole MARTINS. Communicating Stigma: The Pro-Ana Paradox. *Health Communication* [online]. 2013, **28**(5), 499-508 [cit. 2016-06-18]. DOI: 10.1080/10410236.2012.699889. ISSN 1041-0236.
- [107] ZAHÁLKOVÁ, Milada. *Pediatric pro speciální pedagogy*. 2. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2000. ISBN 80-210-2327-9.
- [108] Zákon č.108/2006 Sb. ze dne 14. března 2006, o sociálních službách.
- [109] Zákon č.563/2004 Sb. ze dne 24. září 2004, o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A: Otázky k rozhovoru

Příloha B: Ukázkový rozhovor

Příloha A: Otázky k rozhovoru

1. Rovina kognitivní

- 1.1. Co si představíte pod pojmem Pro-ana nebo Pro-mia blog?
- 1.2. Dle vaší zkušenosti- jak si představujete děvče s mentální anorexií?
- 1.3. Dle Vaší zkušenosti – jak si představujete děvče s mentální bulimií?

2. Rovina emocionální

- 2.1. Co tomu říkáte?
- 2.2. Jak se podle Vás hodnotí uživatelé těchto blogů navzájem?
- 2.3. Jaký mají vztah k vlastní osobě?
- 2.4. Jaké mají obecně vztahy k druhým lidem?
 - 2.4.1. Doma
 - 2.4.2. K ostatním uživatelkám těchto blogů
- 2.5. Jak se podle Vás cítí v těchto vztazích?
- 2.6. Kde vnímáte hranici mezi blogem o zdravém životním stylu a Pro-ana a Pro-mia blogem?
- 2.7. Kde si myslíte, že vnímají tuto hranici samotné uživatelky Pro-ana a Pro-mia blogů?

3. Rovina konativní

- 3.1. Z jakých důvodů si myslíte, že uživatelky tyto blogy zakládají?
- 3.2. S jakými očekáváními je zakládají?
- 3.3. Co je podle vás nejvíce motivuje k tomu, aby blog navštěvovaly a přispívaly tam?
- 3.4. Jak se podle Vás chová v prostředí Pro-ana nebo Pro-mia blogu jeho uživatel?
- 3.5. Jak se chová dle Vašeho názoru tento uživatel v reálném životě?
- 3.6. Co děláte, pokud zjistíte, že Váš svěřenec/pacient je uživatelem těchto blogů?
- 3.7. Jaké jsou v tomto ohledu Vaše kompetence?
- 3.8. Jak je využíváte?

Příloha B: Ukázkový rozhovor

1. Rovina kognitivní

1.1. Co si představíte pod pojmem Pro-ana nebo Pro-mia blog?

L2: „*Jak jsem Vám předem radši říkala, vůbec jsem dosud netušila, že takové blogy existují, až po Vašem e-mailu jsem si nahledala příslušné internetové stránky. Ted' si pod tím představím zkrátka komunitu pravděpodobně dospívajících, která společně sdílí, jak nebezpečně snižují svou váhu nebo například, co dělat, aby nikdo nepřišel na to, co dělají.*“

1.2. Dle vaší zkušenosti- jak si představujete děvče s mentální anorexií?

L2: „*Ambiciózní, perfekcionistická, někdy tichá, uzavřená, zažila jsem i chlapce. Existují snad všechny póly, většinou se jedná o velmi chytré dívky, hodně se setkávám i s rodinnou vazbou, kdy matka měla PPP a následně i dcera.*“

1.3. Dle Vaší zkušenosti – jak si představujete děvče s mentální bulimií?

L2: „*Poruchy příjmu potravy se většinou překrývají, mají epizody bulimie a následně anorexie, takže to vidím podobně.*“

2. Rovina emocionální

2.1. Co tomu říkáte?

L2: „*Když jsem to prohlížela, bylo mi z toho hrozně. A hrozně mi z toho je ještě ted'.*“

2.2. Jak se podle Vás hodnotí uživatelé těchto blogů navzájem?

L2: „*Hodnotí se asi kladně, jsou to kamarádky. Ale tak jak jsou kritické k sobě, mohou být i k ostatním.*“

2.3. Jaký mají vztah k vlastní osobě?

L2: „*Nemají se rády, spíše své tělo, ale i ten zbytek. Mají na sebe velmi vysoké nároky ve všech oblastech.*“

2.4. Jaké mají obecně vztahy k druhým lidem?

2.4.1. Doma

L2: „*Obecně k těm co je soudí nebo se snaží pomoci - většinou velmi negativní. To je v té chvíli, kdy už jsou zjevné somatické potíže a diagnóza vlastní PPP. Do té doby se většinou snaží chovat, tak aby okolí nic netušilo.*“

2.4.2. K ostatním uživatelkám těchto blogů

L2: „*K ostatním uživatelkám blogu se chovají tak, jak to cítí. Nic nemusí skrývat, navzájem se chápou a navíc internet jim dává pocit anonymity.*“

2.5. Jak se podle Vás cítí v těchto vztazích?

L2: „*Jakmile to praskne, necítí se doma dobře. S ostatními na blogu se cítí v bezpečí.*“

2.6. Kde vnímáte hranici mezi blogem o zdravém životním stylu a Pro-ana a Pro-mia blogem?

L2: „Vždyť jde přece o diametrálně odlišné věci.“

2.7. Kde si myslíte, že vnímají tuto hranici samotné uživatelky Pro-ana a Pro-mia blogů?

L2: „Hranici třeba nemají.“

3. Rovina konativní

3.1. Z jakých důvodů si myslíte, že uživatelky tyto blogy zakládají?

L2: „Cítí potřebu podpory dívek se stejnými problémy, které jinak běžné okolí odsuzuje. Nemají přátele, se kterými si o tom mohou promluvit.“

3.2. S jakými očekáváními je zakládají?

L2: „Čekají, že jim to přinese kamarády nebo že jim to přinese určitou exkluzivitu, že si vedou takový deníček a někdo ho čte. A že společně s ostatními něco dokáže.“

3.3. Co je podle vás nejvíce motivuje k tomu, aby blog navštěvovali a přispívali tam?

L2: „Myslím si, že je motivují přátelské vztahy, které tam navážou.“

3.4. Jak se podle Vás chová v prostředí Pro-ana nebo Pro-mia blogu jeho uživatel?

L2: „Přesně tak, jak se cítí.“

3.5. Jak se chová dle Vašeho názoru tento uživatel v reálném životě?

L2: „Své chování skrývá. Jinak ale může podávat třeba ve škole dobré výsledky.“

3.6. Co děláte, pokud zjistíte, že Váš pacient je uživatelem těchto blogů?

L2: „Jelikož jsem dosud o nich nevěděla, neptala jsem se na to. Pokud se s dalším pacientem s PPP setkám, tak ano, určitě se zeptám.“

3.7. Jaké jsou v tomto ohledu Vaše kompetence?

L2: „Nyní jako praktických lékař, domluva s rodinou, odeslání k doktorce Cardové, pokud se jedná o těžší typy, je to řešeno hospitalizací v Pardubické nemocnici a až se uvolní místa - překlad na speciální pracoviště, kterým je pro nás Motol.“

3.8. Využíváte je?

L2: „Ano, jistě.“