

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2023

Aneta Ondráčková

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Vhodná edukace jako efektivní prostředek prevence poruch příjmu potravy
pro žáky 8. a 9. ročníků základních škol

Bakalářská práce

2023

Aneta Ondráčková

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2021/2022

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Aneta Ondráčková**
Osobní číslo: **Z20271**
Studijní program: **B0913P360004 Všeobecné ošetřovatelství**
Téma práce: **Vhodná edukace jako efektivní prostředek prevence poruch příjmu potravy pro žáky 8. a 9. ročníků základních škol**
Téma práce anglicky: **Appropriate education as an effective means of prevention eating disorders for pupils in the 8th and the 9th grades of elementary schools**
Zadávací katedra: **Katedra ošetřovatelství**

Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace průzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

- COOPER, Peter, 2014. *Bulimie a záchoatovitě přejídání: jak je překonat*. Praha: Portál. 184 s. ISBN 978-80-262-0706-1.
- JUŘENÍKOVÁ, Petra, 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, Sestra. 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2.
- MANDYSOVÁ, Petra, 2016. *Příprava na edukaci v ošetrovatelství*. Pardubice: Univerzita Pardubice. 82 s. ISBN 978-80-7395-971-5.
- PAPEŽOVÁ, Hana, 2012. *Začarovaný kruh anorexie, bulimie a psychogenního přejídání a cesty ven?!*. Praha: Psychiatrické centrum. 148 s. ISBN 978-80-87142-18-9.
- PROCHÁZKOVÁ, Lenka a Jana SLADKÁ ŠEVČÍKOVÁ, 2017. *Poruchy příjmu potravy: Odpovědi na otázky, na které jste se báli zeptat*. Libčice nad Vltavou: Pasparta Publishing. 100 s. ISBN 978-80-88163-46-6.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. et Mgr. Ondřej Podeszwa**
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2021**
Termín odevzdání bakalářské práce: **4. května 2023**

doc. Ing. Jana Holá, Ph.D. v.r.
děkanka

L.S.

Mgr. et Mgr. Michal Kopecký v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 15. března 2023

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem Vhodná edukace jako efektivní prostředek prevence poruch příjmu potravy pro žáky 8. a 9. ročníků základních škol jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše. Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 02. 05. 2023

Aneta Ondráčková v. r.

PODĚKOVÁNÍ

Mé poděkování patří panu Mgr. et Mgr. Ondřeji Podeszwovi za ochotu, odborné vedení a cenné rady, které mi poskytl během zpracování bakalářské práce.

ANOTACE

Teoretická část práce se zabývá problematikou poruch příjmu potravy, prevence a edukace a zároveň slouží jako podklad pro tvorbu edukačních materiálů. V praktické části práce je porovnávána efektivita vytvořených edukačních lekcí a je zjišťována informovanost žáků 8. a 9. tříd základních škol o poruchách příjmu potravy.

KLÍČOVÁ SLOVA

Poruchy příjmu potravy, mentální anorexie, mentální bulimie, prevence, edukace

TITLE

Appropriate education as an effective means of prevention eating disorders for pupils in the 8th and the 9th grades of elementary schools

ANNOTATION

The theoretical part of the thesis deals with the issue of eating disorders, prevention and education and at the same time serves as a basis for the creation of educational materials. In the practical part of the work, the effectiveness of the created educational lessons is compared and the awareness of 8th and 9th grade elementary school students about eating disorders is determined.

KEYWORDS

Eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, prevention, education

OBSAH

Úvod.....	11
1 Cíle a metody práce	12
1.1 Cíl práce	12
1.2 Metody k dosažení cílů	12
Teoretická část	13
2 Poruchy příjmu potravy	13
2.1 Etiologie poruch příjmu potravy	14
2.2 Mentální anorexie.....	15
2.3 Mentální bulimie	17
2.4 Další poruchy příjmu potravy	19
2.5 Léčba poruch příjmu potravy	20
3 Prevence.....	23
3.1 Prevence poruch příjmu potravy	23
3.2 Preventivní programy do škol v České republice	25
4 Edukace.....	26
4.1 Edukační proces a vzdělávací potřeby	26
4.2 Dělení edukace	27
4.3 Edukační metody.....	28
Praktická část	31
5 Metodika průzkumu	31
5.1 Sběr dat a průzkumný soubor.....	34
5.2 Analýza získaných dat.....	35
5.3 Prezentace získaných dat.....	36
6 Vyhodnocení průzkumu.....	39
7 Diskuze	42
8 Závěr	45

9	Použitá literatura	46
9.1	Knižní zdroje	46
9.2	Odborné články	47
9.3	Internetové zdroje.....	47
9.4	Ostatní	49
10	Přílohy.....	51

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obrázek 1 – Pohlaví.....	36
Tabulka 1 – Přehledová tabulka úspěšnosti v testech v jednotlivých otázkách.....	37
Tabulka 2 – Úspěšnost žáků v testech podle edukačních metod	38
Tabulka 3 – Úspěšnost žáků v testech podle pohlaví	38

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

ADDP	Asociace dětské a dorostové psychiatrie
AFED	Academy for Eating Disorders
APA	American Psychiatric Association
č.	číslo
EM1	Edukační metoda 1
EM2	Edukační metoda 2
EM3	Edukační metoda 3
IPT	Interpersonální psychoterapie
KBT	Kognitivně-behaviorální terapie
MA	Mentální anorexie
MB	Mentální bulimie
NIMH	National Institute of Mental Health
PPP	Poruchy příjmu potravy
s.	strana
SSRI	Selektivní inhibitor zpětného vychytávání serotoninu
WHO	World Health Organization
ZŠ	Základní škola

ÚVOD

V dnešní moderní době, kdy je na každého jedince vyvíjen mediální tlak v oblasti zdravé výživy, věčné krásy a hubnutí, je těžké rozpoznat, jak se správně stravovat. V ohromném množství informací je velmi jednoduché se ztratit a zapomenout, že normální jídelní režim je flexibilní a že není omezen žádnými dietami. Pokud pro člověka přestává být stravování normální součástí života a stává se stálou hrozbou, hovoříme o poruše příjmu potravy. (Papežová, 2012, s. 10-11)

Podle nejnovějších dat Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR vzrůstá počet pacientů léčících se s poruchami příjmu potravy. V roce 2011 bylo pro poruchu příjmu potravy léčeno 3728 osob, o šest let později bylo léčeno 4185 jedinců; 3731 se jich léčilo ambulantně a 454 pacientů muselo být hospitalizováno. V roce 2017 se celorepublikový průměr hospitalizací vyšplhal na 4,3 hospitalizací na 100 tisíc obyvatel. Hospitalizovaní pacienti do patnáctého roku života v roce 2017 tvořili téměř čtvrtinu všech hospitalizací. Při porovnání z roku 2011 a 2017 došlo k největšímu nárůstu hospitalizací právě u věkové skupiny do patnácti let. (Nechanská, 2018, s. 2-4)

Tato bakalářská práce s názvem „Vhodná edukace jako efektivní prostředek prevence poruch příjmu potravy pro žáky 8. a 9. ročníků základních škol“ zjišťuje, jaká edukační metoda je pro zvolenou skupinu nejefektivnější z hlediska předání informací o poruchách příjmu potravy a mohla by tak sloužit jako preventivní program těchto závažných onemocnění. Zároveň je cílem práce zjistit, jaká je informovanost žáků o poruchách příjmu potravy.

Práce je rozdělena na dvě části, a to na část teoretickou a část praktickou. Teoretická část se skládá ze tří kapitol. První kapitola obsahuje informace o poruchách příjmu potravy, zaměřuje se především na mentální anorexii a na mentální bulimii, jejich etiologii, příznaky, vývoj, zdravotní následky a léčbu. Druhá kapitola popisuje a rozděluje prevenci, zaměřuje se na prevenci poruch příjmu potravy a představuje existující preventivní programy do škol v České republice. Třetí kapitola informuje o edukaci a o jednotlivých edukačních metodách.

V praktické části je popsána metodika průzkumu společně s průzkumným souborem, sběrem, analýzou a prezentací získaných dat a výsledek průzkumu. Samotný průzkum probíhal na základní škole v Kraji Vysočina, který dle Nechanské (2018, s. 3) patří mezi jeden z nejpostiženějších krajů, co se týče počtu osob hospitalizovaných s poruchami příjmu potravy. Dále je součástí práce diskuze, kde jsou porovnávány stanovené průzkumné otázky s jinými výzkumy a s odbornou literaturou, a celá práce je zakončena závěrem.

1 CÍLE A METODY PRÁCE

1.1 Cíl práce

Cílem teoretické části práce je vytvořit dostatečně silnou informační základnu pro tvorbu edukačních materiálů v praktické části práce. Informace budou zaměřeny na popsání problematiky poruch příjmu potravy se zaměřením především na mentální anorexii a na mentální bulimii. V teoretické části bude popsána i prevence a preventivní programy zaměřené na poruchy příjmu potravy a bude zde definována edukace a jednotlivé edukační metody.

Prvním cílem průzkumné části práce je vytvořit tři různé edukační metody pojednávající o poruchách příjmu potravy, především o mentální anorexii a o mentální bulimii, a zjistit, která z nich je pro žáky 8. a 9. tříd základních škol nejpřínosnější z hlediska předání informací o těchto onemocněních.

Druhým cílem je vytvořit edukační materiál o poruchách příjmu potravy pro edukátora.

Třetím cílem je zjistit, jaká je informovanost žáků 8. a 9. tříd základních škol o poruchách příjmu potravy.

1.2 Metody k dosažení cílů

Metodou k dosažení cíle teoretické části práce je vhodné zvolení knižní a internetové literatury a její následné studium, rozbor a syntéza vytvořených poznámek.

Metodou k dosažení cíle praktické části je účelné zpracování získaných poznatků z teoretické části práce, díky kterým bude vytvořen pre-test a post-test, tři různé edukační metody pro žáky 8. a 9. ročníků základních škol a edukační materiál pro edukátora.

TEORETICKÁ ČÁST

Teoretická část této práce se dělí na tři vzájemně se doplňující celky. První část se zabývá problematikou poruch příjmu potravy zaměřenou především na mentální anorexii, mentální bulimii a na jejich etiologii, diagnostické znaky, vývoj, zdravotní následky a léčbu. Druhá část je zaměřena na definici a rozdělení prevence a na specifickou prevenci a preventivní programy v oblasti poruch příjmu potravy. Třetí část popisuje edukaci a nejčastěji využívané edukační metody.

2 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

Diagnostický a statistický manuál duševních poruch a 11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, která vešla v platnost 1. 1. 2022 a nahradila 10. revizi Mezinárodní klasifikaci nemocí, se shodují v rozdělení poruch příjmu potravy a jídelního chování na mentální anorexii, mentální bulimii, psychogenní přejídání, piku, ruminační poruchu, psychogenní ztrátu chuti k jídlu, jinou specifikovanou poruchu příjmu potravy a jídelního chování a nespecifikovanou poruchu příjmu potravy a jídelního chování (WHO, 2019; WHO, 2022; APA, 2015). Papežová a kolektiv (2018, s. 130-131) uvádí, že mezi další diagnózy narušeného jídelního chování se řadí i ortorexie a drunkorexie, které se ale v klasifikaci nemocí nenachází.

Poruchy příjmu potravy a jídelního chování se projevují přetrvávající poruchou výživy či chování spojeného s příjmem stravy. Následkem takového jednání je změna v konzumaci nebo v absorpci jídla, která s sebou nese významné funkční narušení nejen v oblasti tělesného zdraví, ale i v oblasti psychosociální. (APA, 2015, s. 347)

Dle Machové (2015, s. 198) se poruchy příjmu potravy (dále jen PPP) řadí do závažných psychických onemocnění, které ohrožují nejen zdraví, ale i život, vedou k uzavírání se do sebe, ke konfliktům s rodiči i k vyhýbání se vrstevníkům. PPP může onemocnět jedinec jakéhokoliv věku, hmotnosti, pohlaví i rasy, nezáleží ani na jeho sociálním nebo ekonomickém postavení (AFED, 2021).

Zásadní změny postoje k vlastnímu tělu a stravovacím návykům se odehrávají již ve školním věku. Strach z obezity ovlivňuje stále mladší a mladší věkové kategorie. (Procházková, Sladká Ševčíková, 2017, s. 46). Krch (2016) se shoduje s Procházkovou a Sladkou Ševčíkovou (2017, s. 46), že PPP patří mezi nejzávažnější a nejčastější problém dospívajících dívek a mladých žen, a dodává, že toto onemocnění se nevyhýbá ani chlapcům a mužům, ti ale stále představují méně než 10 % všech nemocných. Krch (2016) dále uvádí, že u chlapců je rozvoj PPP spojen

s nadměrným množstvím pohybu, zatímco u dívek se většinou jedná o omezování energetického příjmu. Pokud jedinec onemocní před nástupem puberty, jeho vývoj může být pozastaven a znovu se spustí až po vyléčení (Papežová, Kulhánek, Stárková, 2018).

Koronavirová pandemie měla negativní dopad na vývoj a léčbu PPP u dětí a dospívajících. Kvůli pandemii došlo k úplnému rozvratu jídelního i spánkového režimu a k omezení fyzických aktivit dětí. Žáci trávili velké množství času na počítačích kvůli online výuce a vypracovávání zadaných úkolů a nemohli navštěvovat zájmové kroužky ani sportovní tréninky, tudíž byla jejich fyzická aktivita snížena. To mohlo vést ke zvýšení hmotnosti a především dívky, pro které je jejich váha a postava důležitým tématem, mohly mít strach z obezity a omezily tak příjem potravy. (Koutek, Kocourková, 2021)

PPP jsou závažným onemocněním, které mají život ohrožující somatické i psychické komplikace. Nemocní mohou mít nejasný pohled na své onemocnění a mohou si myslet, že jejich problém není tak závažný, jak ho vidí ostatní. (AFED, 2016) Mortalita je u PPP vysoká, přesahuje 10 %, průměrný věk smrti je 25 let. Úmrtnost je dvakrát vyšší než u jiných duševních onemocnění a riziko sebevražd je vyšší až dvěstěásobně. Trvání nemoci je průměrně šest let, ale až třetina pacientů má chronický průběh, který může trvat až 30 let a může končit smrtí. (Papežová, Kulhánek, Stárková, 2018)

2.1 Etiologie poruch příjmu potravy

Vznik PPP je ovlivněn mnoha různými činiteli, do kterých se řadí faktory biologické, psychologické, individuální vývojové a sociální. Tyto faktory můžeme dále dělit na specifické a nespecifické. Nespecifické rizikové faktory pro PPP, které se ale mohou vyskytovat i u jiných duševních onemocnění, jsou depresivní a úzkostné poruchy, neustálá přítomnost negativních emocí či perfekcionismus a impulzivita. Specifickými faktory jsou problémy v rodině, prožitky zahanbení v určitých životních situacích a vysoká očekávání, ať už ze strany rodiny, nebo celé společnosti. (Hosák et al. 2021, s. 278-279)

Kukla a kol. (2016, s. 210) uvádí, že na příčině vzniku PPP se podílí tři činitelé, a to faktory predisponující, spouštěcí a udržující. Predisponujícími faktory se rozumí faktory individuální, rodinné a sociokulturní. Do spouštěcích faktorů se řadí ztráta sebevědomí, narušení rodinné rovnováhy i specifické požadavky vývojového období jako je například puberta. A do udržujících faktorů patří syndrom hladovění, zvracení, sociokulturní preference štíhlosti či neřešené predispoziční faktory.

Z hlediska faktorů biologických má na vzniku PPP velký podíl genetika. Uvádí se, že na rozvinutí mentální anorexie (dále jen MA) se podílí z 50 až 90 % a u mentální bulimie (dále jen MB) z 35 až 83 %. Největší riziko rozvinutí PPP je u blízkých příbuzných ženského pohlaví. (Papežová, 2012, s. 20) Dalšími biologickými faktory, které neovlivníme, jsou věk a pohlaví. PPP jsou nejvíce ohroženy dívky a ženy ve věku 13 až 25 let. (Procházková, Sladká Ševčíková, 2017, s. 46). V období adolescence dochází k výrazným tělesným změnám. Mění se proporce těla, ukládání tuku i rozložení svalstva a dokončuje se vývoj druhotných pohlavních znaků. To přináší změny v přístupu k vlastnímu tělu, se kterým dívky často nejsou spokojeny. (Klíma et al. 2016, s. 40)

Mezi rizikové psychologické faktory řadíme určité psychické charakteristiky a osobnostní rysy jako je perfekcionismus, impulzivita, nadměrná přizpůsobivost, úzkostlivost, zodpovědnost, nízké sebevědomí, závislost na názoru ostatních, vysoká sebekritičnost, nestálost v kontrole nad jídlem a odřikání potravy s cílem překonat vlastní potřeby (Papežová, 2012, s. 20; Kliszová, 2015).

Sociální rizikové faktory jsou zastoupeny médii, které propagují myšlenky štíhlosti a které PPP zviditelňují, ale již neinformují o možných důsledcích. Média rozšiřují názor, že i mírná nadváha je velmi škodlivá a že hubenost je důležitá pro atraktivitu a úspěšný život. (Papežová, 2012, s. 17) Dalším sociálním faktorem je nevhodná příprava na různé profese, které si zakládají na dobře vypadajícím těle, jako je například modeling či gymnastika. (Kliszová, 2015).

