

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH  
BUDĚJOVICÍCH  
PEDAGOGICKÁ FAKULTA**

**KATEDRA PEDAGOGIKY A PSYCHOLOGIE**

**Mentální anorexie a internet  
Bakalářská práce**

**České Budějovice 2013**

Vedoucí bakalářské práce:  
**PhDr. Marta Franclová**

Vypracovala:  
**Monika Hájková**

### ***Prohlášení***

*Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.*

*Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.*

*V Novém Městě na Moravě 2. 4. 2013*

.....

*Podpis*

### ***Poděkování***

*Na tomto místě bych chtěla poděkovat PhDr. Martě Franclové za vedení mé práce, cenné rady a trpělivost. Dále mé poděkování patří i všem mým blízkým, kteří se mnou práci konzultovali, snažili se mi pomoci a byli mi oporou.*

## **ANOTACE**

Bakalářská práce se zabývá kvalitou informací o mentální anorexii, které jsou prezentované v internetových článcích. Teoretickou část tvoří základní informace o mentální anorexii, jako je její historie, definice, příčiny vzniku, symptomy, průběh, komplikace a důsledky, léčba. Tato část slouží jako základ pro výzkum.

Výzkumná část zjišťuje, jak je mentální anorexie prezentovaná v internetových článcích a jaké informace z nich mohou především adolescenti a jejich rodiče získat. Výzkum je spojením kvantitativního i kvalitativního designu.

Klíčová slova: mentální anorexie, internet, prevence, informace

## **ANNOTATION**

This bachelor thesis explores quality of information about Anorexia Nervosa, which is presented on the Internet. The theoretical part is comprised by basic information about Anorexia Nervosa as history, definition, causes, symptoms, course, complications and consequences, treatment.

The research investigates how is Anorexia Nervosa presented in the Internet articles and which information can especially adolescents and their parents gain from it. The research is combination of quantitative and qualitative design.

Keywords: Anorexia Nervosa, Internet, prevention, information

# OBSAH

ÚVOD .....	8
TEORETICKÁ ČÁST .....	9
1 Historie mentální anorexie.....	9
1.1 Změny ideálu ženské postavy .....	10
2 Definice mentální anorexie.....	11
2.1 Diagnostická kritéria podle MKN-10.....	11
2.2 Diagnostická kritéria podle DSM-IV .....	12
2.3 Epidemiologie .....	13
3 Příčiny vzniku mentální anorexie.....	15
3.1 Biologické a genetické faktory .....	15
3.2 Individuálně-psychologické faktory.....	15
3.3 Rodinné faktory.....	16
3.4 Sociokulturní faktory.....	17
4 Symptomy mentální anorexie .....	19
5 Průběh mentální anorexie .....	21
6 Komplikace a důsledky mentální anorexie .....	22
6.1 Zdravotní komplikace.....	22
6.2 Psychické a sociální důsledky.....	24
7 Léčba mentální anorexie.....	25
7.1 Hospitalizace a ambulantní péče.....	26
7.2 Realimentace.....	26
7.3 Psychoterapie .....	27
7.4 Farmakoterapie .....	29
7.5 Svépomoc a svépomocné skupiny .....	29

VÝZKUMNÁ ČÁST .....	30
1 Cíl výzkumu.....	30
1.1 Výzkumné otázky.....	30
2 Výzkumná metoda.....	31
3 Výzkumný soubor .....	34
3.1 Způsob výběru vzorku.....	34
3.2 Základní charakteristiky vzorku .....	34
3.3 Kritika pramenů .....	34
4 Výsledky.....	36
4.1 Shrnutí .....	46
5 Diskuze .....	47
ZÁVĚR .....	49
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ .....	50
SEZNAM TABULEK A PŘÍLOH.....	57
PŘÍLOHY.....	58

## ÚVOD

Mentální anorexie je velmi rozšířeným onemocněním, a proto je důležitá její prevence. K primární prevenci zásadně přispívá informovanost veřejnosti o této problematice. Vzhledem k tomu, že nejen dnešní adolescenti, kteří jsou touto poruchou nejvíce ohroženi, ale také jejich rodiče využívají k vyhledávání informací především internet, rozhodla jsem se zjistit, jak je vlastně mentální anorexie v internetových článcích prezentovaná a jaké informace z nich mohou čtenáři získat.

Má práce je rozdělena na teoretickou a výzkumnou část.

V teoretické části se zaměřím na vymezení základních informací o mentální anorexii, které mi budou sloužit jako předloha pro výzkumnou část. Nejdříve vymezím historii mentální anorexie, dále její definici, možné příčiny vzniku, symptomy, průběh a komplikace, které z ní mohou vyústit a v neposlední řadě také její léčbu. Využívat zde budu pouze literárních zdrojů (s výjimkou statistických dat) pro možnost porovnat tyto informace s informacemi na internetu. Zaměřím se pouze na dívky, protože touto nemocí trpí v naprosté většině právě ony.

Ve výzkumné části se budu zabývat kvantitativní i kvalitativní analýzou internetových článků, které se zabývají teorií mentální anorexie. Věnovat se budu pouze českým článkům z důvodu orientace na českou populaci.

Vzhledem k tomu, že jsem nenašla žádný český výzkum, kterým by se tímto tématem zabýval, mohou mé výsledky sloužit jako pilotní studie pro Českou republiku. Výsledky mé práce mohou být využity jako zpráva pro celou veřejnost. Mohou sloužit jako varovné sdělení, pokud by informace v internetových článcích byly nekvalitní nebo naopak jejich čtení může být dále podporováno.



# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 Historie mentální anorexie

Formy narušeného přístupu k potravě byly popisovány již ve starověku. V 5. století před naším letopočtem je popisuje Hippokrates pod názvem asithia a ve 2. století našeho letopočtu Galén, který poprvé užívá termínu anorexie (Papežová ed., 2010).

Zpočátku nebylo anorektické chování považováno za patologický jev, ale spíše za jakousi součást životního stylu. Například ortodoxní křesťané dodržovali extrémní půsty na důkaz asketismu. Později bylo odmítání potravy spojováno s nadpřirozenými silami. V období pozdního středověku byly vysoce ceněné mladé svaté dívky, které prý s boží pomocí nemusely skoro jíst. Lékaři v této době byli také velmi věřící, a proto těmto svatým dívkám věřili a vysvětlovali si tento stav jako boží přičinění (Krech et al., 2005).

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

V první polovině 19. století byl anorexii přisuzován biologický původ a zabývali se jí především francouzští lékaři. Fleury Imbert tuto nemoc rozdělil na dva typy. Gastrický a nervový. První typ byl způsoben poruchou trávení a druhý poruchou nervového systému (Papežová ed., 2010).

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

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

V průběhu pojmenovávání této poruchy se objevovaly pochybnosti o správnosti názvu anorexia nervosa. Anorexia pochází z řečtiny a je překládána jako nechutenství,

i když ve skutečnosti jde u této poruchy o záměrné odmítání potravy, které by s nechutenstvím nikdy nemělo být zaměňováno. V českém jazyce se používá pojem mentální anorexie, který je výstižnější, protože znamená psychicky podmíněné nechutenství (Papežová ed., 2010; Leibold, 1995).

### **1.1 Změny ideálu ženské postavy**

V této části se budu zabývat pouze ideálem ženské postavy ve 20. století, které považuji za rozhodující ve vlivu na dnešní populaci. Můžeme si všimnout, že ideál se měnil ze štíhlého na kyprý a naopak. Vzhledem k tomu, že dnes stále převažuje štíhlost, mohl by nastat zvrát a další generace by mohly nacházet zalíbení spíše v oblejších tvarech, což by na poruchy příjmu potravy jistě mělo pozitivní vliv.

Na začátku 20. století začíná ženský ideál postupně zvyšovat výšku a zužovat svůj obvod pod vlivem francouzského návrháře P. Poireta. Začíná se objevovat stále větší kritika obezity a to především u žen. Ženy tak nový ideál začaly přijímat a snažily se mu přiblížit. Propagaci štíhlého těla napomohla televize, které se začala rozšiřovat do běžných domácností (Novák, 2010; Krch, Málková, 1993).

Tématika ženských křivek ustoupila do pozadí během hospodářské krize a za druhé světové války. Po tomto období se stala hitem postava ve tvaru přesýpacích hodin a symbolem krásy Marilyn Monroe (Novák, 2010).

V 60. letech se především v USA opět vrátila móda štíhlých dívek, která byla umocněna extrémně vyhublou modelkou Twiggy. Dochází také k velkému rozmachu různých diet a přípravků na hubnutí. Tlak na štíhlost žen od této doby vydržel až dodnes. V 90. letech došlo k rozmachu fitness-center a idolem se stala supermodelka a návrhářka Kate Moss (Novák, 2010; Krch, Málková, 1993).

## 2 Definice mentální anorexie

Mentální anorexie je v Mezinárodní statistické klasifikaci nemocí (MKN-10, 2000) i v Diagnostickém a statistickém manuálu mentálních poruch (DSM-IV, 1994) zařazena mezi poruchy příjmu potravy.

Dle MKN-10 (2000) a DSM-IV (1994) je definována jako porucha, při které pacient úmyslně snižuje svoji váhu, má intenzivní strach z přibývání hmotnosti a objevuje se u něj narušené vnímání tvaru nebo velikosti jeho těla. V důsledku nízké váhy je tato porucha provázena sekundárními endokrinními, metabolickými změnami a poruchami tělesných funkcí. U žen dochází k amenorei. Tato porucha se vyskytuje především u dospívajících dívek, ale může postihnout i muže a jiné věkové kategorie.

DSM-IV (1994) dále mentální anorexii rozděluje na dva specifické typy:

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

### 2.1 Diagnostická kritéria podle MKN-10

Podle MKN-10 (2000, s. 173-174) musí být pro definitivní diagnózu přítomny všechny tyto body:

- a) „Tělesná váha je udržována nejméně 15% pod předpokládanou úroveň (ať již byla snížena nebo jí nikdy nebylo dosaženo) nebo Queteletův index hmoty těla<sup>1</sup> je 17,5 nebo méně. Prepubertální pacienti nesplňují během růstu očekávaný váhový přírůstek.
- b) Snížení váhy si způsobuje pacient sám tím, že se vyhýbá jídlům „po kterých se tloustne“ a už užívá jeden nebo několik z následujících prostředků: vyprovokované zvracení, vyprovokovaná defekace, užívání anorektik<sup>2</sup> a diuretik<sup>3</sup>, nadměrné cvičení.

---

<sup>1</sup>Queteletův index hmoty těla – Body Mass Index = váha (kg)/[výška (m)]<sup>2</sup> (MKN-10, 2000)

<sup>2</sup> Anorektikum – lék ke snížení chuti k jídlu (Hartl, Hartlová, 2000)

<sup>3</sup> Diuretika – léky na odvodnění (Krch, 2002)

- c) Specifická psychopatologie, přičemž stále přetrvávají strach z tloušťky a zkreslená představa o vlastním těle jako vtíravá, ovládací myšlenka a pacient si sám sobě ukládá za povinnost mít nízkou váhu.
- d) Rozsáhlá endokrinní porucha, zahrnující hypotalamo-pituitární-gonádovou osu, se projevuje u ženy jako amenorea, u muže jako ztráta sexuálního zájmu a potence (zřejmá výjimka je vaginální krvácení u anorektických žen, které jsou na náhradní hormonální terapii, obvykle ve formě antikoncepční pilulky). Mohou se také vyskytnout zvýšené hladiny růstového hormonu, zvýšené hladiny kortizolu, změny periferního metabolismu tyreoido hormonů a odchylky ve vylučování inzulínu.
- e) Jestliže je začátek onemocnění před pubertou, jsou pubertální projevy opožděny nebo dokonce zastaveny (zastavuje se růst, u dívek se nevyvíjejí prsa a dochází k primární amenorei, u hochů zůstávají dětské genitály). Po uzdravení často dochází k normálnímu dokončení puberty, avšak menarche je opožděna.“

## 2.2 Diagnostická kritéria podle DSM-IV

Pro klasifikaci mentální anorexie jsou podle DSM-IV (1994, s. 544-545) stanovena tato kritéria:

- a) „Odmítání udržení vyšší tělesné hmotnosti, než je minimální váha pro daný věk a výšku, nebo nedostatečný přírůstek hmotnosti během období růstu. Obě tyto situace vedou k dosažení odpovídající úrovně hmotnosti z 85% a méně.
- b) Intenzivní strach z přibírání na váze a ze ztloustnutí, i když je pacient/ka podvyživený/á.
- c) Narušené vnímání vlastního těla a hmotnosti, nepřiměřený vliv tvaru postavy a hmotnosti na vlastní sebehodnocení nebo popírání závažnosti vlastní nízké tělesné hmotnosti.
- d) U žen amenorea, což je absence minimálně tří za sebou následujících menstruačních cyklů. (Za amenoreu se považuje i stav, když má žena menstruaci pouze při podávání hormonů, například estrogenu.)“

Klíčová kritéria pro diagnostiku mentální anorexie můžeme tedy shrnout do těchto bodů:

Cílené snižování váhy pod úroveň normy.

Strach z tloustnutí a zkreslená představa o vlastním těle.

Ztráta menstruačního cyklu u žen.

Obtíže v diagnostice se objevují při zjišťování strachu z tloustnutí. Dívky ho velmi často popírají nebo strach omlouvají snahou jíst zdravě (Krch, 2002).

Při diagnostice mentální anorexie by měla být vyloučena jiná psychická či somatická onemocnění. K záměně může dojít například s depresí. Při mentální anorexii se může objevit sekundární depresivní syndrom a naopak při depresi sekundární anorektický syndrom. Pro rozeznání těchto dvou diagnóz je u pacienta klíčová aktivní snaha zhubnout, bránění přibírání a typické zacházení s jídlem. Pokud se tyto aktivity u pacienta vyskytují, jedná se o mentální anorexii. Dále se mohou objevit obtíže při rozlišení mentální anorexie od schizofrenie, somatizací poruchy a obsedantně-kompulzivní poruchy (Hort et al., 2008).

### **2.3 Epidemiologie**

Epidemiologie se zabývá zjišťováním prevalence a incidence konkrétní poruchy či nemoci, zde tedy mentální anorexie, a dále zkoumá, jaké základní determinanty tuto poruchu mohou určovat (Krch et al., 2005).

Prevalence popisuje aktuální rozšíření poruchy a její zastoupení u různých populačních skupin. Prevalence bývá využívána pro plánování péče a možností služeb pro dané onemocnění. Incidence představuje počet nových případů (udávaných většinou na 100 000 obyvatel) za určité období, zpravidla za jeden rok. Je využívána především pro pochopení příčin vzniku onemocnění (Papežová ed., 2010; Krch et al., 2005).

Epidemiologické studie získávají incidenci a prevalenci různými metodami a jsou z různých prostředí, proto by při jejich interpretaci měl být brán zřetel na zdroje dat a metodu výzkumu. Mechanické srovnávání různých studií by mohlo být zavádějící. Například u studií využívajících data podle počtu hospitalizací je nutné si uvědomit, že reálně existuje mnohem více případů, které však hospitalizovány nebyly a incidence či prevalence se může zdát být menší (Papežová ed., 2010; Krch et al., 2005).

Mentální anorexie postihuje především dívky a mladé ženy. Poměr postižených dívek a chlapců touto nemocí bývá udáván 10:1 (dívky:chlapci). Prevalence se pohybuje

mezi 0,5 – 1% mladých dívek, vždy záleží na typu a metodách výzkumu. Incidence od šedesátých do devadesátých let měla rostoucí tendenci. Ze 2 případů na 100 000 obyvatel na 6-8. U dívek ve věku mezi 15. a 18. rokem se incidence pohybuje dokonce kolem 60 případů na 100 000 obyvatel. Incidence i prevalence v České republice je srovnatelná se zeměmi západní Evropy (Hort et al., 2008).

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

Poruchy příjmu potravy se objevují po celém světě. Častěji se ovšem vyskytují v ekonomicky vyspělých zemích a v takových kulturách, které jsou zaměřené na prosazování výkonu, úspěchu a sebeovládání a tam, kde se vyskytuje nadbytek potravin (Papežová ed., 2010; Jandová, 2006).

Studie z České republiky zjistily, že prožívání a postoje našich dívek jsou ovládány strachem z nezdravé výživy, z nadváhy, nadměrného přísunu potravy a to ovlivňuje jejich sebehodnocení a celkový životní styl (Krch et al., 2005).

### **3 Příčiny vzniku mentální anorexie**

Možných příčin vzniku této poruchy je velké množství. Bylo vytvořeno několik teorií, ovšem žádná zatím nedokázala vysvětlit všechny varianty poruchy. Většina autorů se dnes tedy shoduje na bio-psycho-sociálním modelu. Tento model zahrnuje soubor různých příčin, které na základě vzájemné interakce mohou anorexii vyvolat (Krch et al., 2005). Níže jsou uvedeny skupiny faktorů, které se na vzniku této poruchy mohou podílet.

#### **3.1 Biologické a genetické faktory**

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

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

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

#### **3.2 Individuálně-psychologické faktory**

Prediktorem mentální anorexie mohou být i určité osobnostní rysy. Podle Strobera (1981 in Krch et al., 2005) uvádím některé z nich: vyšší stupeň společenské konformity, nadměrná emoční kontrola, negativní sebehodnocení, zaměřenost na dosažení úspěchu, nedostatek fantazie a nezávislé vůle, rigidita.

S těmito závěry se shoduje například i Sladká-Ševčíková (2003 in Janebová, 2006), která uvádí jako společné rysy anorektických dívek neadekvátní nadměrnou regulaci afektů, perfekcionismus, úzkostnost, zaměřenost na výkon.

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

Dalším výrazným rysem mentální anorexie je negativní body image. Tento pojem zahrnuje negativní vnímání vlastního těla, které způsobuje i nespokojenost s tělesnými proporcemi (Novák, 2010).

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

Samy pacientky často hodnotí jako spouštěcí faktor mentální anorexie různé životní události (Krch et al., 2005). Dle Hsu (1990 in Krch et al., 2005) jsou těmito událostmi nejčastěji narážky na tělesný vzhled, konflikty (např. sexuální), významné změny, osobní neúspěch, nemoc či potíže v rodině.

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

### **3.3 Rodinné faktory**

Rodinný systém hraje v oblasti mentální anorexie významnou roli. Riziko vzniku této nemoci může nastat, pokud rodiče kladou zvýšený důraz na výkon svého dítěte a pokud mají tendenci před konflikty spíše zavírat oči než je otevřeně vyřešit (Hort et al., 2008). V takové rodině je na děti vytvořen velký tlak na jejich výkony. Ony jich však nejsou schopny dosáhnout a pocítují výrazné selhání. Prostřednictvím anorexie mohou rodičům dokazovat svoji výjimečnost a schopnost. Současně jim



anorexie může sloužit jako obrana proti vysokému očekávání ze strany rodičů. Čím jsou hubenější, tím méně výkonů se od nich poté očekává (Leibold, 1995).

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

Nevhodné prostředí vytváří také hyperprotektivní rodiče, především matky. O své děti se starají až přes míru. Vše za ně vyřeší, zařídí a organizují jim celý volný čas. V období přechodu do dospělosti už však takové dítě musí činit vlastní rozhodnutí a samostatně uvažovat, což doposud v podstatě nedělalo. Tímto způsobem je u něj vyvolán vnitřní konflikt. Hladovění a kontrola vlastní postavy mu může umožňovat rozhodování, alespoň v některé oblasti a může tím projevovat vlastní vůli (Hajný, 2004 in Janebová, 2006).

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

### **3.4 Sociokulturní faktory**

Jedním z předpokladů vzniku mentální anorexie i dalších poruch příjmu potravy je nereálná sociální konstrukce těla žen. Ideální obraz ženy se v různých dobách měnil. Ovšem až dnes výrazně ovlivňuje podstatnou část populace. Ve společnosti se stává krása stále důležitějším měřítkem. Dnešní norma krásy vyspělých zemí je však nevšímavá k přirozenosti a odlišnosti různých lidí a soustředí se především na štíhlost. Dívky se snaží tomuto ideálu vyrovnat, a proto se mohou uchýlovat k drastickým dietám (Janebová, 2006; Krch, Málková, 1993).

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

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

V posledních letech dochází k stále větší propagaci zdravé výživy. Klade se velký důraz na to, co je a není zdravé, co je tučné a podobně. Dívky tedy mohou nabýt milné představy o správné výživě (Krch, 2002).

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

## 4 Symptomy mentální anorexie

U mentální anorexie se objevuje velké množství možných příznaků. Některé jsou patrné, viditelné, jiné mohou být velmi dobře skrývány. Níže popsané příznaky jsou uvedeny podle Krcha (2002), Leibolda (1995), Maloneyho a Kranzové (1997).

### Změna jídelního chování

- Postupně se mění sestava jídelníčku. Nejdříve jsou z něj vyřazovány takové potraviny, které jsou považovány za nezdravé a tučné. S postupem času je zakazováno stále více potravin, až jich zbyde jen malé množství. Tyto změny anorekticky racionálně vysvětlují, z jídla se různě vymlouvají a své výmluvy stále zdokonalují. Svůj problém tak popírají.
- Změna nastává v počtu porcí za den. Ty se postupně také omezují.
- Při společném stravování s ostatními lidmi se s nimi stále srovnávají a usilují o to, aby měly ze všech co nejmenší porci.
- Postupně také snižují své jídelní tempo. Jí po malinkých kouskách co nejdéle.
- O jídle buď mluví velmi často (třeba i velmi rády vaří pro celou rodinu), nebo se této tématice vyhýbají.
- Buď hodně pijí – snaží se pitím nahradit potravu, nebo nepijí skoro vůbec.
- Ve společnosti se jídlu vyhýbají, většinou jedí samy.

### Zvýšení aktivity

- Většinou jsou i více aktivní, cvičí, sportují.
- Aktivitu zvyšují i během stravování, např. přecházejí při jídle, aby zmírnily účinky potravy.
- Zvýšená aktivita bývá praktikována s cílem zhubnout, a nebo s cílem být v něčem výjimečným.

### Změny v psychice a na kognitivních funkcích

- Uzavírají se do sebe, vyhýbají se kontaktu s lidmi a to i s rodinou a přáteli. Nálady se mění spíše na horší, jsou přecitlivělé a podrážděné, nejisté a úzkostné.

- Stoupá potřeba sebekontroly nejen v oblasti jídla.
- Postupně se zhoršuje schopnost soustředit se, objevuje se větší unavenost, vyčerpanost, apatičnost.
- Klesá intelektová výkonnost.
- Ve svých myšlenkách se přehnaně soustředí na svoji postavu a hmotnost. Často svoji postavu zkoumají, měří, váží nebo se naopak váze vyhýbají.

### **Tělesné obtíže**

- Popírání tělesných signálů a tělesných potřeb.
- Objevují se zdravotní komplikace (viz kapitola číslo 5).
- Může se vyskytnout zvracení, zneužívání projímadel a diuretik.

## 5 Průběh mentální anorexie

Toto onemocnění má velmi různorodý průběh. Může se rozvinout ve chronickou formu, a nebo se může objevit jen jedna epizoda (Papežová ed., 2010).

Počáteční anorektické chování se většinou pro okolí jako porucha nejeví. Začíná být znatelné držení diet či nadměrné cvičení, ale není tomu přikládán přílišný důraz. Naopak (především pokud je dívka silnější) bývá snaha o zhubnutí pozitivně hodnocena. Tato ocenění motivují dívky k pokračování v hubnutí. Když anorektické chování stále pokračuje, začne o něm okolí pochybovat a vyjadřuje nesouhlas. V tento okamžik už je ale přesvědčit anorektičku o nesmyslnosti jejího chování velmi obtížné (Vágnerová, 2004).

Vágnerová (2004) přirovnává anorektické chování k chování závislého člověka na drogách. Takový člověk si nepřipouští možnost, že má nějaké potíže, vymlouvá se na zdravou výživu a svoji výkonnost. Čím je váha anorektiček nižší, tím se objevuje více zdravotních, psychických i sociálních komplikací jejich života. Náplň a smysl života se soustředí pouze na hubnutí a pozorování svého těla.

Prognóza se u jednotlivých autorů liší. U většiny dochází k částečnému zlepšení, přibližně 30% se vyléčí úplně, 20% zůstane již těžce postižených a kolem 5% anorektiček na tuto nemoc umírá (Davison a Neale, 1986; Smolík, 1996; Gelder a kol., 1996 in Vágnerová, 2004). Papežová ed. (2010) uvádí, že nejčastější příčinou smrti je srdeční arytmie a malnutrice (podvýživa). I když jsou dívky vyléčené, často jsou nespokojené, přetrvávají u nich pocity osamocení a selhání. Stává se, že už nikdy nedokážou fungovat jako partnerky. Můžou se objevit problémy i v mateřské roli a to především při krmení dětí (Graham a kol., 1999 in Vágnerová, 2004).

Při léčbě je důležité především pečlivé posouzení stavu pacientky a stanovení vhodného postupu, díky kterému je možné napravit následky nemoci co nejvíce. Pokud je léčba neadekvátní nebo se jí pacientka dlouhodobě vyhýbá, zvyšuje se počet zdravotních komplikací, dochází k sociální izolaci a častým relapsům (Papežová ed., 2010).

## **6 Komplikace a důsledky mentální anorexie**

Vlivem hladovění a nezdravého životního stylu se u anorektiček objevují zdravotní, psychické i sociální komplikace, které přispívají k jejich zvýšené úmrtnosti. Pokud se pacientka navrátí k normální zdravé stravě a tělesné hmotnosti, mohou být tyto komplikace reverzibilní. Vše ovšem záleží na rozsahu narušení tělesných funkcí (Krch et al., 2005).