2.2 Mentální anorexie

Mentální anorexie je jedna z nejznámějších poruch příjmu potravy. Obvykle se rozvíjí během dospívání a objevuje se častěji u ženského pohlaví. (Balasundaram, Santhanam, 2022) Jedná se o psychiatrické onemocnění, při němž pacienti omezují svůj energetický příjem tím, že méně jedí, více cvičí nebo využívají laxativa či pozřenou stravu vyzvrací. Pacienti mohou mít silnou podváhu, ale nepoznají to, jelikož mají zkreslenou představu o svém těle. (Moore, Bokor, 2022)

V populaci je prevalence MA 0,5-1 % (Papežová, Kulhánek, Stárková, 2018). Podle Krcha (2016) má anorektické příznaky koncem puberty až 6 % dívek a necelá 4 % žen během života MA trpěla.

Mentální anorexii dělíme na dva typy, a to na restriktivní a purgativní. Při restriktivním typu MA pacienti snižují svoji váhu omezením příjmu potravy a nadměrnou fyzickou aktivitou;

u purgativního typu MA pacienti využívají odvodňovací a projímavé léky, různé dietní prostředky nebo požitou potravu vyzvrací. (Papežová, 2012, s. 12)

Pokud pacient trpí MA je riziko předčasné smrti až dvanáctkrát vyšší než u běžné populace (AFED, 2016). Úmrtnost u MA je srovnatelná s jinými závažnými psychickými poruchami jako je deprese či schizofrenie. Nejčastější příčinou úmrtí vedle sebevraždy je srdeční arytmie a malnutrice. (Papežová et al. 2018, s. 181 a s. 551)

Příznaky a diagnostické znaky mentální anorexie

Symptomy MA nejsou u každého nemocného totožné. Chování osob trpících MA je charakteristické tím, že odmítají jíst ve společnosti; pokud musí jíst v přítomnosti někoho jiného, krájí jídlo na malé kousky a různě ho přerovnávají, aby si ostatní mysleli, že snědli více, než se zdá. Často nadměrně cvičí a nosí volné oblečení, aby zakryli svoji vyhublost. (Cowden, 2022)

Mezi příznaky ukazující na MA se řadí výrazné omezení příjmu potravy, intenzivní cvičení, radikální ztráta váhy, strach z přibírání, zkreslený obraz těla, honba za hubeností, neochota udržet si normální zdravou váhu a popírání závažnosti nízké tělesné hmotnosti (NIMH, 2021).

Aby mohla být MA diagnostikována, musí být podle APA (2015, s. 357-359) splněny tři hlavní diagnostické znaky, a to:

- Omezení příjmu potravy, jejímž následkem je tělesná hmotnost, která je nižší než by vzhledem k výšce, věku a vývojové fázi měla být.
- Intenzivní obava z nárůstu hmotnosti, která nemizí ani při poklesu hmotnosti.
- Zkreslený obraz těla – někteří jedinci si myslí, že jsou obézní, jiní ví, že jsou štíhlí, ale bojí se, že některé části jejich těla jsou nadměrně velké. Často se váží, měří obvody svého těla a zkoumají se v zrcadle.

Vývoj mentální anorexie

MA se začíná vyvíjet v okamžiku, kdy jedinec začne kontrolovat svoji váhu a vidí v tom řešení svých problémů. To, že zhubne, mu přináší potěšení a věří, že ztrátou váhy dokáže vyřešit všechny své problémy a bude šťastnější. Vysoká váha je podle něj příčinou všeho špatného v jeho životě. Nemocný si nastaví limity, co a kolik toho může sníst, často omezí svůj energetický příjem a věří, že dodržováním tvrdých pravidel změní svůj život k lepšímu. Ve chvíli, kdy zhubne, je motivován a odhodlán shodit ještě více kilo, a čím dál více omezuje

svůj jídelníček, přehnaně cvičí nebo stravu vyzvrací. Potřeba udržovat nízkou váhu je velice silná, nemocný nehledí na varovné příznaky, které mu dává jeho podvyživené tělo. Stále si myslí, že je příliš obézní, a snižuje svoji váhu dál. (Middleton, Smith, 2013, s. 15-16)

Zdravotní následky mentální anorexie

Jídlo se stává pro psychiku nemocného velkou zátěží. Zdravotní problémy při MA vyplývají z hladovění i z nerovnováhy solí a hormonů. Konzumace potravin přináší nemocnému nepříjemné pocity paniky a viny a dochází i k tělesným problémům, ke kterým se řadí pocit plnosti, který je zapříčiněn pomalým vyprazdňováním žaludku. Během hladovění postupně slábne svalovina břišní stěny a střev, a kvůli tomu střeva zadržují vodu a plyny více, než je obvyklé.

Člověk trpící MA trpí neustálým pocitem chladu a má horší cirkulaci krve na rukou a nohou, která se projevuje promodráním. Dále selhává funkce kostní dřeně. Erytrocyty ani leukocyty se netvoří dostatečně rychle a postupně dochází k anémii a celkovému oslabení imunitního systému.

Nemocný může trpět poruchami spánku, probouzí se brzy ráno nebo několikrát během noci a má slabý močový měchýř. Močí často přes den i v noci. Dochází také k poruše funkce jater, netvoří se tělesné proteiny a stoupá cholesterol v krvi, dochází k otokům kotníků a nohou. Ledviny jsou ohroženy infekcí a lithiázou. Následkem MA je i poškození nervů a svalů, což vede k extrémní únavě. (Papežová, 2012, s. 60-62)

Mezi další příznaky se řadí bradykardie, hypotenze, hypotermie, růst lanuga po celém těle, vypadávání vlasů a nažloutlá suchá pokožka. Porucha endokrinního systému se projevuje hypoglykemií, osteoporózou, amenoreou či oligomenoreou a sníženou sexuální touhou. Dále může pacient trpět poruchou koncentrace, depresemi, úzkostmi, sebepoškozováním i sebevražednými myšlenkami. Nakonec může MA vést k neplodnosti, poškození mozku, selhání orgánů a smrti. (AFED, 2021, s. 4-5; NIMH, 2021)

2.3 Mentální bulimie

Mentální bulimie je psychiatrické onemocnění, při kterém pacienti trpí opakovanými záchvaty přejídání, po nichž přichází nevhodné kompenzační chování jako je zvracení, využívání laxativ či nadměrné cvičení, kvůli zmírnění následků přejedení (WHO, 2022).

MB se v populaci vyskytuje poměrně častěji než MA a je běžnější u žen než u mužů. Prevalence tohoto onemocnění je kolem 3 %. Některé bulimické příznaky se vyskytují až u 8 % žen

a dívek. (Kukla et. al, 2016, s. 212) Porucha se obvykle projeví v pozdní adolescenci nebo v rané dospělosti (Balasundaram, Santhanam, 2022). Pacienti přehnaně kontrolují svoji hmotnost, mohou mít podváhu, normální hmotnost i nadváhu. MB často navazuje na MA i na psychogenní přejídání. MB se dá před blízkým okolím utajit i mnoho let.

(Papežová, 2012, s. 79 a s. 136)

Diagnostická kritéria a příznaky mentální bulimie

Mezi fyzické příznaky MB patří mozoly na hřbetu ruky, křeče v oblasti žaludku, nadýmání, zácpa či průjem, zubní kazy, zvracení krve i celková slabost. Nejblíže okolí nemocného si může všimnout, že si nemocný schovává jídlo nebo sní velké množství potravy za malou chvíli, nadměrně cvičí, je podrážděný, sebekritický a často u něj dochází ke změně nálad.

(Cowden, 2020)

Aby mohla být MB diagnostikována, musí být podle APA (2015, s. 364-366) splněna tato diagnostická kritéria:

- Záchvaty přejídání, při kterých nemocný zkonsumuje velké množství potravy během chvíle (kolem dvou hodin) a při kterých nemocný nemá nad záchvaty kontrolu.
- Nevhodné kompenzační chování po záchvatu přejídání kvůli zabránění nárůstu váhy, které se vyskytuje minimálně jednou týdně po dobu tří měsíců. Kompenzačním chováním se rozumí zvracení, klystýr, zneužívání laxativ, diuretik či thyroïdních hormonů, půst po dobu jednoho či více dní nebo nadměrné cvičení.
- Sebekritické hodnocení těla – nemocní kladou velký důraz na svoji váhu a postavu, což ovlivňuje jejich sebevědomí.

Vývoj mentální bulimie

Vývoj MB začíná stejně jako u MA v okamžiku, kdy nemocný chce hubnutím vyřešit svoje problémy. Zatímco u MA jsou nemocní úspěšní v kontrole toho, co konzumují, u MB jsou nemocní frustrováni svojí neschopností udržet kontrolu nad tím, co jí, a nad nedostatečným úbytkem váhy. (Middleton, Smith, 2013, s. 15-17)

Při MB nemocný trpí záchvaty přejídání, kdy najednou sní ohromné množství potravy. Jedná se průměrně až o 3500 kalorií na jeden záchvat. Záchvaty mohou spouštět různé události. Dělí se na tři kategorie, a to na záchvaty, které se týkají jídla a jeho konzumace jako je porušení pravidel stravování nebo myšlenky na jídlo; záchvaty, které souvisejí s obavami o váhu,

tedy sklíčenost kvůli váze nebo zjištění, že oblečení je malé; a záchvaty, které souvisejí se špatnou náladou, například pocit deprese, osamělosti, úzkosti či podrážděnosti. (Cooper, 2014, s. 16–19).

V dopoledních hodinách nemocný hladoví a snaží se udržet kontrolu nad jídlem. Záchvaty se vyskytují převážně odpoledne a navečer. Po přejedení se nemocný obviňuje a má depresivní náladu, výčitky se snaží vyřešit pomocí kompenzačního chování – nejčastěji pomocí zvracení, které je ze začátku nesnadné, ale může se stát až spontánní. (Kukla et al., 2016, s. 213) Mezi další kompenzační chování patří diety, užívání laxativ, diuretik a přípravků snižujících chuť k jídlu. Pacienti trpící MB dodržují nejčastěji tři druhy diet. První metoda je hladovění, kdy nemocný nejí po delší dobu, druhá je střídání stravování, tedy přijímání co nejnižšího počtu kalorií, a třetí metodou je vyhýbání se určitým typům jídla, které pacientům spouští záchvaty přejídání. (Cooper, 2014, s. 20)

Zdravotní následky mentální bulimie

Vlivem častého zvracení a následného čištění zubů dochází k poškození zubní skloviny, které je nevratné. Zvracení dále způsobuje otok slinných žláz nebo zhrubnutí hlasu. Jelikož si nemocní potřebují vyvolat dávicí reflex, dochází i k poškození hltanu nebo natržení jícnu. Následkem dlouholetého častého zvracení může být i gastroezofageální reflux. Nemocní jsou ohroženi dehydratací a nerovnováhou minerálů, přičemž je nejzávažnější hypokalémie, která může vést k srdečním arytmiím.

Při užívání laxativ si na ně nemocní mohou vytvořit závislost, protože aby při jejich častém užívání dosáhli požadovaného účinku, potřebují čím dál vyšší dávky. (Cooper, 2014, s. 35-38; NIMH, 2021)

2.4 Další poruchy příjmu potravy

Psychogenní přejídání

Toto psychické onemocnění je charakteristické záchvaty přejídání, při kterých sní nemocný ohromné porce jídla během krátké chvíle (během dvou hodin). Nad záchvaty přejídání nemocný nemá kontrolu – nemůže přestat jíst ani nemůže ovlivnit co a jaké množství zkonzumuje. Během záchvatů jedí lidé rychleji než ostatní. Mohou také krást jídlo ostatním nebo jí vyhozené zbytky. Příjemné pocity při začátku záchvatu jsou vystřídány pocity studu a znechucení. Záchvaty přejídání se dají před okolím utajit mnoho let. (Papežová, 2012, s. 13-14)

Balasundaram a Santhanam (2022) uvádí, že se jedná o nejčastější PPP. Obvykle se začne projevovat v dospívání a třetina nemocných jsou muži. Pokud osoba trpí psychogenním přejídáním, je u ní větší riziko vzniku obezity, na kterou navazují komplikace jako je cukrovka, kardiovaskulární onemocnění nebo cévní mozková příhoda. (Balasundaram, Santhanam, 2022)

Pika

Pika je onemocnění, při kterém člověk, zpravidla s nějakým přidruženým onemocněním jako je porucha autistického spektra, vývojová porucha intelektu nebo schizofrenie, pojídá nestravitelné předměty - např. papír, mýdlo, křídou (APA, 2015, s. 348).

Bigorexie

Bigorexie iným názvem svalová dysmorfie nebo Adonisův komplex je posedlost dokonalým tělem. Postižený jedinec má zkreslené vnímání těla, abnormální jídelní návyky a vtíravé myšlenky na vlastní svalstvo, dále zneužívá steroidní hormony a nadměrně cvičí. Tato porucha je běžnější u osob mužského pohlaví. (Papežová et al. 2018, s. 127-128)

Ortorexie

Ortorexie je psychické onemocnění, při kterém je nemocný posedlý zdravým stravováním (Papežová et al., 2018, s. 130). Nemocní mohou ze svého jídelníčku vyloučit celé skupiny potravin, protože se domnívají, že jsou nezdravé (Balasundaram, Santhanam, 2022).

Drunkorexie

Drunkorexie je porucha, při které jedinec záměrně snižuje příjem stravy, aby mohl později konzumovat alkohol a nepřibral na váze (Papežová et al. 2018, s. 131).

2.5 Léčba poruch příjmu potravy

Osoba trpící PPP svoje onemocnění často skrývá, racionalizuje a podceňuje závažnost onemocnění. První kontakt s nemocnými trpícími PPP mají nejčastěji lékaři primární péče. Ti, po vyloučení jiného somatického onemocnění, mohou pacientům a jejich rodinám doporučit další léčebné kroky a edukovat je o důsledcích nemoci. (Hosák et al. 2021, s. 284-286)

Léčba PPP vyžaduje spolupráci mnoha různých zdravotnických odborníků, jako je například psychiatr, psycholog, gynekolog, endokrinolog, kardiolog, dermatolog, stomatolog a u dětí pediatr (Koutek a Kocourková, 2014). Léčba lehčí formy onemocnění může probíhat ambulantně, těžší formy onemocnění bývají hospitalizovány primárně na psychiatrických

odděleních nebo v případě nezbytné stabilizace na jednotkách intenzivní péče (Procházková, Sladká Ševčíková, 2017, s. 54-58).

Ambulantní psychiatrická péče je indikována, pokud pacient není bezprostředně ohrožen na životě. U pacientů s hmotností pod 30 % zdravé váhy je ambulantní péče zvolena pouze při krátkém trvání nemoci, dobré motivaci a při dobré spolupráci s rodinou.

(Hosák et al. 2021, s. 286)

Hospitalizace je nutná při velkém či rychlém váhovém úbytku, život ohrožujících tělesných komplikacích, depresi, sebepoškozování, úbytku váhy, při již zahájené terapii, u rizika sebevraždy a při těžkých vztahových problémech v rodině (Kukla et al., 2016, s. 211). Hospitalizace se doporučuje i u pacientů, u nichž je jídelní režim mimo jejich kontrolu a ambulantní léčba nepřináší požadované výsledky (Hosák et al. 2021, s. 286).

Terapie PPP se zakládá na třech důležitých pilířích, a to na úpravě váhy, boji s jídelními problémy a na pochopení vlastní osobnosti (Papežová, 2012, s. 137). V léčbě se využívá nutriční terapie, psychoterapie a farmakoterapie (Balasundaram, Santhanam, 2022). Ve všech stupních léčby je důležitá psychoedukace, která se zabývá poučením o povaze nemoci, o následcích hladovění a o možnostech léčby (Hosák et al. 2021, s. 287).

Nutriční terapie je individuální, zaměřuje se na vyživení pacienta a slouží k nastolení pravidelného jídelního režimu. Nutriční terapeut primárně edukuje nemocné o výživě a hodnotí jejich nutriční stav a ve spolupráci s pacientem pracuje na vytvoření jejich vhodného jídelníčku. Komplikací při realimentaci se může stát refeeding syndrom, který je způsoben rychlým zvýšením sekrece inzulinu. Při této komplikaci nastává závažná hypokalémie, hypofosfatémie a hypomagnezémie. Může docházet ke svalové slabosti, poruchám srdečního rytmu, poruše motility střev a k selhání ledvin. Ze začátku léčby je tedy důležité sledovat hladiny draslíku, hořčíku, fosfátu, vápníku, urey a kreatininu v séru. Důležité je začít vyživovat organismus stravou bohatou na bílkoviny a postupně navyšovat množství sacharidů. (Krch, Švédová, 2013, s. 26-34)

Farmakoterapie je účinná, pokud je podpořena terapií patologického jídelního chování, jinak je účinek farmak pouze dočasný. Využití medikace záleží na vývoji klinického stavu. U pacientů s MA s příznaky deprese či obsedantně-kompulzivní poruchou se využívají antidepressiva SSRI (selektivní inhibitor zpětného vychytávání serotoninu) a mirtazapin. U MB se antidepressiva SSRI osvědčila při snížení frekvence přejídání i zvracení. (Papežová, Kocourková, Koutek, 2018)

Psychoterapie je obor interdisciplinární i transdisciplinární a jejím cílem je zmírnit nebo odstranit potíže nemocného. Dochází při ní ke zvýšení úrovně sebepoznání, sebeoceny i seberealizace. (Orel et al. 2016, s. 291) V psychoterapii PPP se využívá mnoho různých postupů, do kterých patří například motivační a kognitivně-behaviorální terapie, interpersonální, psychodynamická a katathymně imaginativní psychoterapie či rodinná terapie a poradenství (Hosák et al. 2021, s. 287-288).