Níže jsou uvedené skupiny možných komplikací s jednotlivými příklady, které mohou vlivem mentální anorexie nastat. Informace jsou shrnuty dle těchto zdrojů: Krch (et al. 2005, 2002), Leibold (1995), Papežová (ed. 2010, 2000).

### **6.1 Zdravotní komplikace**

#### **Kardiovaskulární komplikace**

- Snížení hmoty myokardu
- Abnormality diastolické a systolické funkce
- Změny v tepové frekvenci
- Selhání srdce
- Poruchy oběhu

#### **Gastrointestinální komplikace**

- Žaludeční vředy
- Zpomalení funkce střev – zácpa
- Poškození jater
- Zmenšení žaludku a z toho vyplývající pocity nevolnosti

#### **Renální komplikace**

- Metabolické odchylky
- Ledviny jsou ohroženy infekcí a tvorbou kamenů
- Slabý močový měchýř, častější nucení na močení

#### **Hematologické komplikace**

- Selhávání funkce kostní dřeně
- Hypoglykemie (může přinášet stavy paniky a zmatenosti)
- Chudokrevnost
- Nízký krevní tlak

- Změny krevního obrazu

### **Komplikace respiračního systému**

- Změny plicních funkcí a plicní tkáň
- Plicní infekce

### **Neurologické komplikace**

- Poruchy vědomí, závratě, mdloby, dvojité vidění nebo bolesti hlavy
- Celková únavnost a svalová slabost. Výraznější křeče bývají spojeny s narušením rovnováhy v důsledku zvracení a nadužívání projímadel.

### **Kosterní komplikace**

- Úbytek množství a kvality kostní hmoty
- Větší lámavost kostí
- Odvápňení kostí

### **Metabolické komplikace**

- Zvýšení cholesterolu v krvi
- Větší citlivost na chlad, poruchy termoregulace
- Poruchy spánku, nespavost

### **Dermatologické komplikace**

- Zešedlá či zažloutlá pleť, může i prskat
- Šupinatá kůže
- Akné
- Lámavé a křehké nehty
- Podlitiny – kosti jsou nedostatečně obaleny tukem, proto se podlitiny snáze vytvoří
- Suché, lámavé vlasy – kvůli nedostatku bílkovin
- Nárůst jemného ochlupení na těle
- Mohou se vyskytovat různé vyrážky
- Zvýšená kazivost zubů, záněty dásní

### **Narušení reprodukční schopnosti**

- Porucha menstruačního cyklu
- Snížení činnosti pohlavního systému a zájmu o sex

- Rizikový či patologický průběh těhotenství
- Narušení porodní činnosti a poporodního chování

## **6.2 Psychické a sociální důsledky**

- Zhoršení intelektové výkonnosti, koncentrace pozornosti a pracovního tempa
- V myšlenkách se neustále zabývají jídlem
- Euforie a deprese – kolísání nálady, v těžkých případech nastupuje depresivní stupor (strnulost)
- Nálada je závislá na aktuální tělesné hmotnosti a stupni sebekontroly
- Sebekontrola se přenáší z jídla i na jiné oblasti života (potřeba mít vše srovnané, nutkavé uklízení...)
- Sebevražedné ohrožení – sama anorexie může být považována za druh „pomalé“ sebevraždy, v depresivní fázi může dojít i k „rychlé“ sebevraždě
- Nejistota, úzkostné prožitky
- Postupná dezorientace ve vlastních pocitech
- Snižuje se zájem o okolí, vzrůstá egocentrismus, vztahovačnost
- Častá sociální izolace



## 7 Léčba mentální anorexie

Léčba mentální anorexie je založena především na diagnóze konkrétní pacientky. Záleží, v jak závažném stavu se nachází její psychické i fyzické zdraví. Léčba musí být komplexní (psychická i somatická) a měla by být založena na spolupráci několika odborníků, jako jsou psychologové, psychiatři, internisté, gynekologové, endokrinologové a výživoví poradci (Papežová ed., 2010).

Terapeut a pacient musí mít vymezené shodné cíle spolupráce, aby terapie mohla fungovat. Základem je také psychoedukace, což je poučení pacientky o vhodné stravě, hmotnosti, možných důsledcích apod. Pokud jsou jednodušší postupy neúčinné, přidávají se k nim další. Průměrně léčba trvá 5-6 let, ale může trvat delší i kratší dobu (Papežová ed., 2010).

Russell a Brnes (1998, s. 289 in Papežová ed., 2010) uvádí tyto terapeutické cíle léčby:

- „Navození normální váhy k obnovení reprodukčních funkcí – menstruace a normální ovulace u žen.
- Navození normálního tělesného růstu a sexuálního vývoje u dětí a adolescentů.
- Zastavení demineralizace kostí.
- Odstranění dalších biologických i psychologických následků malnutrice.
- Psychoedukace o zásadách zdravé výživy a následcích hladovění a diet.
- Stanovení a dosažení „zdravé“ cílové váhy, týdenního nárůstu váhy (součást písemné smlouvy pacientky s terapeutem).
- Změna maladaptivního myšlení, postojů a pocitů týkajících se příjmu potravy.
- Léčba dalších psychopatologických projevů, poruch nálady, sebehodnocení a chování.
- Podpora rodiny nebo partnerů, poradenství nebo terapie v indikovaných případech.
- Prevence relapsu (realimentace beze změny postojů k jídelnímu režimu má většinou krátkodobý efekt).“

## 7.1 Hospitalizace a ambulantní péče

Po stanovení diagnózy je třeba uvážit, zda je v daném případě nutná hospitalizace, nebo je možná ambulantní péče (Hort et al., 2008).

Indikace hospitalizace bývá z důvodu nutnosti lékařské stabilizace. Nastává, pokud je váhový úbytek větší než 25% stanovené váhy pro konkrétní výšku a věk, objevují-li se závažné zdravotní komplikace, depresivní syndrom nebo sebevražedné sklony, dále pokud je pacientka sociálně izolovaná nebo není schopna fungovat v běžném životě. Pokud pacientka s hospitalizací nesouhlasí a je v akutním ohrožení života, bývá hospitalizace nařízena i proti její vůli (Hort et al., 2008; Leibold, 1995).

Léčba v nemocnici není zaměřená pouze na zdravotní komplikace, ale pracuje i na psychických problémech. Častou obtíží bývá odpor pacientky ke spolupráci a je nutné ji nejdříve k léčbě motivovat (Krch et al., 2005).

Částečná hospitalizace či denní stacionáře jsou vhodné u lehčích forem nemoci. Tento typ léčby je ekonomicky výhodnější než hospitalizace úplná a umožňuje snazší přechod k ambulantní péči. Nabízí možnost stejně intenzivní terapie, ale zároveň pacientka není úplně vytržena ze svého života. (Krch et al., 2005; Papežová ed., 2010).

Ambulantní péče se soustředí především na navrácení pacientky do běžného života a zaměřuje se na dosažení psychické a somatické stability. Probíhá ve formě terapií a lékařských vyšetření (Krch et al., 2005).

Jak již je výše zmíněno, léčba probíhá na několika úrovních. Probíhá pomocí realimentace, psychoterapie, farmakoterapie a u lehčích případů i ve formě svépomoci.

## 7.2 Realimentace

Většina pacientek, které jsou doporučeny k hospitalizaci, jsou výrazně podvyživené, a proto dochází k realimentaci, což je zlepšování jejich stavu výživy. Nejdříve je nutné zjistit pomocí vyšetření, jaký je u dané pacientky stav metabolismu a hydratace. Pokud je metabolismus vážně poškozen, musí se přistoupit k infuzní terapii (Hort et al., 2008; Kocourková et al., 1997).

Realimentaci je nutné provádět pozvolně a s opatrností. Nejdříve je dívkám podávána strava o menších porcích v častějších intervalech. Postupně se množství potravy zvyšuje. Tato strava by měla být bohatá na bílkoviny a vitaminy. Během

realimentace je nutností alespoň mírná svalová činnost, aby mohlo dojít o obnovení svalové tkáně (Hort et al., 2008; Kocourková et al., 1997).

Jak rychle bude realimentace probíhat, záleží na spolupráci pacientky. Často potravu odmítají nebo se jí snaží různě zbavit. V těchto případech je důležitý dohled na pacientky při jídle. V případě že pacientka jídlo stále odmítá, zavádí se výživa sondou (Hort et al., 2008; Kocourková et al., 1997).

### **7.3 Psychoterapie**

Terapie se soustředí především na eliminování faktorů, které poruchu přizívají. Není kladen důraz pouze na propracování příčin vzniku poruchy, protože jejich zjišťování je velmi obtížné. Je nutné vytvořit terapeutické prostředí takovým způsobem, aby bylo zároveň přijímající, ale také důsledné k pacientčinu přístupu (Krch et al., 2005; Kocourková et al., 1997).

Cílem terapie je vytvoření nových schémat, která se týkají jídelního chování a akceptace sebe samé i s jistými nedokonalostmi. Dále se v terapii pracuje na přiměřené sebekontrolě, sebepercepci, samostatnosti, zlepšení sebejistoty a sebevědomí, na schopnosti navozování sociálních kontaktů a vztahů. (Krch et al., 2005; Trenckmann, Bandelow, 2005).

K terapii je většinou nutné pacientku motivovat a postupně získat její spolupráci, protože s léčbou souhlasí často pod tlakem okolí a ne ze své vlastní vůle (Krch et al., 2005).

Existuje několik druhů psychoterapeutických přístupů. Jejich výběr je u každé pacientky individuální. Záleží na jejím věku, osobnosti, závažnosti poruchy a na motivaci ke spolupráci. Nejčastěji bývají využívány tyto psychoterapeutické přístupy: psychoanalytická a psychodynamická psychoterapie, kognitivně-behaviorální terapie, rodinná terapie a skupinová psychoterapie. Tyto základní typy mohou být doplňovány i dalšími způsoby terapií, jako je například arteterapie nebo muzikoterapie (Hort et al., 2008; Kocourková et al., 1997).

#### **Psychoanalytická a psychodynamická terapie**

Tento přístup se soustředí především na odkrývání nevědomých obsahů a fantazií, které mají vliv na naše prožívání, myšlení a chování. Cílem je odstranění symptomů poruchy a změna v osobnosti pacientky (Kocourková et al., 1997).

Tyto typy terapie napomáhají porozumět hlubším příčinám onemocnění. Nemoc dle nich vzniká na základě nevyřešené rané vazby k pečující osobě, díky které vznikají problémy ve vývoji. Terapie probíhá na základě přenosu mezi terapeutem a pacientkou (Krch et al., 2005).

### **Kognitivně-behaviorální terapie**

Tento typ terapie bývá využíván především u dívek se středně těžkými až vážnými příznaky a u starších dívek, u kterých již není vhodná rodinná terapie (Krch et al., 2005).

Terapeut se nezabývá příčinami poruchy, ale usiluje o změnu patologických vzorců ve vztahu k jídelnímu chování, dále o změnu postojů k vlastnímu tělu a způsobu myšlení. V terapii se klade důraz na sebemonitorování (především jídelního chování), aktivní nácvik spojený s domácím cvičením a na konfrontaci s kritickými situacemi (Papežová ed., 2010; Hort et al., 2008).

### **Rodinná psychoterapie**

Vzhledem k tomu, že příčiny vzniku mentální anorexie bývají také v rodinném prostředí a tato porucha dále vytváří konflikty v rodině a následně ji ovlivňuje, je vhodná (především pro pacientky, které žijí společně se svojí rodinou) i terapie pro celou rodinu. Sezení se účastní pacientka, její rodiče a sourozenci. Nejdříve je terapie soustředěna na odstraňování symptomů, poté na vztahy a strukturu rodiny (Hort et al., 2008; Kocourková et al., 1997).

Vytvoření pozitivního klimatu v rodině působí pro dívku s touto poruchou jako ochrana před recidivami, a proto má rodinná terapie významný vliv na trvalou úspěšnost léčby (Leibold, 1995).

### **Skupinová psychoterapie**

Skupina umožňuje nácvik vhodných způsobů chování, které pak pacientky využívají v běžném životě. Léčebný efekt je založený také na podpoře ostatních členů skupiny, pacientka není osamocena, navazuje vztah se členy, získává informace ze zkušeností druhých. Terapeut řídí směr, kterým by se skupina měla ubírat a zamezuje či ošetřuje vznik problémů (Kocourková et al., 1997; Leibold, 1995).

Do skupiny anorektických dívek je velmi přínosné začlenění částečně vyléčených pacientek. Ty jsou schopny se lépe vyjadřovat a slouží ostatním jako vzor. (Krch et al., 2005).

## 7.4 Farmakoterapie

V této době je jako nejefektivnější léčba považována dlouhodobá psychoterapie spojená s krátkodobou intenzivní farmakoterapií. Farmakoterapie by měla být užívána pouze jako doplněk k psychoterapii, nikdy by neměla být využívána samostatně bez jiných druhů léčby. Naše možnosti medikace ovlivňují příznaky této nemoci, ale ne její podstatu. Cílem farmakoterapie je úprava tělesné hmotnosti pacientek a léčba somatických a psychických poruch, způsobených touto nemocí (Krch et al., 2005; Kocourková et al., 1997).

Jsou užívány psychofarmaka, léky k nutriční podpoře a léky navozující menstruační cyklus. Pokud dochází k depresivnímu syndromu, využívají se především antidepressiva. Dalšími častými léky je skupina antipsychotik. V některých případech jsou indikovány také léky zvyšující chuť k jídlu (Hort et al., 2008; Krch et al., 2005; Kocourková et al., 1997).

## 7.5 Svépomoc a svépomocné skupiny

Pro většinu pacientek tato metoda není dostatečná, ale je možná u pacientek s mírnými příznaky mentální anorexie, u kterých může mít ozdravné účinky. Svépomoc je vhodná jako doprovod k psychoterapii a dalším léčbám, nebo jako dodatečný způsob léčby po dokončení odborné terapie (Krch et al., 2005; Leibold, 1995).

Kladem svépomoci je dobrovolná volba pacienta na sobě pracovat, díky které může být uzdravení mnohem rychlejší. Ovšem během nekontrolované svépomoci mohou vyvstat potlačené zkušenosti související s nemocí, které by mohly způsobit psychickou krizi. Je tedy vhodné, aby byla svépomoc kontrolována a prodiskutována s odborníkem (Leibold, 1995).

Hojně rozšířené jsou také svépomocné skupiny. Jejich léčebný efekt je postaven na sdílení společného problému celé skupiny. Některé jsou vytvořené a vedené odborníky, jiné si pacientky vytvářejí samy. Tyto skupiny umožňují svým členům nahlédnout na tuto poruchu u ostatních lidí, získat kontakty a překonat izolaci, zjistit možnosti léčby a podobně (Krch et al., 2005).

V dnešní době se také rozvíjejí svépomocná hnutí na internetu. Na internetových stránkách se také zvyšuje počet proanorektických webů, které anorexii propagují jako určitý životní styl. Dívky si zde vyměňují nápady jak „efektivně“ zhubnout a jak být anorektičkou (Krch et al., 2005).

# VÝZKUMNÁ ČÁST

## 1 Cíl výzkumu

Cílem mého výzkumu je zjistit, jaké informace jsou o mentální anorexii na internetu dostupné, zda se shodují s výše vymezenou teoretickou částí, jakým způsobem jsou informace zpracované, co je v nich zdůrazněné a jaký výstup si z nich vlastně adolescenti, které vnímám jako nejrizikovější skupinu, a případně jejich rodiče mohou odnést.

Tento cíl jsem zvolila z důvodu širokého rozšíření této poruchy u adolescentů. Směřován do světa internetu je proto, že dnešní adolescenti využívají k vyhledávání a získávání informací především elektronickou nežli literární podobu a stejně tak i jejich rodiče. Tento předpoklad jsem vyvodila na základě dat z Českého statistického úřadu (2012). Bylo zjištěno, že v roce 2012 ve věkové skupině 16-24 let využívá internet 96% dotázaných. Ve věku 35-44 let 89% z dotázaných a v 45-54 letech až 79,4%.

Vidím tedy jako důležité zjistit, zda internet poskytuje dostatečné informace, protože dostatečná informovanost veřejnosti dle Krcha et al. (2005) velmi přispívá k prevenci této poruchy.

Pokud jsou teoretické informace dostatečné, neměla by se mentální anorexie prostřednictvím tohoto směru rozšiřovat. Pokud ovšem dostatečné nejsou a objevují se mezi nimi klamné informace, měla by být učiněna další opatření, která by jejich negativní účinek omezila či v nejlepším případě zamezila.

### 1.1 Výzkumné otázky

Stanovila jsem si hlavní výzkumnou otázku a čtyři podotázky:

Jak je mentální anorexie prezentovaná v internetových článcích?

- 1) Které informace se o mentální anorexii vyskytují v internetových článcích nejčastěji?
- 2) Jaké informace z internetových článků můžeme o mentální anorexii získat?
- 3) Jakým způsobem jsou informace o mentální anorexii v internetových článcích podávány?
- 4) Na jakých webech jsou tyto články prezentované?

## 2 Výzkumná metoda

Jako výzkumnou metodu jsem zvolila jeden ze základních přístupů ve výzkumu, a to analýzu dokumentů (Miovský, 2006). V této metodě budu využívat kvalitativního i kvantitativního přístupu.

Výhodou této metody je, že data nejsou ovlivněna subjektivitou výzkumníka. Výzkumník se nepodílí na vzniku dat, podílí se na jejich výběru a zpracování. Tímto je snížena možnost zkreslení dat a proto každý, kdo by s nimi pracoval, by měl prakticky stejné možnosti. Tato vlastnost se může zároveň jevit i jako nevýhoda, protože nemůže být ovlivněna podoba dat (Miovský, 2006).

Analýzu dokumentů rozděluje Mayring (1990, s. 103 in Miovský, 2006) na tyto fáze:

1. „Jasná formulace problému, cílů a výzkumných otázek.
2. Nutnost definovat, co v kontextu dané studie považujeme za dokument. Určíme tedy, co je výchozím materiálem a popíšeme způsoby, jak je hodláme získat.
3. Shromáždění dokumentů a revize.
4. Kritika pramenů. Podle základních kritérií pro hodnocení dokumentů se pokusíme zhodnotit, co mohou dokumenty vypovídat a jak jsou relevantní pro zodpovězení formulovaných výzkumných otázek.
5. Analýza a interpretace dokumentu ve smyslu formulovaného problému a otázek.
6. Zpětná reflexe a kontrola (uplatnění technik kontroly a zvyšování validity).
7. Návrh a realizace závěrečné zprávy.“

Cíle výzkumu obsahují to, čeho chceme ve své práci dosáhnout. Měly by být srozumitelné, jasné a výstižné. Výzkumné otázky jsou jádrem celého výzkumu. Dále zaostřují a konkretizují výzkumný problém (Miovský, 2006; Švaříček, Šed'ová, 2007).

Kritika pramenů nám pomáhá posoudit validitu zdrojů dat a provádíme ji pomocí těchto 6 kritérií (Hendl, 2005; Miovský, 2006):

Druh dokumentu – hodnotíme typ dokumentu a období, ve kterém dokumenty vznikly.

Vnější znaky dokumentu – sledujeme stav, vzhled a vnější zpracování dokumentů, posuzujeme, zda také představují to, za co jsou vydávány.

Vnitřní znaky dokumentu – zabýváme se obsahem dokumentů, spolehlivostí a přesností informací, které nám podává, stylistikou, užívanými termíny...

Intence dokumentu – posuzujeme účel, za jakým byl dokument vytvořen a jak se tento účel promítl do jeho podoby.

Blížkost dokumentu – hodnotíme časovou, prostorovou či sociální blízkost dokumentu k předmětu zkoumání.

Původ dokumentu – sledujeme, kde byl dokument nalezen

Pro analýzu dat jsem zvolila obsahovou analýzu. V obsahové analýze po definování a shromáždění vhodných dokumentů následuje definice základních jednotek, tvorba systému kategorií a odpovídajících kódů. Pomocí kódování zpracováváme celý text (Miovský, 2006). Jako základní jednotka byl zvolen internetový článek.

Při tvorbě kategorií se řídíme několika pravidly: „Kategorie musí být vyčerpávající (musí pojmut všechny identifikované jednotky), musí se vzájemně vylučovat (zamezení vzájemnému překryvu kategorií), každá jednotka musí být zařaditelná pouze do jedné kategorie, kategorie by měly být vytvořeny tak, aby se při zařazování do nich shodovali nezávisle na sobě různí výzkumníci“ (Kerlinger, 1972, s. 240 in Miovský, 2006).

Kategorie je možné mít předem připravené, ale také je i vytvářet v průběhu analýzy textu. Já jsem měla sadu předem vytvořených kategorií (viz příloha číslo 1), které jsem vzhledem ke svým cílům viděla jako klíčové, ale v průběhu kódování textu jsem přidávala i kategorie nové, které by mohly výzkum dále obohatit.

Analýza byla prováděna jak kvalitativně, tak kvantitativně. Z kvantitativního hlediska bylo zjišťováno, které kategorie se objevují nejčastěji a na jakém druhu webu jsou články dostupné. Kvalitativně byl hodnocen obsah a forma textu (Miovský, 2006):

Obsah – hlavní téma textu, komu je text určen, čeho má být jeho prostřednictvím dosaženo

Forma – struktura textu, zdůraznění, stylistika

Miovský (2006) dále uvádí, že v obsahové analýze zjišťujeme také námět (proč dokument vznikl, co bylo zdrojem inspirace k jeho zpracování). Což ovšem v rámci mého výzkumu nelze zjistit, protože nejsem schopna kontaktovat autory textů.



## 1) Kvantitativní část

Po zakódování textu jsem sečetla počet kódů každé kategorie a tyto čísla spolu potom porovnávala. Dále jsem zjišťovala, které kategorie se ve člancích objevují nejčastěji společně.

K hodnocení webů, na kterých se články vyskytovaly, jsem si vytvořila tuto typologii:

- A. Informační (všeobecný) web – objevují se na něm informace různého typu, z různých oblastí
- B. Web o poruchách příjmu potravy – je na něm přímo uvedeno, že se zabývá poruchami příjmu potravy
- C. Lékařský web – obsahuje články o nemocech, zdraví, uvedeno, že je zpracovává lékař či skupina lékařů
- D. Web o zdraví – zabývá se zdravím, nemocemi, ale i jinou tematikou, není uvedeno, že autory jsou lékaři
- E. Web pro rodinu – obsahují různé informace pro rodiče a celou rodinu
- F. Web o výživě či hubnutí – zabývá se správnou výživou či hubnutím
- G. Ostatní – soustředí se na jednu oblast, která nepatří do výše uvedených

## 2) Kvalitativní část

V obsahu textu jsem se zaměřila na obsahy mnou předem stanovených kategorií a porovnávala jsem je jak mezi sebou, tak s informacemi v mé teoretické části. Z nově získaných kategorií jsem hodnotila ty, které se ve člancích objevovaly nejčastěji.

Formu textu jsem hodnotila dle srozumitelnosti, stupně odbornosti informací a strukturovanosti textu.

### **3 Výzkumný soubor**

#### **3.1 Způsob výběru vzorku**

Jelikož jsem chtěla vybírat články prostřednictvím internetového vyhledávače, udělala jsem si nejdříve malý průzkum, abych zjistila, který z mnoha internetových vyhledávačů populace adolescentů využívá.

Vytvořila jsem tedy lístečky s otázkou: Jaký internetový vyhledávač nejčastěji využíváš? Celkem jsem získala 75 odpovědí, průměrný věk respondentů byl 17,7 let. 86% respondentů nejčastěji využívá vyhledávač Google, 12% Seznam a po jednom procentu Centrum a Yahoo. Na základě těchto výsledků jsem se rozhodla využít pouze vyhledávače Google.

Do tohoto vyhledávače jsem zadala heslo: mentální anorexie, nastavila si vyhledávání odkazů pouze v českém jazyce, z důvodu orientace na českou populaci. Bylo nalezeno přibližně 123 000 odkazů, já jsem prošla prvních 100 z nich. Nakonec se mi toto množství zdálo dostatečné, protože postupně byly články stále kratší, některé se opakovaly a už nepřinášely žádné nové informace. Také jsem předpokládala, že většina si přečte několik prvních článků a dál nepokračuje.

#### **3.2 Základní charakteristiky vzorku**

Jednotlivé články jsem vybírala na základě těchto kritérií. Muselo se jednat přímo o teoretický článek týkající se mentální anorexie. Z původního vzorku (100 odkazů) jsem vyřadila odkazy na videa, knihkupectví, články týkající se životních příběhů anorektiček a odkazy, které se opakovaly.

Celkem mi tedy zbylo 53 různých článků, které tvořily můj konečný vzorek.

Data jsem získala na přelomu října a listopadu roku 2012.

#### **3.3 Kritika pramenů**

##### **Klady**

Největším kladem mých pramenů je velká blízkost dokumentů k předmětu zkoumání. Vzhledem k tomu, že chci zjišťovat prezentaci mentální anorexie v internetových článcích, tak jsem i zvolila nejbližší možný typ dokumentů a to internetové články.

Dokumenty pochází z volně přístupných internetových stránek, a může si je tak přečíst každý, kdo má přístup k internetu.

### **Zápory**

U internetových článků nemáme nikdy jistotu, zda jsou uvedené informace důvěryhodné či ne, vzhledem k tomu, že kdokoli z nás tam může vkládat jakékoli informace. Přesto však některé články můžeme hodnotit za jistější, pokud je napsal odborník na příslušnou oblast. U 28 článků z 53 bylo uvedeno konkrétní jméno autora. U 25 z nich se mi podařily dohledat informace o něm. Všichni byli buď lékaři, psychologové, psychiatři či výživoví poradci. Což znamená, že necelou polovinu článků můžeme hodnotit jako důvěryhodnou, ale to se mi zdá nedostatečné.