Kognitivně-behaviorální terapie (dále jen KBT) je založena na diagnostice aktuálních patologických způsobů myšlení a jednání a jejím cílem je změna tohoto nezdravého myšlení a jednání (Orel et al. 2016, s. 293). Terapeut zastává aktivní roli, motivuje pacienta a nabádá ho k aktivní účasti na léčbě, zdůrazňuje důležitost spolupráce a je otevřený k pocitům a myšlenkám léčeného (Papežová et al. 2018, s. 405). KBT se většinou skládá z dvaceti individuálních sezení během pěti měsíců a vede k úplné nebo částečné remisi onemocnění. Je úspěšná především u MB, zde je remise 40-60 %, u ostatních PPP jsou výsledky různé. (Hosák et al. 2021, s. 287)

Interpersonální psychoterapie (dále jen IPT) hledá vztahové problémy, které vedly ke vzniku onemocnění, a pomáhá pacientovi najít souvislost mezi dříve prožitým zážitkem a současným stavem (Orel et al. 2016, s. 294). IPT má tři části, nejprve se hledají problémy, které zapříčinily a které udržují PPP, poté se pracuje na jejich řešení, a nakonec přichází vyústění a ukončení terapie. Výsledky KBT a IPT po roce léčby jsou stejné. (Hosák, et al. 2021, s. 287)

Rodinná terapie může být individuální i vícerodinná. Využívá se především u dětí a u adolescentů. Procento pacientů, kteří příznivě odpovídají na tuto terapii, je 80 až 90 %. (Hosák et al. 2021, s. 288) Vícerodinná terapie patří mezi jedny z nejúčinnějších terapií PPP. Je založena na setkávání několika rodin, ve kterých některý z jejich členů trpí PPP. První setkání trvá 3 až 7 dní, poté následuje ambulantní sledování a několik jednodenních setkání. Rodinná terapie je velice efektivní, díky ní se snižuje délka léčby a je menší pravděpodobnost relapsu onemocnění. (Papežová et al. 2018, s. 415-417)

Léčba PPP by měla být ukončena v případě, kdy pacient akceptuje svoji váhu a postavu, nemá strach z jídla a znovu navázal zdravé vztahy se svým okolím. (Procházková a Sladká Ševčíková, 2017, s. 54)

3 PREVENCE

Prevence je soubor opatření, jejichž cílem je zabránit vzniku onemocnění, včas podchytit začátek nemoci nebo zmírnit následky onemocnění (Kukla et al. 2016, s. 99). Aby byla prevence účinná, musí být systematická a dlouhodobá a musí se na ní podílet škola, rodina i další instituce, které děti a dospívající často navštěvují (Čech, Zvoníčková, 2017, s. 68).

Jedlička (2015, s. 65-69) uvádí, že prevence rizikového chování, kam se mimo jiné řadí i nezdravé stravovací návyky, se může dělit na primární, sekundární a terciární.

Cílem primární prevence je upevnění zdraví, dodržování zákonitostí, posilování morálních kvalit společnosti, zmapování konkrétních rizik či uplatňování určitých obranných mechanismů. Primární prevence se dá rozdělit na nesespecifickou a specifickou.

Primární nespecifická prevence zahrnuje osvětové a všeobecně ozdravné působení, které je zaměřeno na běžnou populaci, například na děti a mládež, u kterých nejsou patrné výchovné problémy ani psychosociální poruchy. Aby tato prevence byla efektivní, musí být soustavná, systematická a cílevědomá.

Specifická primární prevence se zabývá předcházením konkrétních problémů, které jsou často vytyčeny ministerstvem nebo krajskými úřady. Vedou se plošné kampaně a jsou pořádány přednášky i besedy s odborníky. Obsahem prevence je poučení o rizicích, příčinách a projevech například návykových nemocí a informace o možné pomoci.

Sekundární prevence je zacílena na osoby, které jsou nějakým způsobem ohroženy nebo jinak oslabeny. Často se jedná o dospívající mládež, u níž se projevuje některá z forem rizikového chování. Důležité je brzké zjištění problému a časné zahájení pomoci, tedy aktivní vyhledávání rizikových znaků, odhalování časných stádií poruch a první pomoc v rizikové situaci.

Terciární prevence se zaměřuje na jedince, kteří trpí rozvinutou zdravotní poruchou nebo jsou poznamenáni defektní socializací. Tato prevence se zaměřuje na způsoby, kterými lze zmírnit následky existující poruchy a kterými lze předcházet recidivě. (Jedlička, 2015, s. 67-70)

3.1 Prevence poruch příjmu potravy

Během druhé dekády života zažije poruchu příjmu potravy až 13 % dívek. Tato alarmující prevalence ukazuje na potřebu šíření účinných preventivních programů a screeningů v oblasti PPP. (Stice et al. 2013) Do školních vzdělávacích programů by měly být zařazeny vzdělávací

programy zaměřené na PPP, obezitu a vnímání tělesného obrazu (Balasundaram, Santhanam, 2022).

Na primární prevenci PPP by se měly podílet tři důležité skupiny, a to rodina, škola a společnost. Rodina by měla dítěti poskytnout živé vzory a autority, pomoci vytvořit zdravé jídelní návyky, nabídnout dostatek vhodných zájmů, posilovat sebevědomí, chránit před vlivem médií a mimo jiné nepodporovat rizikové aktivity spojené s udržením tělesné hmotnosti a vzhledu.

Škola by žákům měla zajistit kulturu stravování a přiměřený rozvrh respektující dobu na jídlo, podporovat vrstevnické vzory a posilovat jejich sebevědomí.

Společnost by měla přiměřeně propagovat zdravý životní styl, nabídnout vhodné kulturní vlivy, chránit před nežádoucím dopadem médií a dostatečně oceňovat uznávané společenské hodnoty. (ADDP, 2019)

Spolupráce školy a rodiny v prevenci PPP by měla být samozřejmostí, jelikož bez řádné spolupráce nebude prevence nikdy dostatečná. Škola, v níž žáci tráví mnohdy více času než doma, má možnost odstranit a doplnit nedostatky, které si žáci přinášejí z domácího prostředí, protože díky svému přístupu a vlivu může do výuky zařadit preventivní programy a zajistit účast té nejpočetnější cílové skupiny, která je potencionálně ohrožena PPP.

Jednotliví pedagogové by v žácích neměli podporovat strach z nadváhy a měli by se vyvarovat výrokům o kalorických hodnotách jejich jídel a škodlivosti některých potravin. Učitelé by měli upozorňovat na fotografie v časopisech a ozřejmit žákům, že tyto fotografie jsou často upravovány a retušovány. (Procházková, Sladká Ševčíková, 2017, s. 46–48)

V rámci výuky by se žáci v předmětu Výchova ke zdraví, vyučovaném na 2. stupni základních škol, v kapitole Zdravý způsob života a péče o zdraví měli učit o PPP, společně se zásadami zdravého stravování, pitným režimem a vlivem životních podmínek a způsobu stravování na zdraví. (Faltýn et al., 2021, s. 92)

V prevenci PPP hraje významnou roli i nezisková organizace Centrum Anabell, které vzniklo v roce 2002. Jejím cílem je pomáhat a podporovat osoby s PPP a jejich blízké. V současnosti Anabell poskytuje sociální a terapeutické služby v jednotlivých kontaktních centrech v Praze, v Brně a v Ostravě.

Centrum Anabell nabízí bezplatnou telefonní linku, kam může zavolat kdokoliv, kdo se chce poradit nebo má nějaký akutní problém související s PPP. Dále nabízí internetové, rodinné

i nutriční poradenství, peer konzultace, svépomocné skupiny v Praze, v Brně i v Ostravě, zajišťuje služby následné péče pro osoby s PPP, které jsou starší 12 let, a sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi. V neposlední řadě centrum Anabell publikuje i vlastní knihy, brožury, letáky, videopořady, webináře i příběhy klientů, a to bezplatně. (Centrum Anabell, 2022)

Nevhodnou preventivní aktivitou, jako je přehnané zastrašování, přehánění a zdůrazňování určitých stránek PPP, může působit jako spouštěč rizikového chování. Žáci se kvůli preventivnímu programu mohou dozvědět, že si po jídle mohou vyvolat zvracení nebo že mohou užívat prostředky k vyprázdnění jako jsou laxativa. Ale vhodnou edukací lze u dětí zabránit rozvinutí poruch příjmu potravy. (Procházková, Sladká Ševčíková, 2017, s. 46-48)

3.2 Preventivní programy do škol v České republice

ACET ČR

Spolek ACET ČR sídlící v Chrudimi poskytuje placený certifikovaný program Zvol si život, který zahrnuje multimediální preventivní program „Poruchy příjmu potravy“ určený žákům 7. – 9. ročníků základních škol. Každá základní škola si může program trvající 90 minut objednat. Program se orientuje na nejčastější PPP, jejich projevy a důsledky a upozorňuje na nebezpečí diet bez doporučení lékaře. Na konci programu žáci vyplní prakticky zaměřený test znalostí o příjmu potravy a o životosprávě. (ACET ČR, 2019)

Vzdělávací agentura InfoPoint

Vzdělávací agentura InfoPoint, kterou provozuje společnost EDU-ANABELL, nabízí placený workshop pro žáky druhého stupně základních škol a studenty středních škol a učebních oborů, který je zaměřen na ideál krásy, seznámení s problematikou PPP, problematiku zakázaných a povolených potravin a na zvládání náročných situací v životě. Program trvá minimálně 90 minut a může se konat v prostorách EDU-ANABELL v Brně nebo v prostorách objednávací školy. (INFOPOINT, 2020)

Projekt Zdraví dětem

Nezisková organizace ZkusToZdrave pořádá akreditované kurzy Zdraví dětem, které se zaměřují na boj s dětskou obezitou a poruchami příjmu potravy. Projekt je určen pro děti a žáky od 3 do 19 let. Účastníci přednášek získávají ucelený přehled o zdravém životním stylu a o jeho aplikaci v životě. (ZKUSTOZDRAVE Z.S. 2021)

4 EDUKACE

Edukace je proces výchovy a vzdělávání, při kterém edukátor (ten, který vzdělává a řídí edukační proces) ovlivňuje chování a jednání edukanta (toho, koho vzdělává) s cílem pozitivně ovlivnit jeho dovednosti, návyky, postoje a vědomosti. Ve zdravotnictví edukace přispívá k primární, sekundární i terciární prevenci. (Juřeníková, 2010, s. 9–11)

Jedním z cílů edukace je nasměrovat jednotlivé osoby ke změně chování, které optimalizuje jejich zdraví a vede je k samostatnosti v sebeké. Úspěšná edukace nespočívá v množství informací, které edukátor předal edukantovi, ale v tom, co se edukant naučil. (Mandysová, 2016, s. 16)

Při vedení edukační lekce jsou podstatné osobnostní a komunikační vlastnosti edukátora. Edukátor žáků v období dospívání by měl být empatický, musí umět pružně reagovat, mít smysl pro humor a v případě provokativních dotazů musí projevit určitou toleranci.

Při plánování a realizaci edukace je důležité znát cílovou skupinu, být přirozený, jednat s edukanty na partnerské úrovni a nijak je nezastrašovat, spojovat sdělované informace s životní realitou a navozovat atmosféru důvěry. (Jedlička, 2015, s. 68)

Edukace by měla být dobře zorganizována, měla by probíhat ve vhodném prostředí a její rychlost by měla být přiměřena schopnostem edukantů. Mezi faktory ztěžující edukaci patří nedostatek času, nevhodné prostředí, nedostatek zkušeností, neznalost nebo neschopnost vytvořit pozitivní atmosféru. (Mandysová, 2016, s. 17-18)

4.1 Edukační proces a vzdělávací potřeby

Edukační proces je proces, při kterém dochází k záměrnému i nezáměrnému učení. Tyto procesy probíhají od narození až do smrti. (Juřeníková, 2010, s. 10)

Nové informace edukant získává díky edukačnímu procesu. Základem první fáze edukačního procesu je získávání informací a posuzování vzdělávacích potřeb. Následuje fáze plánování, jak uspokojit vzdělávací potřeby edukanta. Poté přichází fáze realizace, tedy samotné použití edukačních metod a nástrojů pro edukaci. Konečnou fází je hodnocení, kdy edukátor hodnotí změny znalostí, postojů a dovedností edukanta. (Šulistová, Trešlová, 2012, s. 95-96)

Vzdělávací potřeby edukantů se dají zjistit pomocí mnoha různých způsobů, patří sem neformální konverzace, strukturovaný rozhovor, dotazník, diskuzní skupina, pozorování nebo testy.

Testy jsou rozlišovány na vstupní testy znalostí (pre-test) a výstupní testy znalostí (post-test). Pre-test zjišťuje úroveň znalostí před edukací; post-test zjišťuje znalosti po edukační lekci. Porovnání pre-testu a post-testu slouží k měření efektivity edukační lekce. (Mandysová, 2016, s. 22-23)

4.2 Dělení edukace

Samotnou edukaci dělíme na základní, reedukační a komplexní. Při základní edukaci jsou edukantovi předávány nové informace a zároveň je motivován k pozitivní změně hodnot a postojů. Reedukační edukace zajišťuje edukantovi prohlubování již získaných vědomostí a dovedností. Při komplexní edukaci jsou edukantovi představovány ucelené informace po jednotlivých fázích. Edukant buduje nové dovednosti a postoje vedoucí k udržení či zlepšení zdraví. (Juřeníková, 2010, s. 11-12)

Edukaci členíme z hlediska organizačního uspořádání na individuální, skupinovou a hromadnou (Juřeníková, 2010, s. 34).

Individuální edukace probíhá individuálně, účastní se jí pouze jeden edukant (Mandysová, 2016, s. 8). Při této edukaci se často používají metody vysvětlování, rozhovoru nebo instruktáže s praktickým cvičením. Výhodou této formy je zohlednění individuálních potřeb edukanta, vysoká efektivita učení, neustálá aktivita edukanta a vysoká zpětná vazba. Nevýhodou je nemožnost spolupráce mezi edukanty a vysoká časová náročnost z hlediska jeden edukátor, jeden edukant. (Juřeníková, 2010, s. 35)

Skupinová edukace rozděluje edukanty do malých skupin. Jednotliví členové spolu spolupracují na vyřešení úkolu. (Šulistová, Trešlová, 2012, s. 71) Ideální počet členů ve skupině je 3-5. Skupinu může řídit edukátor i edukant. Ve skupině mohou být edukanti stejného i různého věku, pohlaví, vědomostí i zkušeností. Výhodou této formy edukace je individuální přístup edukátora při větším počtu edukantů, rozdílnost skupin podle jednotlivých potřeb edukantů a spolupráce edukantů mezi sebou. Nevýhodou je nestejněměrné zapojení členů skupiny – někteří mohou pracovat hodně, jiní skoro vůbec. (Juřeníková, 2010, s. 35-36)

Hromadná edukace je charakterizována společnou prací edukantů, kdy má edukátor dominantní postavení. Cílem je, aby edukanti získali co největší množství informací. (Šulistová, Trešlová, 2012, s. 70) Typickou edukační metodou pro tuto edukaci je přednáška. Výhodou této edukace je předání informací velkému množství edukantů. Nevýhodou je nízká aktivita edukantů, malý individuální přístup a nízká zpětná vazba. (Juřeníková, 2010, s. 36)

4.3 Edukační metody

Edukační metoda slouží k cílenému působení edukátora na edukanta. Edukátor se pomocí edukačních metod snaží efektivně předat plnohodnotné informace a dovednosti edukantovi tak, aby byly naplněny cíle učení a zároveň aby vědomosti nebyly nijak obsahově zkresleny. (Šulistová, Trešlová, 2012, s. 72)

Zormanová (2012, s. 7) uvádí, že neexistují dobré ani špatné výukové metody, vždy záleží pouze na jejich správném využití, tedy na vhodné edukační situaci, přiměřeném věku edukantů a na jejich vědomostech a dovednostech.

Existuje velké množství edukačních metod a jejich klasifikací. Ve školství se často využívají klasické, aktivizující i komplexní metody.

Klasické výukové metody patří mezi jedny z nejpoužívanějších. Jsou charakteristické frontální výukou, kdy má edukátor převládající roli a je kladen velký důraz na předávání informací edukantovi. Řadí se sem práce s textem, přednáška, vysvětlování, rozhovor, diskuze, pozorování i pracovní činnosti.

Aktivizující metody podněcují tvořivé myšlení edukantů a slouží k jejich aktivizaci. Patří sem diskuzní, situační i inscenační metody nebo didaktické hry.

Komplexní metody jsou charakteristické složitými metodickými celky, které edukantům předkládají ucelenou kombinaci a propojení výukových metod, organizačních forem edukace, poučných prostředků a životní situace. Komplexní metody reprezentuje frontální, skupinová, partnerská a individualizovaná výuka, brainstorming, výuka dramatem či kritické myšlení. (Zormanová, 2012, s 16-17)

Mezi nejčastější edukační metody ve zdravotnictví patří přednáška, vysvětlování, instruktáž a praktické cvičení, rozhovor, diskuze nebo práce s textem. (Juřeniková, 2010, s. 38–45)

Přednáška

Pomocí přednášky předáváme velkému počtu edukantů nové informace v uceleném projevu. Během přednášky se používají různé pomůcky, nejčastěji se jedná o dataprojektor s počítačem, kdy se přednáška připraví v programu Microsoft PowerPoint a ozvláštňují se obrázky či videem. Výhodou přednášky je předání velkého množství informací velkému počtu edukantů. Nevýhodou je pasivita edukantů a nízká zpětná vazba.