Předpokládám, že dokumenty vznikly za účelem informovat ostatní uživatele internetu o této problematice, ovšem motivy autorů mohly být jakékoliv a nejsem schopna je dohledat.

Vnější a vnitřní znaky dokumentů budu hodnotit podrobněji dále ve výsledcích své práce.

## 4 Výsledky

### 1) Které informace se o mentální anorexii vyskytují v internetových článcích nejčastěji?

Zjistila jsem počet kódu ke každé kategorii a dále vypočítala jejich procentuální zastoupení ze všech kódů dohromady.

Umístění	Název kategorie	Počet kódů	%
1.	Definice MA	38	18,8
2.	Průběh	29	14,4
3.	Komplikace a důsledky	28	13,9
4.	Léčba	27	13,4
5.	Symptomy MA	25	12,4
6.	Příčiny vzniku MA	22	10,9
7.	Epidemiologie	18	8,9
8.	Diagnostická kritéria	10	5,0
9.	Historie MA	5	2,5

Tab. 1 (Přehled kategorií dle počtu kódů)

Z tabulky číslo 1 můžeme vidět, že předem vybrané kategorie byly zastoupeny všechny. Nejčastěji se objevila kategorie Definice. Druhou nejčastější kategorií byl Průběh. Dále byly těsně za sebou kategorie Komplikace a důsledky, Léčba a Symptomy.

Kategorii Definice považuji za nejdůležitější z nich, protože představuje úvodní informace, které pojem mentální anorexie vysvětlují. Pro každého čtenáře je důležité, aby si nejdříve ujasnil, co tento pojem vlastně znamená.

Historie byla zastoupená nejméně. Nemyslím si, že by tato skutečnost však měla negativní vliv na dostatečnou informovanost o problematice mentální anorexie. Spíše je to bod navíc k ucelenějšímu přehledu.

Diagnostická kritéria jsou také málo zastoupena, jsou to však dle mého názoru informace spíše pro odbornou veřejnost. Širší veřejnost bude vyhledávat spíše jednotlivé symptomy.

Na první pohled by se mohlo zdát, že Léčba a Symptomy jsou málo zastoupeny, a to přibližně v polovině článků. Některé články byly však zaměřené pouze na jednu konkrétní oblast mentální anorexie (např. hospitalizace), a tak i jejich zastoupení hodnotím jako dostatečné.

Dále jsem hodnotila, které kategorie se spolu ve člancích vyskytují nejčastěji. Zjistila jsem, že nejčastěji se spolu vyskytují tyto kategorie: Definice, Komplikace a důsledky, Léčba a Symptomy.

Z takovýchto článků se každý dozví základ o mentální anorexii. Její definování, popis symptomů, možných následků a možnosti léčby. Tento výsledek považuji za velice pozitivní. Je důležité, aby se ve člancích objevovaly především podstatné oblasti mentální anorexie a ne jen samostatné detaily, které čtenáři poskytnou neucelené informace. Tato skupina kódů se spolu však objevila pouze v 9 člancích.

Oproti individuálnímu umístění si můžeme všimnout, že ve skupině nejčastěji se vyskytujících kategorií pospolu se neobjevila kategorie Průběh, která je individuálně na druhé pozici. Rozestupy mezi počty kódů jsou však u kategorií velmi malé, proto se konečné výsledky od sebe mohou lišit.

Všechny mé kategorie dohromady se neobjevily v žádném ze článků.

Z hlediska podkategorií vypadají výsledky takto:

<b>Příčiny vzniku</b>			
Umístění	Podkategorie	Počet kódů	%
1.	Individuálně psychologické faktory	19	31,7
2.	Sociokulturní faktory	18	30,0
3.	Rodinné faktory	14	23,3
4.	Biologické a genetické faktory	9	15,0

Tab. 2 (Příčiny vzniku – podkategorie)

Pokud jde o příčiny vzniku mentální anorexie (Tab. 2), tak nejčastěji se ve člancích objevují individuálně psychologické a sociokulturní faktory. Je tedy kladen důraz především na vliv určitých osobnostních rysů, životních událostí a sociálního prostředí, ve kterém dívky žijí.

<b>Symptomy</b>			
Umístění	Podkategorie	Počet kódů	%
1.	Změna jídelního chování	21	30,9
2.	Změny v psychice a na kognitivních funkcích	17	25,0
3.	Zvýšení aktivity	16	23,5
4.	Tělesné obtíže	14	20,6

Tab. 3 (Symptomy – podkategorie)

Nejčastěji zmiňovanými symptomy (Tab. 3) byla změna jídelního chování. Tento příznak je pro tuto nemoc typický a spouští celou sérii zdravotní problémů. Proto je dobré, že je i ve člancích nejvíce zdůrazněn.

<b>Komplikace a důsledky</b>			
Umístění	Podkategorie	Počet kódů	%
1.	Zdravotní komplikace	29	70,7
2.	Psychické a sociální důsledky	12	29,3

Tab. 4 (Komplikace a důsledky – podkategorie)

Jako nejčastější komplikace a důsledky mentální anorexie (Tab. 4) jsou uváděny zdravotní komplikace. Je důležité zdůraznit, že tato nemoc může mít i velmi závažné důsledky na naše zdraví, ovšem ani psychické důsledky by neměly být tolik opomíjeny, protože způsobují zvýšené riziko sebevražd.

<b>Léčba</b>			
Umístění	Podkategorie	Počet kódů	%
1.	Psychoterapie	9	31,0
2.	Farmakoterapie	6	20,7
3. - 4.	Svépomoc a svépomocné skupiny	5	17,2
3. - 4.	Hospitalizace a ambulantní péče	5	17,2
5.	Realimentace	4	13,8

Tab. 5 (Léčba – podkategorie)

Velice pozitivně hodnotím, že z hlediska léčby (Tab. 5) byla nejvíce zastoupena podkategorie Psychoterapie. Je to velmi důležitá součást léčby, bez které by nebylo možné dojít k celkovému uzdravení. Naopak negativní je Realimentace na posledním místě, která u většiny zahajuje léčbu a pro návrat do normálního zdravého života je nutností.

## **2) Jaké informace z internetových článků můžeme o mentální anorexii získat?**

### **Historie**

Ze základních informací se ve článcích vyskytuje, že první zmínky o této nemoci pocházejí již ze starověku. Často bývá zmiňována císařovna Alžběta Bavorská (19. století) jako nejznámější anorektička. První popis nemoci je připisován Richardu Mortonovi.

Zmiňována je i historie 20. století, kdy se počet nemocných začal zvyšovat společně s rozšiřováním kultu štíhlosti.

Ve článcích se vyskytla jedna chyba, kdy byl Hippokrates časově zařazen až po Galénovi a byl mu přisouzen název anorexia nervosa, který však popsal až Gull v 19. století.

### **Definice**

V jednotlivých definicích je zdůrazňováno, že mentální anorexie je charakterizována především úmyslným snižováním hmotnosti a narušeným vnímáním vlastního těla. Je zařazena mezi poruchy příjmu potravy.

V několika článcích byl také vymezen rozdíl mezi anorexií (= nechutenství) a mentální anorexií. Vyskytl se zde článek přímo z MKN-10, obsahující příslušnou definici.

Objevilo se zde také dělení mentální anorexie, a to vždy na restriktivní a purgativní typ.

Nalezla jsem jednu chybu. Mentální anorexie byla zařazena mezi poruchy osobnosti, kam ovšem dle uznávaných klasifikací nemocí nepatří.

### **Diagnostická kritéria**

Diagnostická kritéria ve článcích převládají především podle MKN-10, ale zastoupeny jsou i podle DSM-IV či jsou spojeny v jedno. Objevily se také kritéria dle Russella a Feighnera. Russellova kritéria jsou velmi podobná informacím v MKN a DSM. Feighnerova již trochu vybočují. Vymezují mentální anorexie navíc začátkem před 25 rokem, úbytek hmotnosti musí být 25% oproti stavu před začátkem nemoci. Shoduje se v patologickém vnímání postavy, chorobném strachu z tloušťky. Dále musí být vyloučena psychiatrická onemocnění jako schizofrenie, obsesivní, kompulzivní nebo fobické neurózy a také další jiná onemocnění, která by mohla vysvětlovat příznaky

anorexie. Nutná je i přítomnost alespoň dvou z těchto příznaků: K potvrzení diagnózy je nutná přítomnost aspoň dvou z uvedených klinických příznaků: amenorea, epizody bulimie, zvracení, vysoká aktivita, bradykardie, výskyt lanuga.

Z kritérií celkově je nejvíce zdůrazňován strach z tloušťky, zkreslená představa o vlastním těle a dále snížení váhy pod 15% odpovídající normy.

Chyba se objevila jedna a to pouze v překlepnutí, kdy bylo místo Feighnerova kritéria napsáno Feighterova.

## **Epidemiologie**

Naprostá většina informací o epidemiologii se zmiňuje o tom, že mentální anorexie je typickým onemocněním především pro dívky a ženy v pubertálním či adolescentním věku a vyskytuje se spíše v industrializovaných zemích a ve středních a vyšších socioekonomických vrstvách.

Články také uvádí konkrétní rozmezí věku, ve kterém se mentální anorexie objevuje nejčastěji. Tato rozmezí se od sebe však dosti liší. Nejširší vymezení bylo 12 – 30 let, nejužší 13 – 16 let.

Prevalence je většinou uváděna mezi 0,5 až 1 %, ovšem jeden článek uvádí dokonce 6%.

Rozdíly v číslech jsou pravděpodobně způsobeny rozdílnými zdroji, ze kterých tyto informace pocházejí. Vždy záleží na typu studie a také roku, ze kterého pochází. Tyto informace ve člancích obsaženy nejsou, a proto nelze rozhodnout, zda jsou některé z nich významnější než jiné.

## **Příčiny vzniku**

Články se shodují, že na příčinách vzniku mentální anorexie se podílí soubor bio-psycho-sociálních faktorů.

Z biologických a genetických faktorů je uváděno zvýšené riziko vzniku mentální anorexie, pokud je daná osoba ženou, je právě v pubertě. Dále pokud její matka, sestra (či přímo dvojče) také trpěla poruchou příjmu potravy. Zvýšené riziko také nastává, když je přítomna amenorea. Nalezena byla také souvislost mezi tímto onemocněním a nízkou hladinou mozkové bílkoviny BDNF.

V individuálně-psychologických příčinách je jako rizikový faktor zdůrazňován perfekcionismus, nespokojenost sama se sebou, nízké sebevědomí, strach z dospělosti,



nížká odolnost vůči stresu. Dalším rizikem je držení diet a výskyt významných životních událostí jako je stěhování, nemoc či nevhodná poznámka o dívčině těle.

Rodinné faktory jsou zmiňovány především z hlediska nedostatku nebo naopak nadbytku pozornosti a lásky poskytovanou rodiči svým dětem. Zvýšené riziko se objevuje v rodinách, které se zaměřují na příjem potravy, tvar těla nebo na výkon. Problémová situace může také nastat, je-li rodiči preferován některý ze sourozenců. Jiným častým faktorem byla uváděna závislost dívek na matce a nucení jídla dětem.

Při vymezování sociokulturních faktorů se články jasně shodují na vlivu kultu štíhlosti, který je propagován v médiích a reklamách jako symbol krásy a úspěchu. Velký vliv na možný vznik mentální anorexie je také připisován profesím, kde je kladen důraz na štíhlost a dobrý vzhled jako je například modeling, herectví nebo sportovním odvětvím jako je gymnastika či tanec.

Ve člancích jsem nenalezla žádné chybné informace.

## **Symptomy**

Z hlediska změn jídelního chování byl ve člancích nejčastěji uváděn symptom odmítání potravy a úprava jídelníčku. Dále změna jídelního tempa, manipulace s jídlem, vymlouvání se z jídla, časté sledování kalorických hodnot potravin, čtení receptů a vaření pro druhé, dlouhá doba trávená po jídle na toaletě. V kontextu se sociálním okolím dochází k vyhýbání se jídlu ve společnosti a srovnávání porcí dívek s ostatními.

Zvyšování aktivity je ve člancích zdůrazňováno nadměrným cvičením, přecházením při jídle, prováděním zbytečných činností nebo také omezováním spánku.

Změny v psychice a na kognitivních funkcích jsou uváděny především jako zkreslená představa o vlastním těle a nespokojenost sama se sebou. Dalším častým zmiňovaným symptomem byla deprese, poruchy nálad, poruchy koncentrace a pozornosti, neustálé myšlenky na jídlo, uzavírání se do sebe, plachost, podrážděnost, ztráta zájmu nebo naopak zvýšený zájem o erotiku.

Z tělesných obtíží mimo zdravotní komplikace články popisují úbytek hmotnosti, užívání diuretik, anorektik a projímadel. Časté je i zvracení.