Přednáška má tři části. V úvodu se edukanti seznamují s problémem a edukátor si získává jejich zájem i pozornost a obeznámí je s cílem a smyslem přednášky. Následuje vlastní výklad, kdy edukátor poskytuje vědecky podložené informace, které jsou logicky uspořádané, a vysvětluje nové pojmy. Přednáška končí závěrem, v němž edukátor shrne nejdůležitější body tématu. (Juřeníková, 2010, s. 38)

Práce s textem

Tato metoda je charakteristická samostatnou prací edukanta a vede k osvojení nových poznatků, jejich upevnění a prohloubení již získaných informací (Zormanová, 2012, s. 46).

Ve zdravotnictví se tato metoda užívá často, ať už se jedná o leták, brožuru, plakát, článek nebo knihu. Písemný materiál by neměl být jediným zdrojem informací. Edukátor by měl poskytnutý text znát a orientovat se v něm a měl by ho šířit jen mezi edukanty, pro které byl z hlediska věku, gramotnosti a smyslového vnímání vytvořen.

Při sestavování písemného materiálu by měl být vytyčen jasný cíl, kterého má být dosaženo, měl by být vypracován pro určitou cílovou skupinu, text by měl být jednoduchý a jasný, věty krátké a k věci. Materiál může obsahovat i obrázky či schémata a důležité je i grafické zpracování. (Juřeníková, 2010, s. 45-46)

Diskuze

Diskuze má spoustu variant, které se vzájemně odlišují svými cíli a realizací, ale v podstatě jde o komunikaci ve skupině osob, kdy se řeší určitá problematika. Účastníci si vzájemně vyměňují názory na dané téma a na základě svých znalostí uvádějí argumenty a protiargumenty a společně nacházejí řešení problému. Při diskuzi by se měli všichni účastníci soustředit a projevit svůj názor, všichni účastníci nemusí být aktivní, stačí, když budou aktivně naslouchat. (Šulistová, Trešlová, 2012, s. 81)

Vysvětlování

Vysvětlováním edukátor logicky a systematicky předkládá nové informace edukantům. Při vysvětlování je nutné, aby edukátor vycházel z aktuálního stavu vědomostí a dovedností edukantů a vše vysvětloval srozumitelně a nepoužíval žádné cizí výrazy. Edukátor by se měl vyvarovat i přílišnému zjednodušování sdělovaných poznatků. (Zormanová, 2012, s. 42)

Instruktaž a praktické cvičení

Instruktaž je informační úvod, ve kterém je edukant seznamován s pracovním postupem důležitým pro praktické cvičení. Instruktaž je nejčastěji prováděna mluveným slovem, ale může být i psaná. Důležité je vysvětlit co se bude dít a jaký bude výsledek. Poté edukátor předvede praktickou činnost a následně ji nechá provést edukanta. (Juřeníková, 2010, s. 39-40)

Rozhovor

Základem této edukační metody je verbální komunikace v podobě otázek a odpovědí. Rozhovoru se mohou účastnit dvě či více osob. Při výukovém rozhovoru má edukátor vedoucí roli. Zodpovídá za průběh rozhovoru a snaží se o vzájemné porozumění mezi jednotlivými účastníky. (Šulistová, Trešlová, 2012, s. 79)

PRAKTICKÁ ČÁST

Praktická část práce je rozdělena na dvě oblasti. V první části je popsána metodika průzkumu, sběr dat, průzkumný soubor, analýza dat a nakonec prezentace dat a výsledek průzkumu. Druhou částí je diskuze, kde jsou průzkumné otázky srovnávány s odbornou literaturou a jinými výzkumy.

Cílem praktické části bylo vytvořit tři různé edukační metody o PPP pro žáky 8. a 9. ročníků základních škol a zjistit, která z nich je nejefektivnější z hlediska předání informací o PPP; vytvořit edukační materiál pro edukátora a zjistit informovanost žáků o problematice PPP.

Průzkumné otázky

Ke zhodnocení cílů praktické části byly vytvořeny čtyři průzkumné otázky:

Průzkumná otázka č. 1: Která z vytvořených edukačních metod je pro žáky 8. a 9. ročníků základních škol nejvhodnější?

Průzkumná otázka č. 2: Jaké mají žáci povědomí o problematice poruch příjmu potravy?

Průzkumná otázka č. 3: Budou dívky v pre-testu úspěšnější než chlapci?

Průzkumná otázka č. 4: Budou výsledky v post-testu mezi oběma pohlavími vyrovnané?

5 METODIKA PRŮZKUMU

Základem průzkumné části bylo vytvoření tří různých edukačních lekcí, které pojednávají o PPP, vytvoření edukačního materiálu pro edukátora a vytvoření pre-testu a post-testu. Edukační metoda 1 (Příloha D) byla přednáška podpořená prezentací v programu Microsoft PowerPoint. Edukační metoda 2 (Příloha E) byla diskuze s žáky společně s vysvětlováním problematiky PPP. Edukační metodou 3 (Příloha F) byla práce žáků s textem.

Podstatou vytvoření jednotlivých edukačních metod bylo studium mnoha různých zdrojů literatury, které byly použity v teoretické části bakalářské práce. Bylo důležité zachovat v jednotlivých edukačních lekcích stejné stěžejní informace, proto byl vytvořen i edukační materiál pro edukátora (Příloha G), který lze využít u všech edukačních metod.

Edukační metoda 1

Edukační metodou 1 (dále jen EM1) byla přednáška podpořená prezentací v programu Microsoft PowerPoint. V samotné prezentaci byly uvedeny jen ty nejdůležitější informace,

kteře by si edukanti měli zapamatovat. Těto edukační metody se zúčastnilo celkem 50 žáků; 25 žáků z 8. ročníku a 25 žáků z 9. ročníku. Třídý byly na přednášku spojený. Samotná přednáška trvala 25 minut a 5 minut byl čas na zodpovězení dotazů a urovnání nejasností.

V úvodu přednášky jsem žáky seznámila s obsahem prezentace, následně jsem se jim snažila jasně a zjednodušeně předat informace o PPP, především o MA a MB. Posluchači byli celou dobu klidní až pasivní, na mnou kladené dotazy v průběhu přednášky odpovídali většinou ti samí žáci. Na závěr přednášky jsem shrnula ty nejdůležitější informace a zeptala jsem se žáků, jestli všemu rozuměli a zodpověděla jsem jim otázky, které je zajímaly.

Edukační metoda 2

Edukační metodou 2 (dále jen EM2) byla diskuze s žáky společně s vysvětlováním problematiky PPP. Těto edukační metody se zúčastnilo celkem 38 žáků, 18 žáků z 8. ročníku a 20 žáků z 9. ročníku. Každou třídu jsem navštívila zvlášť.

Žáci neměli možnost se na diskuzi nijak připravit, pracovali s informacemi, které individuálně znali. Na úvod této edukační metody jsem se jich zeptala, co jsou to PPP a jaký na toto onemocnění mají názor. Ze začátku byli žáci rozpačití a moc se jim mluvit nechtělo, ale postupně ostych opadl a do diskuze se zapojila celá třída. Pokud ve třídě nikdo neznal správnou informaci, poskytla jsem jim vodítka, jak se k ní dostat, nebo jsem jim ji vysvětlila. Korigovala jsem celou diskuzi i názory edukantů. Žáci byli aktivní a spolupracovali; vypadalo to, že je lekce baví. Na konci edukační lekce jsem shrnula nejdůležitější informace a zodpověděla jsem jejich dotazy.

Edukační metoda 3

Edukační metodou 3 (dále jen EM3) byla práce s textem. Těto edukační metody se zúčastnilo celkem 44 žáků; 21 žáků z 8. ročníku a 23 žáků z 9. ročníku. Třídý jsem navštívila zvlášť.

Na začátku lekce jsem žáky rozdělila do skupinek většinou po čtyřech členech, v 8. třídě byla jedna pětičlenná skupina a v 9. třídě byla jedna skupina po třech členech. Každá skupina dostala text o PPP s vynechanými slovy, který měla doplnit pomocí textu, který má k dispozici edukátor. Na vyplnění textu měli žáci 20 minut a na společné zkontrolování bylo vyhrazeno 10 minut. Několik skupinek nezvládlo text v určeném čase zcela doplnit a s následnou kontrolou a dovysvětlením byl časový limit překročen o dalších 5 minut.

Někteří žáci se na vyplnění soustředili, ale bylo i několik takových, co nechali práci na ostatních a sami se moc nezapojovali. Proto by bylo možná vhodnější, kdyby se zmenšily skupiny žáků na dva členy, poté by se všichni žáci více zapojili do aktivity.

Po vyplnění textu následovala jeho kontrola. Jedna skupina vždy přečetla jeden odstavec a ostatní skupinky buď souhlasily s doplněným/zaškrtnutým slovem, nebo navrhly úpravu. Když nebyla žádná odpověď správná, doplnila jsem ji já a vysvětlila jsem, proč to tak má být. Na konci edukační lekce jsem shrnula ty nejdůležitější poznatky a zodpověděla jsem dotazy žáků.

Edukační materiál pro edukátora

V rámci tvorby byl vytvořen edukační text pro edukátora, který lze využít při přípravě na edukační lekce. Tento materiál se dá využít pro všechny stvořené edukační metody. Text obsahuje výtah těch nejdůležitějších poznatků o PPP, které byly užity v teoretické části práce.

Materiál shrnuje obecný úvod problematiky PPP, příčiny vzniku PPP, popisuje MA i MB a jejich příznaky, zdravotní následky a léčbu. Tento text byl použit i jako podklad při vyplňování edukačního textu u EM3.

Pre-test

Pre-test byl vytvořen po předchozím studiu literatury. Obsahoval celkem 16 otázek; 14 otázek se zaměřuje na ty nejdůležitější informace z oblasti PPP, které by edukanti měli znát, 1 otázka se ptá na organizaci, která pomáhá lidem s PPP a na kterou se žáci v případě potřeby mohou obrátit, a 1 otázka byla identifikační – zjišťovala pohlaví žáků.

V pre-testu byly všechny otázky, kromě identifikační, obodovány. Žáci mohli získat celkem 27 bodů. Na vyplnění pre-testu měli žáci 12 minut. S dodržáním časového limitu neměli žádný problém, většina z nich pre-test odevzdala dříve. Pre-testu se zúčastnilo 132 žáků.

Post-test

Post-test byl téměř identický jako pre-test, ale chyběla v něm identifikační otázka, protože se na ni nebylo třeba znovu ptát, jelikož pre-test a post-test jednoho žáka byl označen číslem z žetonu, které si losovali na úvod edukační lekce. Test tedy obsahoval 15 otázek; 14 otázek na nejdůležitější informace z oblasti PPP a 1 otázku na organizaci, která pomáhá lidem s PPP.

Otázky byly obodovány stejně jako v pre-testu. Žáci mohli dosáhnout maximálně 27 bodů. Na vyplnění post-testu měli žáci také 12 minut. S dodržáním časového limitu neměli problém. Post-testu se zúčastnilo celkem 126 žáků.

5.1 Sběr dat a průzkumný soubor

Začátkem září 2022 jsem pomocí e-mailu oslovila vedení tří ZŠ v Kraji Vysočina s žádostí o realizaci průzkumného šetření v rámci své bakalářské práce. Mé žádosti vyhověla jedna ZŠ. Dohodla jsem si osobní schůzku s vedením ZŠ, kde jsem je seznámila s detaily průzkumu a dohodli jsme se na celkové organizaci průzkumného šetření, následně ředitelka ZŠ podepsala souhlas s provedením průzkumu v jejich zařízení.

Pre-test a post-test byl vytvořen v průběhu listopadu 2022. V prosinci 2022 byla provedena pilotáž se šesti žáky, kteří navštěvují buď osmý, nebo devátý ročník základní školy, kdy byla ověřena srozumitelnost a formulace otázek v pre-testu a post-testu. Žádná z otázek nemusela být nijak upravována, všechny otázky žáci správně chápali.

Začátkem ledna 2023 byl s pomocí vedení ZŠ zaslán přes školní informační systém zákonným zástupcům žáků informovaný souhlas (Příloha A), ve kterém mohli souhlasit nebo nesouhlasit s vyplněním pre-testu (Příloha B), edukační lekcí a vyplnění post-testu (Příloha C) jejich dítětem. Všichni zákonní zástupci s vyplněním pre-testu, post-testu i s účastí na edukační lekci souhlasili.

Průzkumné šetření bylo realizováno na ZŠ od 20. 1. 2023 do 27. 1. 2023. Průzkumným souborem jsou žáci 8. a 9. ročníků vybrané ZŠ v Kraji Vysočina. Průzkumný soubor tvořilo celkem 132 žáků 8. a 9. ročníků ZŠ.

V pátek 20. 1. 2023 jsem postupně navštívila jednotlivé třídy, které se účastnily průzkumného šetření. Jednalo se celkem o tři třídy 8. ročníků a o tři třídy 9. ročníků. Na každou třídu jsem měla jednu vyučovací hodinu, tedy 45 minut, a na každé edukační lekci byl přítomen pedagog. Úvod byl u všech tříd stejný, nejprve jsem se dětem představila, vysvětlila jsem jim účel své návštěvy, a poté jsem je seznámila s plánem výukové hodiny. Nechala jsem je vylosovat si kartonové žetony s čísly, kterými označili svůj pre-test, a řekla jsem jim, aby si žetony nechali do příštího týdne, kdy budou vyplňovat post-test.

Na začátku hodiny mi žáci vyplnili pre-test, ujistila jsem je, že je test zcela anonymní, dala jsem jim pokyny k jeho vyplnění a zodpověděla jsem jejich dotazy. Úvod i s vyplněním pre-testu zabral celkem 15 minut. Následovala samotná edukační lekce, která trvala 30 minut. Každá

z jednotlivých edukačních metod byla použita na jednu třídu devátých ročníků a na jednu třídu osmých ročníků. O týden později, v pátek 27. 1. 2023, jsem jednotlivé třídy navštívila znovu a nechala jsem je vyplnit post-test. Znovu jsem je ujistila, že je test anonymní, a dala jsem jim pokyny k jeho vyplnění. Po vyplnění post-testu jsem se s žáky rozloučila, poděkovala jsem jim za účast v průzkumném šetření a popřála jsem jim spoustu úspěchů v následujícím studiu.

5.2 Analýza získaných dat

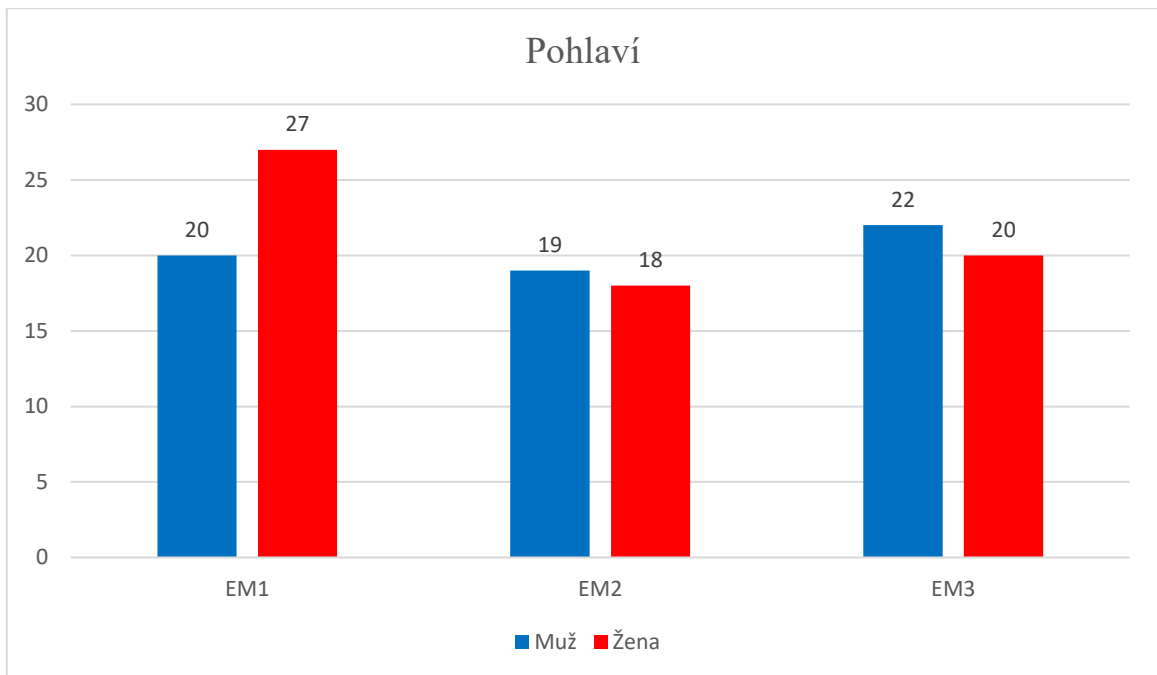
Analýza získaných dat probíhala v programu Microsoft Excel. Nejdříve ale bylo potřeba obodovat jednotlivé testy a přiřadit k sobě pre-test a post-test jednotlivých žáků, což proběhlo podle čísel, které si žáci vylosovali na žetonu a kterými si testy označili.

Podmínkou pro zařazení do průzkumu bylo vyplnění pre-testu i post-testu. Z průzkumu muselo být vyřazeno celkem 6 žáků, jelikož nebyli v době psaní post-testu ve škole přítomni.

Získaná data jsou dále prezentována pomocí tabulek a jednoho grafu.

5.3 Prezentace získaných dat

Obrázek 1 – Pohlaví



Obrázek 1 ukazuje četnost žáků podle pohlaví na jednotlivých edukačních metodách. Celkem se všech edukačních metod zúčastnilo 61 žáků mužského pohlaví (48 %) a 65 žákyň ženského pohlaví (52 %).

EM1 se zúčastnilo 20 chlapců (16 %) a 27 dívek (21 %). EM2 se zúčastnilo 19 chlapců (15 %) a 18 dívek (14 %). EM3 se zúčastnilo 22 chlapců (17 %) a 20 dívek (16 %).

Tabulka 1 – Přehledová tabulka úspěšnosti v testech v jednotlivých otázkách

	Pre-test		Post-test		MAX bodů
	Body	Procenta	Body	Procenta	
Otázka 1	34	27 %	101	80 %	126
Otázka 2	208	55 %	317	84 %	378
Otázka 3	111	88 %	124	98 %	126
Otázka 4	87	69 %	115	91 %	126
Otázka 5	64	51 %	116	92 %	126
Otázka 6	25	7 %	157	42 %	378
Otázka 7	30	8 %	187	49 %	378
Otázka 8	75	60 %	113	90 %	126
Otázka 9	61	48 %	117	93 %	126
Otázka 10	29	8 %	173	46 %	378
Otázka 11	26	7 %	203	54 %	378
Otázka 12	87	69 %	119	94 %	126
Otázka 13	167	44 %	324	86 %	378
Otázka 14	109	87 %	123	98 %	126
Otázka 15	1	1 %	113	90 %	126
Celkem	1124	33 %	2402	71 %	3402

Tabulka 1 zobrazuje přehled bodů, které žáci získali v pre-testu a v post-testu v jednotlivých otázkách, a maximum bodů, kterého mohlo být dosaženo.

Pre-testu i post-testu se zúčastnilo 126 žáků. Celkový počet bodů, kterého mohli žáci v testech dosáhnout, byl 3402 bodů. V pre-testu žáci získali 1124 bodů. V post-testu žáci získali 2402 bodů. V otázkách č. 1, 3, 4, 5, 8, 9, 12, 14 a 15 bylo maximum bodů, které mohlo být získáno, 126 bodů; u otázek č. 2, 6, 7, 10, 11 a 13 bylo možné získat maximálně 378 bodů.

Tabulka 2 – Úspěšnost žáků v testech podle edukačních metod

	Pre-test		Post-test		Zlepšení o:	
	Body	Procenta	Body	Procenta	Body	Procenta
EM1	10	37 %	19	70 %	9	33 %
EM2	8	30 %	21	78 %	13	48 %
EM3	9	33 %	18	67 %	9	34 %

Tabulka 2 zobrazuje průměrné výsledky, kterých žáci v jednotlivých testech dosáhli.

U EM1 získali žáci v pre-testu průměrně 10 bodů (37 %), v post-testu byl průměrný výsledek 19 bodů (70 %). U EM1 došlo ke zlepšení o 9 bodů (33 %).

U EM2 získali žáci v pre-testu průměrně 8 bodů (30 %), v post-testu byl průměrný výsledek 21 bodů (78 %). U EM2 došlo ke zlepšení o 13 bodů (48 %).

U EM3 získali žáci v pre-testu průměrně 9 bodů (33 %), v post-testu byl průměrný výsledek 18 bodů (67 %). U EM3 došlo ke zlepšení o 9 bodů (34 %).

Tabulka 3 – Úspěšnost žáků v testech podle pohlaví

	Pre-test		Post-test		Zlepšení o:	
	Body	Procenta	Body	Procenta	Body	Procenta
Dívky	11	41 %	22	81 %	11	40 %
Chlapci	7	26 %	17	63 %	10	37 %

Tabulka 3 zobrazuje průměrný výsledek v pre-testu a v post-testu podle pohlaví.

Dívky získaly v pre-testu průměrně 11 bodů (41 %), v post-testu získaly průměrně 22 bodů (81 %); zlepšily se tedy o 11 bodů (40 %). Chlapci získali v pre-testu průměrně 7 bodů (26 %), v post-testu získali průměrně 17 bodů (63 %); zlepšili se o 10 bodů (37 %).

6 VYHODNOCENÍ PRŮZKUMU

Prvním cílem průzkumné části práce bylo vytvořit tři různé edukační metody pojednávající o PPP a zjistit, která z nich je pro žáky 8. a 9. tříd základních škol nejpřínosnější z hlediska předání informací o PPP. Druhým cílem bylo vytvořit edukační materiál pro edukátora. Třetím cílem bylo zjistit, jak jsou žáci 8. a 9. tříd základních škol informováni o problematice PPP.

První cíl práce objasňovala průzkumná otázka č. 1. Třetí cíl práce objasňovaly průzkumné otázky č. 2, č. 3 a č. 4.

Průzkumná otázka č. 1: Která z vytvořených edukačních metod je pro žáky 8. a 9. ročníků základních škol nejvhodnější?

První průzkumná otázka zjišťovala, která ze tří vytvořených edukačních metod je pro žáky 8. a 9. ročníků základních škol nejvhodnější z hlediska předávání informací o PPP a mohla by tak sloužit jako preventivní program v oblasti PPP.

Šetření České školní inspekce z akademického roku 2018/2019 potvrdilo, že se na 2. stupni základních škol nejčastěji využívá frontální výuka oproti samostatné práci žáků, skupinové výuce, práci ve dvojici nebo jiné inovativní výuce (Zatloukal et al. 2019, s. 64). Při tvorbě edukačních lekcí bylo vycházeno z předpokladu, že žáci jsou na frontální výuku nejvíce zvyklí, a proto měly všechny tři edukační metody charakteristické rysy frontální výuky.

Všechny edukační metody vytvořené pro tento průzkum se prokázaly jako účinné. Po edukačních lekcích měli všichni žáci lepší znalosti o PPP než před jejím proběhnutím.

Po zhodnocení pre-testu a post-testu a podle pozorování se ale jako nejefektivnější edukační metoda jeví EM2 (diskuze ve spojení s vysvětlováním). Při vyplnění pre-testu získali žáci nejméně bodů, v průměru se jednalo o 8 bodů (30 %) z celkových 27. Po proběhnutí edukační lekce se jejich výsledek v post-testu zlepšil průměrně o 13 bodů (48 %), získávali tedy v průměru 21 bodů (78 %) z 27. Edukační lekce se zaměřovala především na ty informace o PPP, které žáky zajímaly nejvíce. EM2 žáky zjevně bavila, byli při ní nejaktivnější, zcela spolupracovali a dozvěděli se při ní nejvíce informací.

Druhou nejefektivnější metodou se ukázala být přednáška podpořená prezentací v programu Microsoft PowerPoint. Žáci účastníci se EM1 získávali v pre-testu průměrně 10 bodů (37 %) z 27. Po edukační lekci u nich došlo ke zlepšení o 9 bodů (33 %), v průměru získávali 19 bodů (70 %) z 27. Při edukační lekci byli žáci klidní a pasivní, v průběhu přednášky jsem se je snažila zaktivizovat různými otázkami na PPP, ale odpovídali většinou jen ti samí žáci.

Jako nejméně efektivní edukační metoda se projevila EM3 (práce s textem). V pre-testu žáci dosahovali průměrného výsledku 9 bodů (33 %) z 27. Po proběhnutí edukační lekce zlepšili svůj výsledek o 9 bodů (33 %) na 18 bodů (67 %) z celkových 27. Při edukační lekci se někteří žáci z jednotlivých skupin soustředili a daný text poctivě a aktivně vyplňovali, jiní nechávali práci na ostatních a do aktivity se moc nezapojovali, ale alespoň byli pozorní při závěrečném opakování.

Průzkumná otázka č. 2: Jaké mají žáci povědomí o problematice poruch příjmu potravy?

Druhá průzkumná otázka zjišťovala informovanost žáků 8. a 9. ročníků základních škol o problematice poruch příjmu potravy. Podle dat získaných z pre-testu nelze považovat znalosti žáků o poruchách příjmu potravy za dostatečné. V pre-testu získávali průměrně pouze 9 bodů (33 %) z 27 možných. Největší bodové ztráty měli u otevřených otázek č. 1, 6, 7, 10, 11 a 15.

V pre-testu žáci nedokázali správně definovat PPP (pouze 27 % správných odpovědí); uvedli, že neví, jaké jsou příznaky a zdravotní následky mentální anorexie a mentální bulimie (pouze 8 % správných odpovědí), a neznají českou organizaci, která pomáhá osobám s PPP (pouze 1 % správných odpovědí).

Co se týče onemocnění, která patří do PPP, tak 55 % žáků ví, jaká onemocnění tam zařadit a 88 % dotazovaných ví, že PPP mohou onemocnět muži i ženy. Správnou definici MA zná 69 % žáků a 51 % žáků ví, v jakém věku se MA nejčastěji projevuje. Správnou definici MB zná 60 % žáků, ale více než polovina žáků (52 %) neví, že pacienti s MB mohou mít nadváhu.

Znalosti léčby PPP jsou u žáků průměrné, 69 % žáků ví, že se PPP dají vyléčit, ale jen 44 % žáků dokázalo označit správné metody, které se k léčbě využívají. Naopak 87 % žáků ví, že PPP jsou opravdu závažnými onemocněními, které mohou končit i smrtí.

Průzkumná otázka č. 3: Budou dívky v pre-testu úspěšnější než chlapci?

Třetí průzkumná otázka zjišťovala, jestli jsou dívky lépe informované o poruchách příjmu potravy než chlapci.

Podle vyhodnocených dat se třetí průzkumná otázka potvrdila, dívky jsou o poruchách příjmu potravy informovány lépe než chlapci. Dívky získali v pre-testu průměrně 11 bodů (41 %) z celkových 27 bodů. Chlapci si vedli hůře, dosáhli průměrně pouze 7 bodů (26 %).

Průzkumná otázka č. 4: Budou výsledky v post-testu mezi oběma pohlavími vyrovnané?

Čtvrtá průzkumná otázka zjišťovala, jestli po provedení edukační lekce budou výsledky v post-testu mezi pohlavími vyrovnané.

Po porovnání výsledků post-testu se ukázalo, že informovanost žáků se zlepšila, ale více informací z edukační lekce si odnesla děvčata. V post-testu dívky získávali průměrně 22 bodů (81 %) z celkových 27. Chlapci v post-testu získávali průměrně 17 bodů (63 %) z celkových 27 bodů.

Zhodnocení cílů praktické části práce

První cíl práce byl splněn. Byly vytvořeny tři různé edukační metody o PPP. Jako nejefektivnější se ukázala EM2 (diskuze ve spojení s vysvětlováním); žáci si z této lekce odnesli nejvíce informací a v post-testu dokázali tyto informace správně využít. Druhou nejefektivnější metodou byla EM1 (přednáška podpořená prezentací v programu Microsoft PowerPoint). Nejméně efektivní byla EM3 (práce s textem).

Druhý cíl práce byl také splněn. V rámci přípravy na edukační lekce byl vytvořen edukační materiál pro edukátora, který obsahoval výtah těch nejdůležitějších poznatků o PPP, které byly užity v teoretické části práce. Tento text se dá využít pro všechny stvořené edukační metody.

Třetí cíl práce byl rovněž splněn. Průzkum ukázal, že žáci 8. a 9. ročníků základních škol nejsou o PPP dostatečně informováni. Dívky se ukázaly být lépe informované než chlapci, ale přesto nelze považovat jejich znalosti za dostatečné. Po proběhnutí edukační lekce se informovanost žáků zlepšila. V post-testu dívky znovu prokázaly lepší znalosti než chlapci.

7 DISKUZE

Tato část bakalářské práce porovnává výsledky získaných dat s výsledky jiných výzkumů a s odbornou literaturou.

Průzkumná otázka č. 1: Která z vytvořených edukačních metod je pro žáky 8. a 9. ročníků základních škol nejvhodnější?

Nejvhodnější edukační metodou se pro žáky 8. a 9. ročníků ZŠ ukázala být diskuze s vysvětlováním. V post-testu žáci dosahovali nejlepších výsledků. Druhá nejefektivnější metoda byla přednáška s PowerPointovou prezentací. Nejméně efektivní edukační metodou byla práce s textem.

Bohužel jsem nikde nalezla žádný výzkum, který by porovnával efektivnost různých edukačních metod na jakákoliv témata. Byly nalezeny pouze dva podobné výzkumy, a to výzkumy Fidlerové (2013) a Dvořákové (2021). Oba výzkumy se zabývali tvorbou jediné edukační lekce na téma poruchy příjmu potravy, a to ve formě přednášky s PowerPointovou prezentací.

Dvořáková (2021, s. 104-106) vytvořila přednášku s PowerPointovou prezentací na téma „Poruchy příjmu potravy,“ po které měla následovat skupinová práce a test na prověření znalostí. Úspěšnost edukační lekce měla být zjišťována pomocí preedukačního a postedukačního testu. Cílovou skupinou přednášky byli žáci 8. ročníku základní školy a 1. ročníku střední školy. Navržená edukační lekce trvá 90 minut. Efektivita edukační lekce ale není známá, protože autorka uvádí, že edukaci žáků nemohla vzhledem k distanční výuce v období pandemie Covid 19 uskutečnit a ověřit tak účinnost edukace.

Pro srovnání byl tedy užit výzkum Fidlerové (2013). Fidlerová (2013, s. 53-55) zjišťovala znalosti u studentů druhých ročníků středních škol v Pardubickém kraji. Studenty nechala vyplnit pre-test, poté provedla edukační lekci ve formě přednášky s PowerPointovou prezentací, a s odstupem jednoho měsíce dala žákům vyplnit post-test. Po vyhodnocení výsledků došla Fidlerová k závěru, že její edukační lekce byla poměrně efektivní; více než polovina studentů měla po edukaci znalosti o PPP na dobré úrovni (v post-testu získali více než 60 %).

Průzkumná otázka č. 2: Jaké mají žáci povědomí o problematice poruch příjmu potravy?

V roce 2012 probíhal na druhém stupni základních škol v Praze a ve Středočeském kraji výzkum, který měl mimo jiné za cíl zjistit informovanost žáků o problematice poruch příjmu potravy. Povědomí žáků o PPP bylo zhodnoceno jako vysoké. Na znalostní otázky o MA a MB správně odpovědělo 60 % dotazovaných. (Suchopárová, Forejt, 2013, s. 160)

Se Suchopárovou a Forejtem (2013) se shodují i výzkumy Králové (2012) a Peňázové (2016). Králová, (2012, s. 49) v průzkumu zjistila, že žáci ve věku 12-15 let mají poměrně dobré znalosti, ale u určité skupiny respondentů převládá nedostatek informací v určitých oblastech problematiky PPP. Peňázová (2016, s. 49) prováděla výzkum na 2. stupni základních škol a došla k výsledku, že znalosti žáků o PPP jsou na vysoké úrovni.

Průzkum prováděný v této práci se s těmito výsledky neshoduje. V průzkumu bylo zjištěno, že znalosti žáků 8. a 9. tříd ZŠ o PPP nejsou dostatečné. Ke stejným zjištěním došla i Vozáková (2015), Horáková (2017) a Skalská (2021).

Vozáková (2015, s. 84) byla znepokojena svým výzkumem, který prováděla u žáků 9. tříd ZŠ, protože více jak polovina dotazovaných nedokázala správně vysvětlit pojem poruchy příjmu potravy, a méně jak polovina žáků dokázala správně vysvětlit pojmy mentální anorexie a mentální bulimie.

Horáková (2017, s. 58) prováděla výzkum u žáků 6. a 9. tříd ZŠ a zjistila, že informovanost o PPP je u těchto žáků na nízké úrovni a nedokážou vysvětlit ani základní pojmy týkající se tohoto tématu. Ke stejnému názoru došla i Skalská (2021, s. 45); ta uvádí, že žáci druhého stupně ZŠ nejsou o problematice PPP dostatečně informováni.

Zajímavým faktem je, že Peňázová (2016) i Králová (2012) svůj výzkum realizovali pomocí dotazníkového šetření, ve kterém byly všechny znalostní otázky o PPP uzavřené. Vozáková (2015), Horáková (2017) a Skalská (2021) svůj výzkum realizovali také pomocí dotazníkového šetření, ale znalostní otázky o PPP byly převážně otevřené. V mém pre-testu dělali žákům také největší problémy otevřené otázky.

Průzkumná otázka č. 3: Budou dívky v pre-testu úspěšnější než chlapci?

Jelikož odborná literatura (Krch, 2016; Procházková, Sladká Ševčíková, 2017, s. 46) udává, že poruchy příjmu potravy jsou typičtější pro osoby ženského pohlaví, dá se předpokládat, že dívkám bude toto téma bližší a budou mít lepší znalosti o PPP než chlapci.