## **Průběh**

Průběh mentální anorexie je ve člancích hodně útržkovitý a většinou je z této oblasti zmiňovaná hlavně prognóza nemoci.

Na začátku onemocnění jsou ve člancích popisovány první poznámky okolí, které si všimlo některých změn v dívčině chování. Okolí buď reaguje obdivně a podporuje hubnutí nebo začíná mít pochyby, které však dívka popírá za využití různorodých výmluv. Postupně dochází k úbytku hmotnosti, zdravotním komplikacím až ke smrti. Často bývá mentální anorexie kombinována s bulimií nebo i se schizofrenií, depresí či jinou psychickou poruchou. Objevuje se i zmínka o srovnávání průběhu této nemoci se závislostním chováním. Dále je uváděna častá recidiva, až u 50% případů.

V prognóze většina článků uvádí procentuální úmrtnost anorektiček. Toto číslo se pohybuje od 3 do 20%. Zmiňováno je také velké riziko sebevraždy a to až 200x větší než u jiných psychiatrických poruch. Dále je popisována úspěšnost léčby. Vyléčených je udáváno kolem 40%, částečně vyléčených kolem 30% a pacientek s chronickým průběhem, kdy už nejsou schopny udržovat zdravou hmotnost asi 20%.

Opět tato číselná data nemohu rozdělovat na pravdivá či lživá. V ostatních informacích chyba nalezena nebyla.

## **Komplikace a důsledky**

Ve člancích se objevují jak zdravotní komplikace tak i psychické a sociální důsledky.

Zdravotní komplikace jsou podrobně zpracované a obsahují velké množství informací. Největší důraz byl celkově kladen na dermatologické komplikace, jako jsou suché a lámavé vlasy a nehty, tenká zešedlá či zažloutlá pleť. Dále byly často zmiňovány poruchy menstruačního cyklu, zvýšení citlivosti na chlad, zpomalení funkce střev a z toho vyplývající zácpa, nízký krevní tlak a změny v tepové frekvenci. Zastoupeny byly však i ostatní oblasti komplikací.

Nejčastějším psychickým důsledkem byla uváděna deprese. Dále nesoustředěnost a poruchy koncentrace, stavy úzkosti, zvýšená dráždivost, sklony k sebepoškozování a sebevražedné sklony, pocity smutku, osamocení a bezmoci. Z hlediska sociálních důsledků, které se objevovaly spíše výjimečně, byla zastoupena

sociální izolace, narušení vztahů s blízkými osobami a neschopnost navázat partnerský vztah.

## **Léčba**

Články se shodují, že při léčbě mentální anorexie je nutný komplexní a individuální přístup. Cílem je nutriční rehabilitace, navození normálního jídelního režimu a odstranění somatických a psychologických následků malnutrice. Dále články zdůrazňují, že čím dříve se s léčbou začne, tím lépe, ovšem i tak je léčba hodně náročná a může trvat až 5 let. Spolupráce s pacienty je část komplikovaná. Základními prvky léčby je uváděna psychoterapie a léčebná výživa.

Z hlediska hospitalizace a ambulantní péče články především popisují, v jakých případech je nutná ta či ona forma.

Realimentace je uváděna jako první fáze léčby. Vede k přírůstku hmotnosti a úpravě vnitřního prostředí.

Cílem psychoterapie je uváděna změna chování a postoje k jídlu. Terapeut dívku musí motivovat, respektovat ji a podporovat. Péče je nejen individuální, ale pokud je to možné, tak je potřebná i spolupráce celé rodiny. Z psychoterapeutických přístupů je nejčastěji uváděna kognitivně-behaviorální terapie, skupinová, rodinná a interpersonální terapie, psychoanalytická a psychodynamická terapie.

Farmakoterapie se využívá současně s jinými léčebnými postupy. Uvádí se využívání především antidepresiv a neuroleptik. Dále vitaminů a léků podporující chuť k jídlu. Články zdůrazňují, že neexistují léky speciálně na léčbu mentální anorexie.

Z hlediska svépomoci a svépomocných skupin se ve člancích objevují především rady, které mají dívkám sloužit jako návod, jak si pomoci. Například jaká by měla být jejich optimální váha, jakým způsobem by měly jíst a také obsahují podpurná a chápající slova k jejich situaci.

Některé články obsahují větší množství odborných výrazů, a proto mohou být pro širší veřejnost nesrozumitelné. Ovšem objevují se i články jednoduše a jasně zpracované, kterým může porozumět každý.

Z hlediska nově nalezených kategorií se ve člancích nejčastěji vyskytovaly ukázky ze životních příběhů dívek trpících touto nemocí, odkazy pro další informace, informace o prevenci a o mentální bulimii.

Životní příběhy popisují průběh nemoci, co se dívkám honilo hlavou, jaké měly pocity a jaké následky tato nemoc měla. Jsou to především výňatky z ucelených odpovědí, ale polovina z nich popisuje vyléčení a šťastný konec.

Jako prevenci články nejčastěji uvádí láskyplné a stabilní rodinné prostředí a informovanost o zdravém přístupu k jídlu, úskalí diet a poruchách příjmu potravy.

Odkazy se objevily na odborníky, další články a na příslušné knihy k tomuto tématu.

Tyto odkazy vidím jako velmi důležité. Čtenář se může dozvědět další potřebné informace a případně se se svými problémy obrátit na odbornou pomoc.

Mentální bulimie je ve člancích charakterizovaná neustálým zabýváním se jídlem, touhou po jídle, zvracením střídaném hladovkami a zneužíváním léků. Často bývá kombinována s mentální anorexií.

### **3) Jakým způsobem jsou informace o mentální anorexii v internetových člancích podávány?**

Na začátku článků se většinou objevoval buď nějaký úvod, anebo definice mentální anorexie.

Většina článků byla srozumitelná i pro širší veřejnost, ovšem vyskytlo se i několik velmi odborných článků, se kterými by tato skupina lidí mohla mít potíže. Mezi tyto články patřily především ty, které se týkaly zdravotních komplikací nebo jiných informací z medicínského hlediska.

Nenalezla jsem gramatické chyby. Využívána je spisovná čeština.

Strukturování textu je u většiny dodrženo. Jednotlivé kapitoly jsou od sebe odděleny a mají svůj nadpis. Je tedy snadné si v textu vyhledat to, co zrovna konkrétní čtenář potřebuje.

Některé články obsahují také fotografie dívek s mentální anorexií, které informace doplňují o vizuální představu, nebo také mohou sloužit jako odstrašující případy.

Zdůrazňuji, že je potřeba článků projít více než jeden nebo dva, protože některé obsahují jen velmi strohé informace nebo jsou naopak úzce zaměřeny jen na jednu konkrétní část této problematiky.

#### 4) Na jakých webech jsou tyto články prezentované?

Celkem se články objevily na 36 různých webech. Některé z nich se tedy opakovaly.

Ve vymezených typech webů bylo takovéto zastoupení:

Označení	Typ webu	Počet
A	Informační (všeobecný) web	7
B	Web o poruchách příjmu potravy	15
C	Lékařský web	11
D	Web o zdraví	5
E	Web pro rodinu	3
F	Web o výživě či hubnutí	5
G	Ostatní	7

Tab. 6 (Zastoupení typů webů)

Nejvíce byly zastoupeny weby, které se zabývají přímo poruchami příjmu potravy. Na těchto webech se čtenář může dostat k velkému množství informací, které jsou členěny do jednotlivých kapitol.

Na druhém místě byly weby, které zpracovávají lékaři. Informace jsou tedy podloženy znalostmi odborníků a čtenář se tak na ně může s jistotou spolehnout.

Skupina informačních a ostatních webů se dělí o třetí pozici. Informační weby obsahují informace z mnoha oborů a zabývají se mnoha tématy, proto o mentální anorexii poskytují pouze kratší články, pro základní orientaci. V typu webu ostatní se objevil například web pro ženy, osobní blog, web Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR atd. Nikdy se však neobjevily takzvané proanorektické stránky, které mentální anorexii podporují a vyznávají ji jako určitý životní styl, což pokládám za velmi důležitý výsledek.

#### **4.1 Shrnutí**

Z výsledků můžeme usoudit, že internetové články jako celek popisují mentální anorexii velmi dobře. Všechny podstatné informace jsou zpracovány tak, že jim může rozumět úplně každý a není k nim potřeba odborné vzdělání.

Články samostatně se v míře dostatečné informovanosti liší. V některých je informací jen málo, jiné jsou hodně odborné a úzce zaměřené. Pro ucelené informace je tedy nutné pročíst si článků více.

Ve člancích se téměř neobjevují chyby, a pokud ano jedná se většinou o informace, které nemají zásadní vliv na porozumění této problematice.

Nejčastěji je ve člancích popisována definice mentální anorexie, dále průběh, komplikace a důsledky, léčba a symptomy.

Velmi důležitým výsledkem podle mě je, že žádný z článků se nevyskytl na proanorektickém webu. Pokud by si tedy například dívka se začínající mentální anorexií chtěla o této nemoci vyhledat informace, neměla by se prvotně o tomto typu stránek dozvědět a tím pádem by neměla být takovýmto směrem ve svém chování podporována.

## 5 Diskuze

Na tomto místě bych chtěla porovnat mé výsledky s jinými studii a dále se věnovat možným limitům své práce.

Nenalezla jsem žádnou českou studii, která by se zabývala tímto tématem. Nalezla jsem však jednu zahraniční, která prováděla podobný typ výzkumu.

Tato studie na internetu zkoumala dostupnost a kvalitu informací o poruchách příjmu potravy. Využity byly 4 internetové vyhledávače (jeden z nich byl Google). Zadáváno bylo 7 termínů v angličtině jako například anorexia nervosa, bulimia nervosa, poruchy příjmu potravy. Hodnoceny byly lékařské oblasti této problematiky jako diagnostická kritéria, léčebné postupy, zdravotní komplikace. Tato studie považuje informace na internetu za nedostatečné (Smith et al., 2011).

Tento výzkum se od mého liší v metodách, kdy podle určitých kritérií hodnotily každý článek zvlášť, já je naopak hodnotila především jako celek. V těchto lékařských oblastech v jednotlivých článcích se však mohou shodnout s těmito výsledky jako s nedostačujícími.

Jedním z limitů jsou samotné vlastnosti internetu, jelikož internet se neustále mění a tak i jednotlivé články přibývají nebo mizí. Já jsem pracovala pouze s jednou sadou článků, která se s postupem času změní. Mé výsledky tedy platí pouze pro tuto konkrétní sadu a bylo by tedy užitečné za nějaký čas podobný typ výzkumu zopakovat.

Úskalí pro mě nastalo při kódování. Tuto metodu jsem aplikovala poprvé, a proto jsem narazila na nějaké problémy. Ze začátku jsem si přesně nevymezila obsahy jednotlivých kategorií, a tak mezi nimi vznikaly rozpory. K vymezení kategorií jsem se tedy vrátila a snažila se je řádně definovat. I přesto jsem kódování několikrát procházela a případně upravovala ve snaze být co nejpřesnější.

Některé informace se ale i přesto daly zařadit do dvou kategorií. Tato situace nastávala především u podkategorií tělesné obtíže a zdravotní komplikace nebo u podkategorie změny v psychice a na kognitivních funkcích a u psychických a sociálních důsledků, vzhledem k tomu, že vlastně symptomy a následky této nemoci se hodně prolínají. Snažila jsem se rozdělení do těchto kategorií také přizpůsobit samotným článkům, podle toho, u jakého typu nadpisu informace byly, ovšem jiný člověk by mohl informace do těchto podkategorií zařadit jinak. Příště by tedy bylo lepší si zvolit kategorie trochu jinak. Z tohoto důvodu jsou počty kódů tedy u těchto kategorií

spíše orientační. Obsah článků se ovšem nemění a podle mého názoru má větší váhu než samotné počty kategorií.

Tento problém by mohl být vyřešen vyhledáváním v internetovém vyhledávači přímo konkrétních oblastí, jako například Příčiny vzniku mentální anorexie a zhodnotit jednotlivé oblasti zvlášť.



## ZÁVĚR

V teoretické části jsem shrnula důležité informace týkající se mentální anorexie a vytvořila jsem si tak teoretickou základnu pro výzkumnou část.

Ve výzkumné části jsem zjišťovala, jak je mentální anorexie prezentovaná v internetových článcích a jaké informace zde můžeme získat.

Správně provedená prevence přispívá ke snižování rozšiřování mentální anorexie. A také dostatečná informovanost k prevenci patří. Tím pádem je velmi důležité zjistit, zda tolik využívané internetové informace zastupují preventivní či naopak škodící úlohu.