Dívky byly v pre-testu úspěšnější než chlapci. Z mého průzkumu bylo zjištěno, že dívky jsou o PPP opravdu lépe informované než chlapci. Stejného zjištění dosáhli ve svých závěrečných pracích i Králová (2012), Vozáková (2015), Horáková (2017) a Skalská (2021).

Králová (2012, s. 49) a Vozáková (2015, s. 82) ještě navíc uvádí, že rozdíl mezi znalostmi děvčat a chlapců nebyl nijak velký. S tímto tvrzením rovněž souhlasím. V pre-testu dívky získaly průměrně pouze o 4 body více než chlapci.

Průzkumná otázka č. 4: Budou výsledky v post-testu mezi oběma pohlavími vyrovnané?

Stejně jako v předchozí průzkumné otázce se odkazuji na poznatek Krcha (2016) a Procházkové a Sladké Ševčíkové (2017, s. 46), že poruchy příjmu potravy jsou typičtější pro osoby ženského pohlaví. Dá se tedy předpokládat, že dívkám bude toto téma bližší a budou mít větší zájem se o PPP dozvědět více informací než chlapci.

Výsledky post-testu mezi pohlavími nebyly vyrovnané. Lépe si vedly dívky, které dosahovaly v post-testu vyšších výsledků než chlapci. Toto zjištění potvrzuje výsledky v pracích Skalské (2021, s. 42) a Horákové (2017, s. 53), že dívky mají větší zájem dozvědět se více informací o PPP než chlapci.

8 ZÁVĚR

Teoretická část bakalářské práce se zabývala popisem PPP, prevence a edukace a měla za cíl zajistit kvalitní podklady pro tvorbu edukačních materiálů, které byly vytvořeny v praktické části práce.

Prvním cílem praktické části bylo vytvořit tři různé edukační metody o PPP pro žáky 8. a 9. ročníků ZŠ a zjistit, která z nich je nejefektivnější z hlediska předání informací o PPP. Druhým cílem bylo vytvořit edukační materiál pro edukátora a třetím cílem bylo zjistit, jak jsou žáci 8. a 9. tříd ZŠ informováni o problematice PPP.

Edukační materiál pro edukátora byl vytvořen a dá se použít u všech tří vytvořených edukačních metod, konkrétně se jedná o přednášku podpořenou prezentací v programu Microsoft PowerPoint, diskuzi spojenou s vysvětlováním a prací s textem. Efektivnost edukačních lekcí byla vyhodnocena pomocí vytvořeného pre-testu a post-testu. Všechny edukační lekce byly efektivní, po jejich proběhnutí měli všichni žáci lepší znalosti než před ní. Nejefektivnější edukační metodou se ukázala být diskuze ve spojení s vysvětlováním, následovala přednáška s Powerpointovou prezentací a nejméně efektivní byla práce s textem.

Je podstatné zmínit, že každému žákovi může vyhovovat jiná edukační metoda, nemusí to být právě diskuze. Průzkum byl prováděn pouze na malém vzorku, takže výsledky při dalším, větším průzkumu by mohly být rozdílné, ale je důležité žáky o tomto závažném onemocnění edukovat, podporovat jejich sebevědomí a vést je ke zdravé životosprávě.

Informovanost žáků o PPP byla také zjištěna. Ukázalo se, že znalosti žáků 8. a 9. tříd ZŠ o PPP nejsou dostatečné. Je proto důležité žáky o tomto závažném onemocnění, pro které jsou rizikovou skupinou, dostatečně vzdělávat, šířit mezi nimi efektivní preventivní programy a snažit se zabránit vzniku těchto závažných dlouhotrvajících onemocnění. Vytvořené edukační lekce mohou sloužit jako dobrovolnický program pro studenty vysokých škol, kteří by mohli následně docházet do škol, provádět osvětu tohoto problému a účinně tak přispívat k prevenci PPP.

Zajímavým cílem dalšího zkoumání by mohlo být provedení průzkumu efektivnosti vytvořených edukačních metod u žáků 6. a 7. tříd základních škol nebo naopak u studentů středních škol. Je možné, že mladším žákům by mohla více vyhovovat přednáška s prezentací a studentům zase práce s textem. Edukační lekce by navíc mohly být obohaceny i o téma obezity a zdravého stravování, aby žáci konkrétně věděli, co to vlastně zdravá životospráva je.

9 POUŽITÁ LITERATURA

9.1 Knižní zdroje

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2015. *DSM-5®: diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Praha: Hogrefe – Testcentrum, 1032 s. ISBN 978-80-86471-52-5.

COOPER, Peter J. 2014. *Bulimie a záchvatovité přejídání: jak je překonat*. Praha: Portál. 184 s. ISBN 978-80-262-0706-1.

ČECH, Ondřej a Nicole ZVONÍČKOVÁ, 2017. *Možnosti prevence rizikového chování dětí*. České Budějovice: Theia – krizové centrum. 72 s. ISBN 978-80-904854-5-7.

HOSÁK, L. et al. 2021. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. 648 s. ISBN 978-80-246-5088-3.

JEDLIČKA, R. et al. 2015. *Poruchy socializace u dětí a dospívajících: prevence životních selhání a krizová intervence*. Praha: Grada. 544 s. ISBN 978-80-247-5447-5.

JUŘENÍKOVÁ, Petra, 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, Sestra. 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2.

KLÍMA, J. et al. 2016. *Pediatric pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing, Sestra (Grada). 328 s. ISBN 978-80-247-5014-9.

KRCH, František a Jana ŠVÉDOVÁ, 2013. *Příručka pro zdravotníky aneb Různé tváře poruch příjmu potravy*. Brno: Občanské sdružení Anabell. 44 s. ISBN 978-80-905436-5-2

KUKLA, L. et al. 2016. *Sociální a preventivní pediatrie v současném pojetí*. Praha: Grada Publishing. 456 s. ISBN 978-80-247-3874-1.

MACHOVÁ, J. et al. 2015. *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada, Pedagogika (Grada). 312 s. ISBN 978-80-247-5351-5.

MANDYSOVÁ, Petra, 2016. *Příprava na edukaci v ošetrovatelství*. Pardubice: Univerzita Pardubice. 82 s. ISBN 978-80-7395-971-5.

MIDDLETON, Kate a Jane SMITH, 2013. *První kroky z poruchy příjmu potravy*. Uhřetice: Doron, První kroky (Doron). 81 s. ISBN 978-80-7297-115-2.

OREL, M. et al. 2016. *Psychopatologie: nauka o nemocech duše. 2.*, aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, Psyché (Grada), 344 s. ISBN: 978-80-247-5516-8.

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

PAPEŽOVÁ, Hana, 2012. *Začarovaný kruh anorexie, bulimie a psychogenního přejídání a cesty ven?!* Praha: Psychiatrické centrum, 148 s. ISBN 978-80-87142-18-9.

PROCHÁZKOVÁ, Lenka a Jana SLADKÁ ŠEVČÍKOVÁ, 2017. *Poruchy příjmu potravy: Odpovědi na otázky, které jste se báli zeptat*. Libčice nad Vltavou: Pasparta Publishing, 100 s. ISBN 978-80-88163-46-6.

ŠULISTOVÁ, Radka a Marie TREŠLOVÁ, 2012. *Pedagogika a edukační činnost v ošetrovatelské péči pro sestry a porodní asistentky*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 192 s. ISBN 978-80-7394-246-5.

ZORMANOVÁ, Lucie, 2012. *Výukové metody v pedagogice*. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). 160 s. ISBN 978-80-247-4100-0.

9.2 Odborné články

KOUTEK, Jiří a Jana KOCOURKOVÁ, 2014. Poruchy příjmu potravy – spolupráce psychiatra s pediatrem a gynekologem. *Pediatric pro praxi* [online]. Solen, s.r.o., 15 (4), 213–215 [cit. 2022-10-18]. ISSN: 1803-5264

KOUTEK, Jiří, a Jana KOCOURKOVÁ, 2021. Vliv koronavirové epidemie na vývoj a léčbu poruch příjmu potravy v dětském a adolescentním věku. *Psychiatrie pro praxi* [online]. Solen, s.r.o., 22 (2), 116-118 [cit. 2022-10-04]. ISSN 1803-5272. DOI: 10.36290/psy.2021.023

KRCH, František, 2016. Poruchy příjmu potravy. *Pediatric pro praxi* [online]. Solen, s.r.o., 17(4), 238-239 [cit. 2022-09-07]. ISSN 1803-5264. DOI: 10.36290/ped.2016.054

SUCHOPÁROVÁ, Lenka a Martin FOREJT, 2013. Pohled žáků základních škol na problematiku a výuku poruch příjmu potravy. *Hygiena – časopis pro ochranu a podporu zdraví* [online]. Státní zdravotní ústav, 58(4):157-161 [cit. 2023-04-03]. ISSN: 1803-1056. DOI: 10.21101/hygiena.a0982

9.3 Internetové zdroje

ACADEMY FOR EATING DISORDERS, 2016. Eating Disorders: A Guide to Medical Care, 3rd Edition. In: *Massgeneral.org* [online]. [cit. 2022-10-26]. Dostupné z: <https://www.massgeneral.org/assets/mgh/pdf/psychiatry/eating-disorders-medical-guide-aed-report.pdf>

ACADEMY FOR EATING DISORDERS, 2021. Eating Disorders: A Guide to Medical Care, 4th Edition. In: *Higherlogicdownload.s3.amazonaws.com* [online]. [cit. 2022-10-26]. Dostupné z: https://higherlogicdownload.s3.amazonaws.com/AEDWEB/27a3b69a-8aae-45b2-a04c-2a078d02145d/UploadedImages/Publications_Slider/2120_AED_Medical_Care_4th_Ed_FIN_AL.pdf

ACET ČR, 2019. Poruchy příjmu potravy (7.-9. ročník ZŠ). In: *Acet.cz* [online]. [cit. 2023-01-21]. Dostupné z: <https://www.acet.cz/program/poruchy-prijmu-potravy>

ASOCIACE DĚTSKÉ A DOROSTOVÉ PSYCHIATRIE, 2019. Poruchy příjmu potravy. In: *Addp.cz* [online]. © Copyright 2019, Asociace dětské a dorostové psychiatrie, z.s. [cit. 2023-01-21]. Dostupné z: <https://www.addp.cz/dusevni-poruchy/poruchy-prijmu-potravy/>

- BALASUNDARAM, Palanikuram a Prathipa SANTHANAM, 2022 Eating Disorders. In: *Ncbi.nlm.nih.gov* [online]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2022 [cit. 2022-09-14]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK567717/#article-130894.s14>
- CENTRUM ANABELL, 2022. Anabell. In: *Anabell.cz* [online]. © 2002–2022 | Centrum Anabell, z. ú. [cit. 2022-12-13]. Dostupné z: <http://www.anabell.cz/>
- COWDEN, Susan, 2020. What Is Bulimia? In: *Verywellmind.com* [online]. © 2022 Dotdash Media, Inc. — All rights reserved [cit. 2022-12-06]. Dostupné z: <https://www.verywellmind.com/symptoms-and-warning-signs-of-bulimia-nervosa-1138240>
- COWDEN, Susan, 2022. What is anorexia nervosa? In: *Verywellmind.com* [online]. © 2022 Dotdash Media, Inc. — All rights reserved [cit. 2022-10-06]. Dostupné z: <https://www.verywellmind.com/diagnostic-criteria-for-anorexia-nervosa-1138312>
- FALTÝN, J. et al. 2021. Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání. In: *Edu.cz*. [online]. Praha, 2021. [cit. 2023-04-04]. Dostupné z: <https://www.edu.cz/rvp-ramcove-vzdelavaci-programy/ramcovy-vzdelavacici-program-pro-zakladni-vzdelavani-rvp-zv/>
- INFOPOINT, 2020. Workshopy pro žáky druhého stupně zš a studenty středních škol a učebních oborů. In: *Infopoint.anabell.cz* [online]. © 2020 EDU-ANABELL, z. ú. [cit. 2023-01-21]. Dostupné z: <http://infopoint.anabell.cz/index.php/programy-pro-skoly/98-workshopy-pro-zaky-druheho-stupne-zs-a-studenty-strednich-skol>
- KLISZOVÁ, Viera, 2015. Poruchy příjmu potravy 3 – příčiny vzniku. In: *Psychologické-poradenstvi.com* [online]. [cit. 2022-10-22]. Dostupné z: <http://psychologicke-poradenstvi.com/2015/06/23/poruchy-prijmu-potravy-3-priciny-vzniku/>
- MOORE, Christine A. a Brooke R. BOKOR, 2022. Anorexia Nervosa. In: *Ncbi.nlm.nih.gov* [online]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2022 [cit. 2022-09-14]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459148/>
- NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH, 2021. Eating Disorders: About More Than Food. In: *Nimh.nih.gov* [online]. [cit. 2022-10-06]. Dostupné z: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/eating-disorders>
- NECHANSKÁ, Blanka, 2018. Péče o pacienty s poruchami příjmu potravy v ČR v letech 2011-2017. In: *Uzis.cz* [online]. Praha 23. 10. 2018 [cit. 2023-02-13]. Dostupné z: https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/ai_2018_08_poruchy_prijmu_potravy_2011a_z2017.pdf
- PAPEŽOVÁ, H., J. KOCOURKOVÁ a J. KOUTEK, 2018. Poruchy příjmu potravy. In: *Postupy-pece.psychiatrie.cz* [online]. Copyright © 2018-2022 Česká psychiatrická společnost, z.s. [cit. 2022-10-23]. Dostupné z: <https://postupy-pece.psychiatrie.cz/specialni-psychiatrie/f5-poruchy-prijmu-potravy/poruchy-prijmu-potravy>

PAPEŽOVÁ, H., J. KULHÁNEK, a L. STÁRKOVÁ, 2018. Poruchy příjmu potravy v Čechách. In: *Lf1.cuni.cz* [online]. © 2022 Univerzita Karlova 1. lékařská fakulta – Všechna práva vyhrazena [cit. 2022-10-23]. Dostupné z: <https://www.lf1.cuni.cz/poruchy-prijmu-potravy-v-cechach>

STICE, E. et al. 2013. Prevalence, incidence, impairment, and course of the proposed DSM-5 eating disorder diagnoses in an 8-year prospective community study of young women. In: *Ncbi.nlm.nih.gov* [online]. © 2013 American Psychological Association [cit. 2022-11-13]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3980846/>

WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD). In: *Who.int* [online]. © 2022 WHO [cit. 2022-09-13]. Dostupné z: <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases>

WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics - Feeding or eating disorders. In: *Icd.who.int* [online]. [cit. 2022-09-13]. Dostupné z: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f1412387537>

ZATLOUKAL, T. et al. 2019. Kvalita a efektivita vzdělávání a vzdělávací soustavy ve školním roce 2018/2019. In: *Csicr.cz* [online]. Praha, 2019. [cit. 2023-04-01]. Dostupné z: https://www.csicr.cz/Csicr/media/Prilohy/PDF_el._publikace/V%c3%bdro%c4%8dn%c3%ad%20zpr%c3%a1vy/VZ-CSI-2018-2019.pdf

ZKUSTOZDRAVĚ Z.S. 2021. Představení projektu Zdraví dětem. In: *Projektzdravidetem.cz* [online]. [cit. 2023-01-21]. Dostupné z: <https://www.projektzdravidetem.cz/o-nas>

9.4 Ostatní

DVOŘÁKOVÁ, Renata. *Informovanost studentů základních a středních škol o problematice poruch příjmu potravy*. Praha, 2021. 114 s. [cit. 2023-04-04]. Diplomová práce. Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Ing. Bc. Alena Váchová, Ph.D. Dostupné z: [Univerzita Karlova v Praze \(cuni.cz\)](https://theses.cuni.cz)

FIDLEROVÁ, Kristýna. *Poruchy příjmu potravy – informovanost a prevence u studentů středních škol*. Pardubice, 2013. 80 s. [cit. 2023-04-04]. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Linda Říhová. Dostupné z: <https://theses.cz/id/55wj5r/>

HORÁKOVÁ, Lucie. *Informovanost žáků 2. stupně základních škol v okrese Blansko o poruchách příjmu potravy*. Brno, 2017. 65 s. [cit. 2023-04-04]. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Fakulta pedagogická. Vedoucí práce PhDr. Mgr. Lenka Procházková, Ph.D. Dostupné z: [Bakalarska prace Lucie Horakova.pdf \(muni.cz\)](https://theses.cuni.cz)

KRÁLOVÁ, Veronika. *Mentální anorexie a bulimie u dětí ve věku 12–15 let*. Jihlava, 2012. 62 s. [cit. 2023-04-04]. Bakalářská práce. Vysoká škola polytechnická Jihlava, Katedra zdravotnických studií. Vedoucí práce: doc. PhDr. Lada Cetlová, PhD. Dostupné z: <https://theses.cz/id/15y4t3/>

PEŇÁZOVÁ, Darja. *Informovanost žáků základních škol o problematice poruch příjmu potravy*. Zlín, 2016. 61 s. [cit. 2023-04-04]. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce Mgr. Anna Petr Šafránková, Ph.D. Dostupné z: [Šablona -- Diplomová práce \(uni\) \(utb.cz\)](#)

SKALSKÁ, Tereza. *Informovanost žáků II. stupně ZŠ v oblasti poruch příjmu potravy*. Brno, 2021. 55 s. [cit. 2023-04-04]. Bakalářská práce. Masarykova Univerzita, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce PhDr. Mgr. Leona Mužíková, Ph.D. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/dsotx/Informovanost_zaku_II._stupne_ZS_v_oblasti_poruch_prijmu_potravny.pdf?kod=v2040;lang=cs

VOZÁKOVÁ, Michaela. *Informovanost žáků přerovských základních škol o poruchách příjmu potravy*. Olomouc, 2015. 105 s. [cit. 2023-04-04]. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Mgr. et Mgr. Iveta Tichá. Dostupné z: [Diplomov-prce.pdf \(theses.cz\)](#)

10 PŘÍLOHY

Příloha A – Informovaný souhlas	52
Příloha B – Pre-test	53
Příloha C – Post-test	56
Příloha D – Edukační metoda 1	59
Příloha E – Edukační metoda 2.....	66
Příloha F – Edukační metoda 3	67
Příloha G – Edukační materiál pro edukátora.....	69

Informovaný souhlas s účastí na edukační lekci a vyplněním pre-testu a post-testu

Vážení zákonní zástupci,

jmenuji se Aneta Ondráčková a jsem studentkou třetího ročníku oboru Všeobecné ošetrovatelství na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice. V rámci praktické části své bakalářské práce jsem se rozhodla provést edukační lekci na téma Poruchy příjmu potravy u žáků 8. a 9. tříd na základní škole, kterou navštěvuje Vaše dítě. Průzkum se bude skládat z vyplnění pre-testu, edukační lekce a vyplnění post-testu. Edukační lekce bude žákům zároveň sloužit jako preventivní opatření těchto závažných onemocnění. Průzkum je zcela anonymní a bude použit pouze pro účely vypracování bakalářské práce.

Děkuji za Vaši vstřícnost a spolupráci na průzkumném šetření.

Aneta Ondráčková

S vyplněním pre-testu, edukační lekci a vyplněním post-testu:

- Souhlasím
- Nesouhlasím

1) Co jsou to poruchy příjmu potravy?

.....
.....

2) Označ onemocnění, která patří do poruch příjmu potravy:

- a) Mentální anorexie
- b) Žaludeční vředy
- c) Psychogenní přejídání
- d) Zánět slepého střeva
- e) Crohnova choroba
- f) Mentální bulimie
- g) Nevím

3) Mohou poruchami příjmu potravy onemocnět muži i ženy?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

4) Mentální anorexie je:

- a) Onemocnění, při kterém nemocný trpí záchvaty přejídání, které si vyčítá, a potom se pomocí různých způsobů (zvracení, nadměrné cvičení, užívání léků) snaží zhubnout
- b) Posedlost zdravým stravováním
- c) Onemocnění, při kterém nemocný pojídá nestravitelné látky, jako je např. písek, papír, křída
- d) Onemocnění, při kterém má nemocný strach z tloušťky, myslí si, že je obézní, a úmyslně hubne tím, že méně jí, více cvičí, jídlo vyzvrací či užívá léky, které mu pomohou se vyprázdnit
- e) Nevím

5) Mentální anorexie se nejčastěji projevuje v jakém věku?

- a) 0-12 let
- b) 13-18 let
- c) 19-25 let
- d) 26-40 let
- e) Nevím

6) Jaké znáš příznaky mentální anorexie?

.....

7) Vypiš alespoň tři zdravotní následky mentální anorexie:

.....

8) Mentální bulimie je:

- a) Onemocnění, při kterém nemocný trpí záchvaty přejídání, které si vyčítá, a potom se pomocí různých způsobů (zvracení, nadměrné cvičení, užívání léků) snaží zhubnout
- b) Posedlost zdravým stravováním
- c) Onemocnění, při kterém nemocný pojídá nestrávitelné látky, jako je např. písek, papír, křída
- d) Onemocnění, při kterém má nemocný strach z tloušťky, myslí si, že je obézní, a úmyslně hubne tím, že méně jí, více cvičí, jídlo vyzvrací či užívá léky, které mu pomohou se vyprázdnit
- e) Nevím

9) Mohou mít pacienti s mentální bulimií nadváhu?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

10) Jaké znáš příznaky mentální bulimie?

.....

11) Vypiš alespoň tři zdravotní následky mentální bulimie:

.....

12) Dají se poruchy příjmu potravy zcela vyléčit?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

13) Poruchy příjmu potravy se léčí pomocí:

- a) Nutriční terapie (vyživování)
- b) Chirurgické operace
- c) Farmakoterapie (podávání léků)
- d) Psychoterapie (sezení s psychoterapeutem)
- e) Hippoterapie (léčba pomocí jízdy na koni)
- f) Nevím

14) Mohou poruchy příjmu potravy končit i smrtí?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

15) Jak se jmenuje česká organizace, která pomáhá lidem s poruchami příjmu potravy?

.....

16) Pohlaví

- a) Žena
- b) Muž

1) Co jsou to poruchy příjmu potravy?

.....
.....

2) Označ onemocnění, která patří do poruch příjmu potravy:

- a) Mentální anorexie
- b) Žaludeční vředy
- c) Psychogenní přejídání
- d) Zánět slepého střeva
- e) Crohnova choroba
- f) Mentální bulimie
- g) Nevím

3) Mohou poruchami příjmu potravy onemocnět muži i ženy?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

4) Mentální anorexie je:

- a) Onemocnění, při kterém nemocný trpí záchvaty přejídání, které si vyčítá, a potom se pomocí různých způsobů (zvracení, nadměrné cvičení, užívání léků) snaží zhubnout
- b) Posedlost zdravým stravováním
- c) Onemocnění, při kterém nemocný pojídá nestravitelné látky, jako je např. písek, papír, křída
- d) Onemocnění, při kterém má nemocný strach z tloušťky, myslí si, že je obézní, a úmyslně hubne tím, že méně jí, více cvičí, jídlo vyzvrací či užívá léky, které mu pomohou se vyprázdnit
- e) Nevím

5) Mentální anorexie se nejčastěji projevuje v jakém věku?

- a) 0-12 let
- b) 13-18 let
- c) 19-25 let
- d) 26-40 let
- e) Nevím

6) Jaké znáš příznaky mentální anorexie?

.....

7) Vypiš alespoň tři zdravotní následky mentální anorexie:

.....

8) Mentální bulimie je:

- a) Onemocnění, při kterém nemocný trpí záchvaty přejídání, které si vyčítá, a potom se pomocí různých způsobů (zvracení, nadměrné cvičení, užívání léků) snaží zhubnout
- b) Posedlost zdravým stravováním
- c) Onemocnění, při kterém nemocný pojídá nestravitelné látky, jako je např. písek, papír, křída
- d) Onemocnění, při kterém má nemocný strach z tloušťky, myslí si, že je obézní, a úmyslně hubne tím, že méně jí, více cvičí, jídlo vyzvrací či užívá léky, které mu pomohou se vyprázdnit
- e) Nevím

9) Mohou mít pacienti s mentální bulimií nadváhu?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

10) Jaké znáš příznaky mentální bulimie?

.....

11) Vypiš alespoň tři zdravotní následky mentální bulimie:

.....

12) Dají se poruchy příjmu potravy zcela vyléčit?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

13) Poruchy příjmu potravy se léčí pomocí:

- a) Nutriční terapie (vyživování)
- b) Chirurgické operace
- c) Farmakoterapie (podávání léků)
- d) Psychoterapie (sezení s psychoterapeutem)
- e) Hippoterapie (léčba pomocí jízdy na koni)
- f) Nevím

14) Mohou poruchy příjmu potravy končit i smrtí?


- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

15) Jak se jmenuje česká organizace, která pomáhá lidem s poruchami příjmu potravy?


.....

Fakulta zdravotnických studií

Poruchy příjmu potravy






Aneta Ondráčková
Všeobecné ošetřovatelství





© 2018 od autora Neznámý autor s licencí CC BY

Fakulta zdravotnických studií

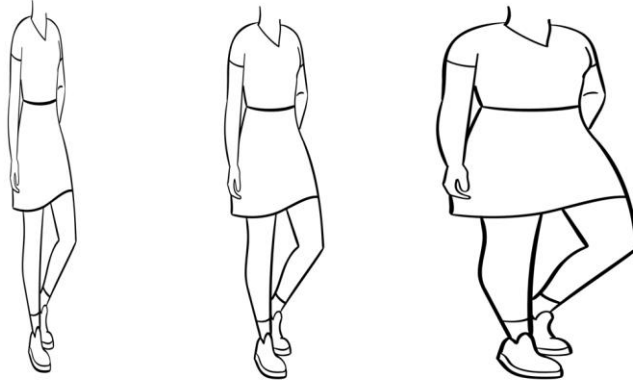
Obsah prezentace

- Co jsou poruchy příjmu potravy? 
- Mentální anorexie
- Mentální bulimie 
- Léčba 



Poruchy příjmu potravy

- Závažná psychická onemocnění

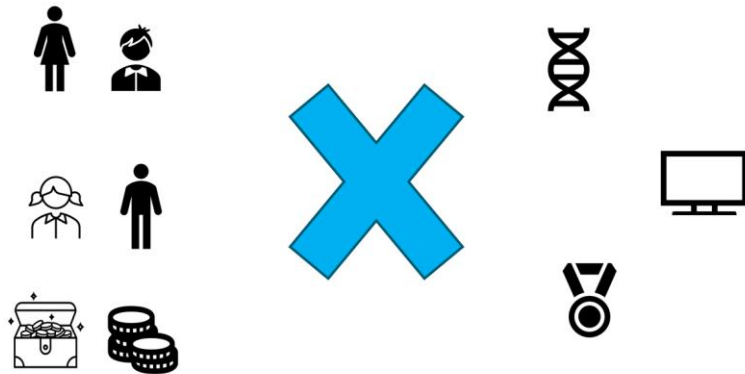


Poruchy příjmu potravy

- Mentální anorexie
- Mentální bulimie
- Psychogenní přejídání



Poruchy příjmu potravy



Mentální anorexie

- Omezení energetického příjmu



- Restriktivní typ
- Purgativní typ



Příznaky mentální anorexie

- Omezení příjmu potravy
- Strach z nárůstu hmotnosti
- Zkreslený obraz těla



Následky mentální anorexie

únava

chlad

suchá kůže

lámavé vlasy

růst chmýří

pokles krevního tlaku

zástava menstruace

poškození srdce

neplodnost

selhání orgánů

smrt



Mentální bulimie

- Záchvaty přejídání



- Nevhodné snižování váhy



Příznaky mentální bulimie

- Záchvaty přejídání
- Nevhodné snižování váhy
- Sebekritické hodnocení těla



Následky mentální bulimie

poškození zubní skloviny

zhrubnutí hlasu

otok slinných žláz

poškození hltanu

gastroezofageální reflux

nerovnováha minerálů



Léčba

- Nutriční terapie
- Psychoterapie
- Farmakoterapie



Centrum Anabell

- Internetové poradenství
- Rodinné poradenství
- Nutriční poradenství



Děkuji za pozornost



Diskuze ve spojení s vysvětlováním

- Co jsou to poruchy příjmu potravy?
 - Obecný úvod
 - Onemocnění, která tam lze zařadit
 - Jak vlastně vznikají?
 - Kdo jimi trpí?

- Mentální anorexie
 - Co to je?
 - U koho?
 - Jak ji dělíme?
 - Příznaky
 - Následky

- Mentální bulimie
 - Co to je?
 - U koho?
 - Příznaky
 - Následky

- Léčba
 - Nutriční terapie
 - Psychoterapie
 - Farmakoterapie
 - Anabell

- Okruhy k diskuzi
 - Co si o PPP myslíte? Vnímáte je pozitivně nebo negativně?
 - Je hubenost to, co všichni chtějí? Jaký je ideál krásy? Je všechno jenom o vzhledu?
 - Proč komentovat něčí vzhled?
 - Co budete dělat, když budete mít podezření, že někdo z vašeho okolí trpí PPP?
 - Jak můžete pomoci osobě s PPP?

Poruchy příjmu potravy jsou závažná onemocnění, která negativně ohrožují naše tělesné, i sociální zdraví. Poruchy příjmu potravy jsou charakteristické poruchou a poruchou chování spojeného s příjmem stravy.

Mezi tři nejznámější poruchy příjmu potravy se řadí mentální, bulimie a psychogenní

Poruchou příjmu potravy může onemocnět kdokoliv, záleží/nezáleží na věku, pohlaví, hmotnosti, a ani na ekonomickém postavení. Vliv na vznik poruch příjmu potravy mají tři důležité faktory, a to faktory:

- – zde má největší vliv genetika (pokud poruchou příjmu potravy trpěl někdo v rodině, je možné, že se rozvine i u jejich potomků),
- psychologické – určité osobnostní rysy jako je perfekcionismus, přizpůsobivost či vysoká sebekritičnost,
- – média propagující myšlenku štíhlosti, příprava na profese, které si zakládají na dobře vypadajícím těle (modeling, gymnastika)

Nejčastěji se poruchy příjmu potravy vyskytují u ženského/mužského pohlaví, ale v průměru je každý desátý nemocný ženského/mužského pohlaví.

Úmrtnost je u poruch příjmu potravy vysoká/nízká, průměrný věk úmrtí je 25 let. Nejčastější příčinou úmrtí je

Mentální

Mentální se obvykle rozvíjí během dospívání, tedy ve věku od 13 do 18 let. Jedná se o závažné psychiatrické onemocnění, kdy nemocní omezují energetický příjem tím, že méně/více jedí, méně/více cvičí, pozřenou stravu vyzvrací nebo užívají léky, které jim pomohou rychleji se vyprázdnit.

Dělíme ji na typ:

- Restriktivní – nemocní omezují příjem potravy a nadměrně cvičí
- - nemocní snižují váhu pomocí diet, projímadel nebo zvracení

Mezi tři hlavní příznaky mentální patří:

- a)
- b) Strach z nárůstu hmotnosti
- c) Zkreslený obraz těla– nemocný si myslí, že je obézní

Neléčená mentální anorexie má spoustu zdravotních následků, do kterých patří neustálý pocit a chladu, lámavé vlasy i, suchá a nažloutlá kůže, růst po celém těle, zástava menstruace, zpomalení srdeční činnosti, pokles tlaku, neplodnost, poškození srdce i mozku a později nastává selhání orgánů a smrt.

Mentální

Mentální je psychiatrické onemocnění, při kterém pacienti trpí opakovanými záchvaty přejídání, po nichž přichází nevhodné snižování váhy pomocí zvracení, užívání projímadel nebo nadměrného cvičení.

Mentální bulimie se projevuje většinou dříve/později než mentální anorexie. Pacienti s mentální bulimií mohou mít normální hmotnost, ale i podváhu či nadváhu, a dá/nedá se před ostatními utajit mnoho let.

Mezi tři hlavní znaky mentální bulimie patří:

- a) – konzumace velkého množství potravy v krátkém čase
- b) Nevhodné váhy – zvracení, užívání projímadel, nadměrné cvičení
- c) Sebekritické hodnocení těla – nemocní se velmi zabývají svojí váhou a postavou

Další příznaky mentální bulimie jsou mozoly na hřbetu ruky, nadýmání, zácpa, průjem, zubní kazy, zvracení krve, časté změny nálad nebo podrážděnost.

Zdravotní následky mentální bulimie jsou/nejsou závažné. Vlivem častého zvracení a následného čištění zubů dochází k nevratnému poškození zubní Zvracení dále způsobuje zhrubnutí hlasu a otok slinných žláz. Při vyvolávání zvracení může dojít k poškození hltanu nebo natržení jícnu. Dále může dojít k nerovnováze minerálů v organismu, která může vést k nesprávné funkci srdce.

Léčba

Léčba poruch příjmu potravy vyžaduje spolupráci mnoha různých zdravotnických odborníků. Pacienti s poruchou příjmu potravy se mohou léčit..... (dochází k lékaři do ordinace) nebo mohou být hospitalizováni v nemocnici.

Léčba se skládá z nutriční terapie, a farmakoterapie. Nutriční terapie má za cíl pacienta znovu vyživit a nastolit mu pravidelný jídelní režim. Ve farmakoterapii se pacientům podávají léky, které se nazývají antidepresiva. Při pacient zjišťuje, proč nemoc vznikla, a snaží se vyřešit problémy, které k ní vedly, a změnit svůj názor na vlastní tělo.

Centrum je česká organizace, která nabízí pomoc osobám s poruchami příjmu potravy a jejich rodinám. Poskytuje internetové, rodinné i nutriční poradenství, služby následné péče a nabízí svépomocné skupiny, které poskytují podporu, pochopení a respektující přístup osobám s poruchami příjmu potravy.

Léčba je ukončena v okamžiku, kdy pacient akceptuje svoji, nemá strach z jídla a znovu navázal kontakt se svým okolím.

Poruchy příjmu potravy

(edukační materiál pro edukátora)

Poruchy příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy (dále jen PPP) se dělí na mentální anorexii, mentální bulimii, psychogenní přejídání, piku, ruminační poruchu, psychogenní ztrátu chuti k jídlu, jinou specifikovanou poruchu příjmu potravy a jídelního chování a nespecifikovanou poruchu příjmu potravy a jídelního chování.