Získala jsem odpověď na všechny výzkumné otázky. Cíle mé práce byly tedy splněny. Zjistila jsem, že mentální anorexie je ve článcích jako celku dobře zpracovaná a v naprosté většině obsahuje pravdivé informace. Ovšem články samy o sobě jsou často nedostatečné a obsahují jen málo informací. Je tedy nutné upozornit čtenáře, že pokud chtějí zjišťovat informace o mentální anorexii pouze z internetu, aby nečerpali pouze z jednoho či dvou článků, ale aby jich prošli více a tak dosáhli kvalitních a ucelených informací.

Nenašla jsem žádnou českou studii, která by se zabývala takovýmto typem výzkumu. Moje práce tedy přišla s novou tematikou, která je dle mého názoru velmi důležitá.

Výsledky mohou být využity pro sdělení veřejnosti o opatrném nakládání s informacemi z internetu o mentální anorexii. Internetové články jim můžou sloužit jako přehled o tomto onemocnění, ale konkrétní informace a pomoc by měli vždy hledat u odborníků.

Má práce je také výzvou pro odborníky, aby publikovali zjištěné poznatky a nabyté zkušenosti na internetu, a tak rozšířili informace pro internetové čtenáře.

## SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV*. 4. ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994. ISBN 08-904-2061-0.
2. *Duševní poruchy a poruchy chování: popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka*. 2. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2000, 306 s. Mezinárodní klasifikace nemocí - 10. revize. ISBN 80-851-2144-1.
3. HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000, 774 s. ISBN 80-717-8303-X.
4. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005, 408 s. ISBN 80-736-7040-2.
5. HORT, Vladimír et al. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008, 496 s. ISBN 978-807-3674-045.
6. JANEBOVÁ, Radka. *Sociální problémy z aspektu gender*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2006, 106 s. ISBN 80-704-1512-6.
7. Jednotlivci používající internet, vývoj v letech 2007 až 2012. In: *Využívání informačních a komunikačních technologií v domácnostech a mezi jednotlivci* [online]. Český statistický úřad, 4.12. 2012 [cit. 2013-03-01]. Dostupné z: [http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/t/BF0038967C/\\$File/97011216.pdf](http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/t/BF0038967C/$File/97011216.pdf)
8. KOCOURKOVÁ, Jana et al. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. 1. vyd. Praha: Galén, 1997, 156 s. ISBN 80-858-2451-5.
9. KRCH, František David et al. *Poruchy příjmu potravy*. 2. aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2005, 256 s. ISBN 80-247-0840-X.
10. KRCH, František David. *Mentální anorexie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002, 240 s. ISBN 80-717-8598-9.
11. KRCH, František David a Iva MÁLKOVÁ. *SOS nadváha*. 1. vyd. Praha: Granit, 1993, 191 s. ISBN 80-858-0512-X.
12. LEIBOLD, Gerhard. *Mentální anorexie: příčiny, průběh a nové léčebné metody*. 1. vyd. Praha: Svoboda, 1995, 140 s. ISBN 80-205-0499-0.
13. MALONEY, Michael a Rachel KRANZOVÁ. *O poruchách příjmu potravy*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 1997, 153 s. ISBN 80-710-6248-0.
14. MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 332 s. ISBN 80-247-1362-4.

15. NECHANSKÁ, Blanka. Péče o pacienty s diagnózami F50.0–F50.9 - poruchy přijímání potravy v psychiatrických lůžkových zařízeních ČR. *ÚZIS ČR* [online]. 2011, 60/11 [cit. 2012-11-07]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/pece-pacienty-diagnozami-f500-f509-poruchy-prijimani-potravy-psychiatrickych-luzkovych-zarizenich-cr>
16. NOVÁK, Michal. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. 1. vyd. Brno: Akademické nakladatelství Cerm, 2010, 105 s. ISBN 978-807-2046-577.
17. PAPEŽOVÁ, Hana (ed.). *Spektrum poruch příjmu potravy: Interdisciplinární přístup*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 424 s. ISBN 978-802-4724-256.
18. PAPEŽOVÁ, Hana. *Anorexia nervosa*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2000, 76 s. ISBN 85121-32-8.
19. SMITH, Adrian et al. Quality of Eating Disorders Websites: What Adolescents and Their Families Need to Know. *EBSCOhost* [online]. 2011, issue 24 [cit. 2013-03-21]. DOI: 10.1111/j.1744-6171.2010.00265.x. Dostupné z: databáze EBSCO
20. ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ et al. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007, 384 s. ISBN 978-80-7367-313-0.
21. TRENCKMANN, U., B. BANDELOW. *Psychiatria a psychoterapia*. 1. vyd. Trenčín: Vydavateľstvo F, 2005, 270 s. ISBN 80-889-5226-3.
22. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. rozš. a přeprac. vyd. Praha: Portál, 2004, 872 s. ISBN 80-717-8802-3.
23. WOLF, Naomi. *Mýtus krásy*. 1. vyd. Bratislava: Aspekt, 2000, 344 s. ISBN 80-85549-15-8.

### Použité internetové články

1. ANDERS, Martin. Mentální anorexie. *Ordinace.cz* [online]. 2007 [cit. 2013-03-11]. Dostupné z: <http://www.ordinace.cz/clanek/mentalni-anorexie-2/>
2. Anorexie. *Vitalion.cz* [online]. © 2012 [cit. 2013-03-11]. Dostupné z: <http://nemoci.vitalion.cz/anorexie/>
3. Anorexie. *Wikipedie* [online]. 2013 [cit. 2013-03-10]. Dostupné z: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Anorexie>
4. Anorexie a bulimie. *Všechno o záchraně lidského života!* [online]. 2006 [cit. 2013-03-11]. Dostupné z: <http://www.pomoooc.estranky.cz/clanky/mentalni-anorexie-a-mentalni-bulimie/anorexie-a-bulimie.html>
5. Atypické formy mentální anorexie a mentální bulimie (1. LF, NT). *WikiSkripta* [online]. 2012 [cit. 2013-03-11]. Dostupné z: [http://www.wikiskripta.eu/index.php/Atypick%C3%A9\\_formy\\_ment%C3%A1ln%C3%AD\\_anorexie\\_a\\_ment%C3%A1ln%C3%AD\\_bulimie\\_%281.\\_LF,\\_NT%29](http://www.wikiskripta.eu/index.php/Atypick%C3%A9_formy_ment%C3%A1ln%C3%AD_anorexie_a_ment%C3%A1ln%C3%AD_bulimie_%281._LF,_NT%29)
6. ČERNÁ, Ria. Mentální anorexie v kontextu rodinného systému. *Občanské sdružení Anabell* [online]. © 2002 - 2012 [cit. 2013-03-11]. Dostupné z: <http://www.anabell.cz/index.php/odborne-prace/352-mentalni-anorexie-v-kontextu-rodinneho-systemu>
7. FOLTÝNOVÁ, Marie. Mentální anorexie. *Fórum zdraví.cz* [online]. 2008 [cit. 2013-03-11]. Dostupné z: <http://psychologie.forumzdravi.cz/clanek-77-mentalni-anorexie>
8. HANZLOVSKÝ, Michal. Co je mentální anorexie. *CELOSTNIMEDICINA.CZ* [online]. 2011 [cit. 2013-03-10]. Dostupné z: <http://www.celostnimedicina.cz/co-je-mentalni-anorexie.htm>
9. Historie mentální anorexie. *Mentální anorexie - tichý zabiják* [online]. [cit. 2013-03-11]. Dostupné z: <http://www.pro-ana.ic.cz/historie.html>
10. HORKÁ, Taťjana. Mentální anorexie a bulimie. *NUTRIVIA* [online]. © 2006-2013 [cit. 2013-03-11]. Dostupné z: <http://www.nutrivia.cz/poruchy-prijmu-potravy.php>
11. Hospitalizační léčba mentální anorexie. *Občanské sdružení Anabell* [online]. © 2002 - 2012 [cit. 2013-03-11]. Dostupné z: <http://www.anabell.cz/index.php/clanky-a-vase-pribehy/poruchy->

prijmu-potravy/12-terapie-a-leba-poruch-pijmu-potravy/135-hospitalizani-leba-  
mentalni-anorexie-

12. KRCH, František David. Mentální anorexie - jak ji poznat a léčit. *AZ Rodina* [online]. 2011 [cit. 2013-03-11]. Dostupné z: <http://www.azrodina.cz/4500-mentalni-anorexie-jak-ji-poznat-a-lecit>
13. KRCH, František. Anorexie (Mentální anorexie). *Ordinace.cz* [online]. 2007 [cit. 2013-03-11]. Dostupné z: <http://www.ordinace.cz/clanek/anorexie-mentalni-anorexie/>
14. KRCH, František David. Jak rozpoznáte mentální anorexii. *Občanské sdružení Anabell* [online]. © 2002 - 2012 [cit. 2013-03-11].  
Dostupné z: <http://www.anabell.cz/index.php/clanky-a-vase-pribehy/poruchy-prijmu-potravy/15-rady-a-doporueni/192-jak-rozpoznate-mentalni-anorexii>
15. KRCH, František David. Poruchy příjmu potravy – mentální anorexie, mentální bulimie. *Občanské sdružení Anabell* [online]. © 2002 - 2012 [cit. 2013-03-11].  
Dostupné z: <http://www.anabell.cz/index.php/clanky-a-vase-pribehy/poruchy-prijmu-potravy/10-obecn-o-poruchach-pijmu-potravy/113-poruchy-pijmu-potravy-mentalni-anorexie-mentalni-bulimie>
16. KRCH, František David. Mentální anorexie a bulimie. *Idealni.cz* [online]. © 2002 - 2009 [cit. 2013-03-10]. Dostupné z: [http://www.pppinfo.cz/clanek\\_show.asp?id=19](http://www.pppinfo.cz/clanek_show.asp?id=19)
17. KULHÁNEK, Jan. Mentální anorexie a ideál krásy. *Občanské sdružení Anabell* [online]. © 2002 - 2012 [cit. 2013-03-11].  
Dostupné z: <http://www.anabell.cz/index.php/clanky-a-vase-pribehy/poruchy-prijmu-potravy/16-ideal-krasy/205-mentalni-anorexie-a-ideal-krasy>
18. KULHÁNEK, Jan. Hospitalizace nemocných mentální anorexií a bulimií. *Idealni.cz* [online]. © 2002 - 2009 [cit. 2013-03-11].  
Dostupné z: [http://www.pppinfo.cz/hospitalizace-nemocnych-mentalni-anorexii-a%20bulimii+terapie\\_show.asp?id=1629](http://www.pppinfo.cz/hospitalizace-nemocnych-mentalni-anorexii-a%20bulimii+terapie_show.asp?id=1629)
19. LANG, Václav. Mentální anorexie. *Novinky.cz* [online]. © 2003–2013 [cit. 2013-03-11]. Dostupné z: <http://tema.novinky.cz/mentalni-anorexie>
20. LUDVÍKOVSKÁ, Květoslava. Mentální anorexie. *Baby online* [online]. © 2007-2013 [cit. 2013-03-11]. Dostupné z: <http://www.babyonline.cz/nemoci-deti/mentalni-anorexie>

21. Mentální anorexie. *ABZ.cz: slovník cizích slov* [online]. © 2005-2006 [cit. 2013-03-11]. Dostupné z: <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/mentalni-anorexie>
22. Mentální anorexie. *Anamneza.cz* [online]. © 2003 - 2012 [cit. 2013-03-11]. Dostupné z: <http://www.anamneza.cz/Mentalni-anorexie-anorexia-nervosa/nemoc/60>
23. Mentální anorexie (anorexia nervosa). *Vitalia.cz* [online]. © 2009 – 2013 [cit. 2013-03-11]. Dostupné z: <http://www.vitalia.cz/katalog/nemoci/mentalni-anorexie/>
24. Mentální anorexie. *Anorexie* [online]. [cit. 2013-03-11]. Dostupné z: <http://anorexie.ordinace.biz/>
25. Mentální anorexie. *Doktoronline* [online]. [cit. 2013-03-11]. Dostupné z: <http://www.doktoronline.cz/clanek/205-Mentalni-anorexie.html>
26. Mentální anorexie. *Hubnutí4you* [online]. [cit. 2013-03-11]. Dostupné z: <http://www.hubnuti4you.cz/114-mentalni-anorexie.html>
27. Mentální anorexie. *Medicína, nemoci, studium na 1. LF UK* [online]. © 2011 [cit. 2013-03-11]. Dostupné z: <http://www.stefajir.cz/?q=mentalni-anorexie>
28. Mentální anorexie. *Medigrower.cz* [online]. [cit. 2013-03-11]. Dostupné z: <http://medigrower.cz/index-nemoci/mentalni-anorexie>
29. Mentální anorexie. *Odrogach.cz* [online]. © 2003 - 2013 [cit. 2013-03-11]. Dostupné z <http://www.odrogach.cz/skola/poruchy-prijmu-potravy1/mentalni-anorexie.html>
30. Mentální anorexie. *OnaDnes.cz* [online]. 2007 [cit. 2013-03-11]. Dostupné z: [http://ona.idnes.cz/mentalni-anorexie-031-/nemoci.aspx?c=A071003\\_155732\\_nemoci\\_bad](http://ona.idnes.cz/mentalni-anorexie-031-/nemoci.aspx?c=A071003_155732_nemoci_bad)
31. Mentální anorexie. *Viscojis.cz/teens* [online]. © 2013 [cit. 2013-03-11]. Dostupné z: [http://www.viscojis.cz/teens/index.php?option=com\\_content&view=article&id=21:3&catid=68:poruchy-pijmu-potravy&Itemid=118](http://www.viscojis.cz/teens/index.php?option=com_content&view=article&id=21:3&catid=68:poruchy-pijmu-potravy&Itemid=118)
32. Mentální anorexie. *Wikipedie* [online]. 2013 [cit. 2013-03-11]. Dostupné z: [http://cs.wikipedia.org/wiki/Ment%C3%A1ln%C3%AD\\_anorexie](http://cs.wikipedia.org/wiki/Ment%C3%A1ln%C3%AD_anorexie)
33. Mentální anorexie a její fáze. *Anorexie* [online]. [cit. 2013-03-11]. Dostupné z: <http://anorexie.ordinace.biz/rozdeleni.php>
34. MIČOVÁ, Lenka. Mentální anorexie. *WebNet* [online]. 2011 [cit. 2013-03-11]. Dostupné z: [http://webnet.wz.cz/nem\\_priz/anorexie.html](http://webnet.wz.cz/nem_priz/anorexie.html)

35. MLČOCH, Zbyněk. Léčba mentální anorexie u dětí a dospělých, příznaky, statistiky, hospitalizace. *MUDr. Zbyněk Mlčoch* [online]. 2012 [cit. 2013-03-11]. Dostupné z: <http://www.zbynekmlcoch.cz/informace/medicina/nemoci-lecba/lecba-mentalni-anorexie-u-deti-a-dospelych-priznaky-statistiky-hospitalizace>
36. MÜLLEROVÁ, Lucie. Mentální anorexii mohou mít i batolata!. *ProŽeny.cz* [online]. 2012 [cit. 2013-03-11]. Dostupné z: <http://www.prozeny.cz/magazin/deti-a-rodina/rodinne-vztahy/33185-mentalni-anorexii-mohou-mit-i-batolata>
37. NAVRÁTILOVÁ, Miroslava, Eva ČEŠKOVÁ a Luboš SOBOTKA. Endokrinní a jiné změny u mentální anorexie. *Občanské sdružení Anabell* [online]. © 2002 - 2012 [cit. 2013-03-11]. Dostupné z: <http://www.anabell.cz/index.php/clanky-a-vase-pribehy/poruchy-prijmu-potravy/11-zdravotni-rizika-poruch-pijmu-potravy/127-endokrinni-a-jine-zmny-u-mentalni-anorexie>
38. Nové světlo do problému mentální anorexie. *Libimseti.cz (slunecni.andilek)* [online]. 2007 [cit. 2013-03-11]. Dostupné z: [http://web.libimseti.cz/slunecni.andilek/nove-svetlo-do-problemu-mentalni-anorexie\\_452911.html](http://web.libimseti.cz/slunecni.andilek/nove-svetlo-do-problemu-mentalni-anorexie_452911.html)
39. NOVOTNÁ, Lenka a Luděk JANÍČEK. Pacientka s diagnózou mentální anorexie. *Mladá fronta Zdravotnické noviny ZDN* [online]. 2012 [cit. 2013-03-11]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/pacientka-s-diagnozou-mentalni-anorexie-465173>
40. PEŘINOVÁ, Jana. Mentální anorexie. *Jak léčit sami sebe* [online]. © 2008 [cit. 2013-03-11]. Dostupné z: <http://www.lecit.eu/od0-18let/problemy-s-hmotnosti/mentalni-anorexie/>
41. PLOCOVÁ, Monika. Příznaky a léčba mentální anorexie. *Dům Moniky Plocové* [online]. © 2013 [cit. 2013-03-11]. Dostupné z: <http://www.monikaplocova.cz/anorexie>
42. Poruchy příjmu potravy – Mentální anorexie (Sebehladovění). *Viscojis.cz/teens* [online]. © 2013 [cit. 2013-03-11]. Dostupné z: <http://www.viscojis.cz/index.php/poruchy-prijmu-potravy/383-poruchy-pijmu-potravy-mentalni-anorexie-sebehladovni->
43. Postup při léčbě mentální anorexie. *Anorexie* [online]. [cit. 2013-03-11]. Dostupné z: <http://anorexie.ordinace.biz/lecba.php>

44. Příčiny anorexie. *Anorexie* [online]. © 2009 [cit. 2013-03-11]. Dostupné z: <http://www.anorekticka.cz/priciny-anorexie/>
45. Příčiny mentální anorexie a bulimie. *Viscojis.cz/teens* [online]. © 2013 [cit. 2013-03-11]. Dostupné z: <http://www.viscojis.cz/index.php/poruchy-prijmu-potravy/72-piiny-mentalni-anorexie-a-bulimie>
46. RODNÁ, Kateřina. Zaostřeno na: Mentální anorexii. *VašeDěti.cz* [online]. 2011 [cit. 2013-03-11]. Dostupné z: <http://www.vasedeti.cz/zdravi/onemocneni/zaostreno-na-mentalni-anorexii/>
47. Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory (F50–F59). *ÚZIS ČR* [online]. 2013 [cit. 2013-03-11]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F50-F59.html>
48. ŠÁCHA, Pavel. Mentální anorexie. *CELOSTNIMEDICINA.CZ* [online]. 2006 [cit. 2013-03-11]. Dostupné z: <http://www.celostnimedicina.cz/mentalni-anorexie.htm>
49. ŠMÝDOVÁ, Jana. Mentální anorexie – příznaky. *CELOSTNIMEDICINA.CZ* [online]. 2008 [cit. 2013-03-10].  
Dostupné z: <http://www.celostnimedicina.cz/mentalni-anorexie-priznaky.htm>
50. ŠMÝDOVÁ, Jana. Mentální anorexie – trvalé následky. *CELOSTNIMEDICINA.CZ* [online]. 2008 [cit. 2013-03-11].  
Dostupné z: <http://www.celostnimedicina.cz/mentalni-anorexie--trvale-nasledky.htm>
51. TOMANOVÁ, Jana. Vícerodinná terapie mentální anorexie v Čechách. *Idealni.cz* [online]. © 2002 - 2009 [cit. 2013-03-10].  
Dostupné z: [http://www.pppinfo.cz/clanek\\_show.asp?id=1463](http://www.pppinfo.cz/clanek_show.asp?id=1463)
52. VITEK, Libor. Mentální anorexie - příznaky. *Sportvital* [online]. 2012 [cit. 2013-03-11]. Dostupné z: <http://www.sportvital.cz/zdravi/neuro-psychiatricke-nemoci/poruchy-prijmu-potravy/mentalni-anorexie-priznaky/>
53. Základní informace o mentální anorexii. *Idealni.cz* [online]. © 2002 - 2009 [cit. 2013-03-11]. Dostupné z: <http://www.pppinfo.cz/anorexie.asp>



## SEZNAM TABULEK A PŘÍLOH

Tab. 1 (Přehled kategorií dle počtu kódů).....	36
Tab. 2 (Příčiny vzniku – podkategorie) .....	37
Tab. 3 (Symptomy – podkategorie) .....	37
Tab. 4 (Komplikace a důsledky – podkategorie).....	38
Tab. 5 (Léčba – podkategorie).....	38
Tab. 6 (Zastoupení typů webů).....	45
Příloha 1 (Sada dopředu stanovených kategorií a podkategorií).....	58
Příloha 2 (Nově získané kategorie).....	59
Příloha 3 (Ukázka kódování – článek číslo 26).....	60

# PŘÍLOHY

## Příloha 1 (Sada dopředu stanovených kategorií a podkategorií)

- Historie
- Definice
- Diagnostická kritéria
- Epidemiologie
- Příčiny vzniku
  - Biologické a genetické faktory
  - Individuálně psychologické faktory
  - Rodinné faktory
  - Sociokulturní faktory
- Symptomy
  - Změna jídelního chování
  - Zvýšení aktivity
  - Změny v psychice a na kognitivních funkcích
  - Tělesné obtíže
- Průběh
- Komplikace a důsledky
  - Zdravotní komplikace
  - Psychické a sociální důsledky
- Léčba
  - Hospitalizace a ambulantní péče
  - Realimentace
  - Psychoterapie
  - Farmakoterapie
  - Svépomoc a svépomocné skupiny

## **Příloha 2 (Nově získané kategorie)**

- Anamnéza
- Vyšetření
- Strach z tloušťky
- Diagnostika
- Pro ana
- Možné průvodní jevy
- Odkazy
- Prevence
- Definice PPP
- Životní příběh
- MA u dětí
- PPP u dětí
- Definice PPP
- Epidemiologie PPP
- Mentální bulimie
- Příčiny vzniku PPP
- Anorexie – nechutenství
- Anorexie a radost
- Orientační test jídelních problémů
- Rady rodičům
- Akutní a chronická forma MA
- Atypická forma MA a MB
- Symptomy PPP
- Ženy a muži s PPP

## Příloha 3 (Ukázka kódování – článek číslo 26)

### Mentální anorexie

#### Definice

Mentální anorexie je porucha charakterizovaná zejména úmyslným snižováním tělesné hmotnosti. Termín „anorexie“ (nechutenství) ale může být do značné míry zavádějící, protože nechutenství nebo oslabení chuti k jídlu je spíš až druhotným důsledkem dlouhodobého hladovění. U většiny nemocných je omezování v jídlu naopak doprovázeno zvýšeným zájmem o jídlo (myslí na něj, sbírají recepty, rádi vaří apod.). Nemocní často konzumují svá dříve oblíbená skrze rodinu a přátele, které někdy až „vykrmují“. Typickým znakem je také obava z tloušťky, která má charakter až nutkavé myšlenky.

#### Diagnostická kritéria

##### Diagnostická kritéria

- Úbytek váhy nebo u dětí nepřibírání na váze vedoucí k tělesné hmotnosti nižší nejméně o 15 % oproti očekávané hmotnosti pro daný věk a výšku.
- Intenzivní obava z přibírání na váze a ze ztloustnutí, a to i v případě, že jsou nemocní velmi hubení.
- Narušené vnímání vlastního těla - tělesné hmotnosti a tvaru postavy (nemocní se vidí o mnoho tlustější, jsou přesvědčeni o tom, že by ještě měli hodně zhubnout).
- Rozsáhlá hormonální porucha, která se u žen projevuje vymizením menstruačního cyklu - pro diagnostiku se hodnotí absence minimálně tří za sebou následujících cyklů.

#### Průběh

Pro mentální anorexii je charakteristické, že přes ztrátu tělesné hmotnosti se cítí velmi dobře. Po zhubnutí prvních kilogramů má nemocný pocit úspěchu, podpořený chválou a obdivem okolí. Většina nemocných se denně věnuje sportování, což zaručuje tvorbu endorfinů, a tedy i dobrou náladu. Zpočátku nemocný nechce a později nemůže, nebo není schopen, přijímat potravu. Dochází k poklesu tělesné hmotnosti, který se později projevuje také úbytkem svalové tkáně. S vymizením tukové tkáně a současnou

poruchou tvorby hormonů souvisí porucha termoregulace. Nemocní jsou zimomřiví a mají chladné ruce a nohy.

### **Komplikace a důsledky – zdravotní komplikace**

Typickým důsledkem dlouhodobého hladovění je pokles bazálního metabolismu (tělo si postupně zvyká na nízký příjem energie a k dalšímu hubnutí je potřeba další omezení v jídlu a vyšší výdej energie). Současně dochází k poruše sexuálního života a potlačení imunity. U pokročilých stavů je narušeno hojení kožních defektů a operačních ran. Postupně dochází ke ztenčení kůže, která je porostlá drobnými chloupky, ubývají vlasy, nehty jsou lámavé a štěpí se. Na kůži se mohou vyskytnout modřiny a drobné petechie, které jsou důsledkem nedostatkem krevních destiček a vitamínu K.

U mentální anorexie se často vyskytují změny kardiovaskulárního systému, z nichž nejčastější jsou zrychlená srdeční činnost, nízký tlak, snížení srdečního výkonu, snížení tepového objemu, poruchy srdečních chlopní apod. Změny EKG jsou typické pro 80 % pacientek s anorexií.

### **Komplikace a důsledky – psychické a sociální důsledky**

Závažným důsledkem onemocnění je rozvoj osteoporózy. Dochází k úbytku kostní hmoty, což přináší riziko častých zlomenin a vzhledem k narušené imunitě, i velmi dlouhodobou a komplikovanou léčbu. Z psychických poruch jsou nejčastější deprese. Zhorší se schopnost radovat se z věcí, ze kterých se radovali dříve, zhoršuje se koncentrace, spánek, narůstá pesimismus, únava a myšlenky na sebevraždu. Neustále se také ujišťují, že všechno dělají dobře, což pramení z jejich pocitů nejistoty.