Poruchy příjmu potravy a jídelního chování se projevují přetrvávající poruchou výživy či poruchou chování spojeného s příjmem stravy. Následkem takového jednání je změna v konzumaci nebo v absorpci jídla, která sebou nese významné funkční narušení nejen v oblasti tělesného zdraví, ale i v oblasti psychosociální. (APA, 2015, s. 347)

Dle Machové (2015, s. 198) se PPP řadí do závažných psychických onemocnění, které ohrožují nejen zdraví, ale i život, vedou k uzavírání se do sebe, ke konfliktům s rodiči i k vyhýbání se vrstevníkům. PPP může onemocnět jedinec jakéhokoliv věku, hmotnosti, pohlaví i rasy, nezáleží ani na jeho sociálním a ekonomickém postavení (AFED, 2021).

Zásadní změny postoje k vlastnímu tělu a stravovacím návykům se odehrávají již ve školním věku. Strach z obezity ovlivňuje stále mladší a mladší věkové kategorie. (Procházková, Sladká Ševčíková, 2017, s. 46). Krch (2016) se shoduje s Procházkovou a Sladkou Ševčíkovou (2017, s. 46), že PPP patří mezi nejzávažnější a nejčastější problém dospívajících dívek a mladých žen, a dodává, že toto onemocnění se nevyhýbá ani chlapcům a mužům, ti ale stále představují méně než 10 % všech nemocných. Krch (2016) dále uvádí, že u chlapců je rozvoj PPP spojen s nadměrným množstvím pohybu, zatímco u dívek se většinou jedná o omezování energetického příjmu.

PPP jsou závažným onemocněním, které mají život ohrožující somatické i psychické komplikace. Nemocní mohou mít nejasný pohled na své onemocnění a mohou si myslet, že jejich problém není tak závažný, jak ho vidí ostatní. (AFED, 2016) Mortalita je u PPP vysoká, přesahuje 10 %, průměrný věk smrti je 25 let. Úmrtnost je dvakrát vyšší než u jiných duševních onemocnění a riziko sebevražd je vyšší až dvěstěnásobně. Trvání nemoci je průměrně šest let, ale až třetina pacientů má chronický průběh, který může trvat až 30 let a může končit smrtí. (Papežová, Kulhánek, Stárková, 2018)

Příčiny vzniku poruch příjmu potravy

Vznik PPP je ovlivněn mnoha různými činiteli, do kterých se řadí faktory biologické, psychologické a sociální.

Z hlediska faktorů biologických má na vzniku PPP velký podíl genetika. Uvádí se, že na rozvinutí mentální anorexie se podílí z 50 až 90 % a u mentální bulimie z 35 až 83 %. Největší riziko rozvinutí PPP je u blízkých příbuzných ženského pohlaví. (Papežová, 2012, s. 20)

Mezi rizikové psychologické faktory řadíme určité psychické charakteristiky a osobnostní rysy jako je perfekcionismus, impulzivita, nadměrná přizpůsobivost, úzkostlivost, zodpovědnost, nízké sebevědomí, závislost na názoru ostatních, vysoká sebekritičnost a nestálost v kontrole nad jídlem. (Papežová, 2012, s. 20; Kliszová, 2015).

Sociální rizikové faktory jsou zastoupeny médii, které propagují myšlenky štíhlosti a které PPP zviditelňují, ale již neinformují o možných důsledcích. Média rozšiřují názor, že i mírná nadváha je velmi škodlivá a že hubenost je důležitá pro atraktivitu a úspěšný život. (Papežová, 2012, s. 17)

Dalším sociálním faktorem je nevhodná příprava na různé profese, které si zakládají na dobře vypadajícím těle, jako je například modeling či gymnastika. (Kliszová, 2015).

Mentální anorexie

Mentální anorexie (dále jen MA) je jedna z nejznámějších poruch příjmu potravy. Obvykle se rozvíjí během dospívání (13-18 let) a objevuje se častěji u ženského pohlaví. (Balasundaram, Santhanam, 2022) Jedná se o psychiatrické onemocnění, při němž pacienti omezují svůj energetický příjem tím, že méně jedí, více cvičí nebo využívají laxativa či pozřenou stravu vyzvrací. Pacienti mohou mít silnou podváhu, ale nepoznají to, jelikož mají zkreslenou představu o svém těle. (Moore, Bokor, 2022)

Podle Krcha (2016) má anorektické příznaky koncem puberty až 6 % dívek a necelá 4 % žen během života MA trpěla.

Mentální anorexii dělíme na dva typy, a to typ restriktivní a typ purgativní. Při restriktivním typu MA pacienti snižují svoji váhu omezením příjmu potravy a nadměrnou fyzickou aktivitou; u purgativního typu MA pacienti využívají odvodňovací a projímavé léky, různé dietní prostředky nebo požitou potravu vyzvrací. (Papežová, 2012, s. 12)

Pokud pacient trpí MA je riziko předčasné smrti až dvanáctkrát vyšší než u běžné populace (AFED, 2016). Úmrtnost u MA je srovnatelná s jinými závažnými psychickými poruchami jako je deprese či schizofrenie. Nejčastější příčinou úmrtí vedle sebevraždy je srdeční arytmie a podvýživa. (Papežová et al. 2018, s. 181 a s. 551)

Příznaky a diagnostické znaky mentální anorexie

Podle DSM 5 (s. 357-359) se mezi tři hlavní diagnostické znaky MA řadí:

- *Omezení příjmu potravy*, jejímž následkem je tělesná hmotnost, která je nižší než by vzhledem k výšce, věku a vývojové fázi měla být.
- *Intenzivní obava z nárůstu hmotnosti*, která nemizí ani při poklesu hmotnosti.
- *Zkreslený obraz těla* – někteří jedinci si myslí, že jsou obézní, jiní ví, že jsou štíhlí, ale bojí se, že některé části jejich těla jsou nadměrně velké. Často se váží, měří obvody svého těla a zkoumají se v zrcadle.

Příznaky MA nejsou u každého nemocného totožné. Chování osob trpících MA je charakteristické tím, že odmítají jíst ve společnosti, pokud musí jíst v přítomnosti někoho jiného, krájí jídlo na malé kousky a různě ho přerovávají, aby si ostatní mysleli, že snědli více, než se zdá. Často nadměrně cvičí a nosí volné oblečení, aby zakryli svoji vyhublost. (Cowden, 2022)

Zdravotní následky mentální anorexie

Jídlo se stává pro psychiku nemocného velkou zátěží. Zdravotní problémy při MA vyplývají z hladovění i z nerovnováhy solí a hormonů. Konzumace potravin přináší nemocnému nepříjemné pocity paniky a viny.

Mezi zdravotní následky MA se řadí celková slabost a pokles energie, závratě, omdlávání, nízká tělesná teplota a s ní související neustálý pocit chladu, namodralé studené ruce a chodidla.

Mezi další následky se řadí zpomalená srdeční činnost, nízký krevní tlak, oslabení imunitního systému, růst chmýří po celém těle, vypadávání vlasů a nažloutlá suchá pokožka. Z trávicích obtíží jde často o nadýmání, pocit plnosti, nevolnosti, pálení žáhy nebo zácpu. Porucha endokrinního systému se projevuje nízkou hladinou cukrů v krvi, osteoporózou, ztrátou menstruace, sníženou sexuální touhou a neplodností. U dětí může dojít k zastavení růstu a puberty. (Papežová, 2012, s. 60-62) Pacient trpící MA může trpět nespavostí, poruchou koncentrace, depresemi, úzkostí, sebepoškozováním i sebevražednými myšlenkami. (AFED, 2021, s. 4-5; NIMH, 2021)

Mentální bulimie

Mentální bulimie (dále jen MB) je psychiatrické onemocnění, při kterém pacienti trpí opakovanými záchvaty přejídání, po nichž přichází nevhodné kompenzační chování jako je zvracení, využívání laxativ či nadměrné cvičení, kvůli zmírnění následků přejedení (WHO, 2022).

MB se v populaci vyskytuje častěji než MA a je běžnější u žen než u mužů. Některé bulimické příznaky se vyskytují až u 8 % žen a dívek. (Kukla et. al, 2016, s. 212) Porucha se obvykle projevuje v pozdní adolescenci nebo v rané dospělosti (Balasundaram, Santhanam, 2022). Pacienti přehnaně kontrolují svoji hmotnost, mohou mít podváhu, normální hmotnost i nadváhu. MB se dá před blízkým okolím utajit i mnoho let. (Papežová, 2012, s. 79 a s. 136)

Diagnostická kritéria a příznaky mentální bulimie

Mezi tři hlavní diagnostické znaky MB patří:

- *Záchvaty přejídání* neboli konzumace velkého množství potravy v krátkém čase, které by většina lidí za stejných podmínek nezkonzumovala a nad nimiž nemocný nemá kontrolu.
- *Nevhodné kompenzační chování* po záchvatu přejídání kvůli zabránění nárůstu váhy. Kompenzačním chováním se rozumí zvracení, klystýr, zneužívání laxativ, diuretik či thyroïdních hormonů, půst po dobu jednoho či více dní nebo nadměrné cvičení.
- *Sebekritické hodnocení těla* – nemocní kladou velký důraz na svoji váhu a postavu, což ovlivňuje jejich sebevědomí. (APA, 2015, s. 364-366)

Mezi fyzické příznaky MB patří mozoly na hřbetu ruky, křeče v oblasti žaludku, nadýmání, zácpa či průjem, zubní kazy, zvracení krve i celková slabost. Nejbližší okolí nemocného si může všimnout, že si nemocný schovává jídlo nebo sní velké množství potravy za malou chvíli, nadměrně cvičí, je podrážděný, sebekritický a často u něj dochází ke změně nálad. (Cowden, 2020)

Zdravotní následky mentální bulimie

Vlivem častého zvracení a následného čištění zubů dochází k poškození zubní skloviny, které je nevratné. Zvracení dále způsobuje otok slinných žláz nebo zhrubnutí hlasu. Jelikož si nemocní potřebují vyvolat dávicí reflex, dochází i k poškození hltanu nebo natržení jícnu. Následkem dlouholetého častého zvracení může být i gastroezofageální reflux. Nemocní jsou ohroženi dehydratací a nerovnováhou minerálů, přičemž je nejzávažnější nízká hladina draslíku

v krvi, která může vést k srdečním arytmiím. Při užívání projímadel si na ně nemocní mohou vytvořit závislost, protože aby při častém užívání dosáhli požadovaného účinku, potřebují čím dál vyšší dávky. (Cooper, 2014, s. 35-38; NIMH, 2021)

Léčba poruch příjmu potravy

Osoba trpící PPP svoje onemocnění často skrývá, racionalizuje a podceňuje závažnost onemocnění. Léčba PPP vyžaduje spolupráci mnoha různých zdravotnických odborníků (Koutek a Kocourková, 2014). Léčba lehčí formy onemocnění může probíhat ambulantně, těžší formy onemocnění bývají hospitalizovány primárně na psychiatrických odděleních nebo v případě nezbytné stabilizace na jednotkách intenzivní péče.

(Procházková, Sladká Ševčíková, 2017, s. 54-58)

Terapie PPP se zakládá na třech důležitých pilířích, a to na úpravě váhy, boji s jídelními problémy a na pochopení vlastní osobnosti (Papežová, 2012, s. 137). V léčbě se využívá nutriční terapie, psychoterapie a farmakoterapie (Balasundaram, Santhanam, 2022).

Nutriční terapie je individuální, zaměřuje se na vyživení pacienta a slouží k nastolení pravidelného jídelního režimu. Nutriční terapeut primárně edukuje nemocné o výživě a hodnotí jejich nutriční stav a ve spolupráci s pacientem pracuje na vytvoření jejich vhodného jídelníčku.

Farmakoterapie je účinná, pokud je podpořena terapií patologického jídelního chování, jinak je účinek farmak pouze dočasný. Využití medikace záleží na vývoji klinického stavu. U pacientů s MA a MB se využívají antidepresiva. (Papežová, Kocourková, Koutek, 2018)

Cílem psychoterapie je zmírnit nebo odstranit potíže nemocného. Dochází při ní ke zvýšení úrovně sebepoznání, sebeoceny i seberealizace. (Orel et al. 2016, s. 291). V psychoterapii PPP se využívá mnoho různých postupů, do kterých patří například motivační a kognitivně-behaviorální terapie, interpersonální, psychodynamická a katathymně imaginativní psychoterapie či rodinná terapie a poradenství (Hosák et al. 2021, s. 287-288).

Centrum Anabell je česká organizace, která nabízí pomoc osobám s poruchami příjmu potravy a jejich rodinám. Poskytuje internetové, rodinné i nutriční poradenství, služby následné péče a nabízí svépomocné skupiny, které poskytují podporu, pochopení a respektující přístup osobám s poruchami příjmu potravy. (Centrum Anabell, 2022)

Léčba by měla být ukončena v okamžiku, kdy pacient akceptuje svoji váhu a postavu, nemá strach z jídla a znovu navázal zdravé vztahy se svým okolím.

(Procházková a Sladká Ševčíková, 2017, s. 54)

Chceš se o poruchách příjmu potravy dozvědět víc? Mrkni sem:

Knižní zdroje:

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2015. *DSM-5®: diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Praha: Hogrefe – Testcentrum, 1032 s. ISBN 978-80-86471-52-5.

COOPER, Peter J. 2014. *Bulimie a záchvatovité přejídání: jak je překonat*. Praha: Portál. 184 s. ISBN 978-80-262-0706-1.

HOSÁK, L. et al. 2021. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. 648 s. ISBN 978-80-246-5088-3.

KUKLA, L. et al. 2016. *Sociální a preventivní pediatrie v současném pojetí*. Praha: Grada Publishing. 456 s. ISBN 978-80-247-3874-1.

MACHOVÁ, J. et al. 2015. *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada, Pedagogika (Grada). 312 s. ISBN 978-80-247-5351-5.

OREL, M. et al. 2016. *Psychopatologie: nauka o nemocech duše. 2.*, aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, Psyché (Grada), 344 s. ISBN: 978-80-247-5516-8.

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

PAPEŽOVÁ, Hana, 2012. *Začarovaný kruh anorexie, bulimie a psychogenního přejídání a cesty ven?!* Praha: Psychiatrické centrum, 148 s. ISBN 978-80-87142-18-9.

PROCHÁZKOVÁ, Lenka a Jana SLADKÁ ŠEVČÍKOVÁ, 2017. *Poruchy příjmu potravy: Odpovědi na otázky, které jste se báli zeptat*. Libčice nad Vltavou: Pasparta Publishing, 100 s. ISBN 978-80-88163-46-6.

Odborné články:

KOUTEK, Jirí a Jana KOCOURKOVÁ, 2014. Poruchy příjmu potravy – spolupráce psychiatra s pediatrem a gynekologem. *Pediatrie pro praxi* [online]. Solen, s.r.o., 15 (4), 213–215 [cit. 2022-10-18]. ISSN: 1803-5264

KRCH, František, 2016. Poruchy příjmu potravy. *Pediatrie pro praxi* [online]. Solen, s.r.o., 17(4), 238-239 [cit. 2022-09-07]. ISSN 1803-5264. DOI: 10.36290/ped.2016.054

Internetové zdroje:

ACADEMY FOR EATING DISORDERS, 2016. Eating Disorders: A Guide to Medical Care, 3rd Edition. In: *Massgeneral.org* [online]. [cit. 2022-10-26]. Dostupné z: <https://www.massgeneral.org/assets/mgh/pdf/psychiatry/eating-disorders-medical-guide-aed-report.pdf>

ACADEMY FOR EATING DISORDERS, 2021. Eating Disorders: A Guide to Medical Care, 4th Edition. In: *Higherlogicdownload.s3.amazonaws.com* [online]. [cit. 2022-10-26]. Dostupné z: https://higherlogicdownload.s3.amazonaws.com/AEDWEB/27a3b69a-8aae-45b2-a04c-2a078d02145d/UploadedImages/Publications_Slider/2120_AED_Medical_Care_4th_Ed_FIN_AL.pdf

BALASUNDARAM, Palanikuram a Prathipa SANTHANAM, 2022 Eating Disorders. In: *Ncbi.nlm.nih.gov* [online]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2022 [cit. 2022-09-14]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK567717/#article-130894.s14>

- CENTRUM ANABELL, 2022. Anabell. In: *Anabell.cz* [online]. © 2002–2022 | Centrum Anabell, z. ú. [cit. 2022-12-13]. Dostupné z: <http://www.anabell.cz/>
- COWDEN, Susan, 2020. What Is Bulimia? In: *Verywellmind.com* [online]. © 2022 Dotdash Media, Inc. — All rights reserved [cit. 2022-12-06]. Dostupné z: <https://www.verywellmind.com/symptoms-and-warning-signs-of-bulimia-nervosa-1138240>
- COWDEN, Susan, 2022. What is anorexia nervosa? In: *Verywellmind.com* [online]. © 2022 Dotdash Media, Inc. — All rights reserved [cit. 2022-10-06]. Dostupné z: <https://www.verywellmind.com/diagnostic-criteria-for-anorexia-nervosa-1138312>
- KLISZOVÁ, Viera, 2015. Poruchy příjmu potravy 3 – příčiny vzniku. In: *Psychologické-poradenstvi.com* [online]. [cit. 2022-10-22]. Dostupné z: <http://psychologicke-poradenstvi.com/2015/06/23/poruchy-prijmu-potravy-3-priciny-vzniku/>
- MOORE, Christine A. a Brooke R. BOKOR, 2022. Anorexia Nervosa. In: *Ncbi.nlm.nih.gov* [online]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2022 [cit. 2022-09-14]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459148/>
- NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH, 2021. Eating Disorders: About More Than Food. In: *Nimh.nih.gov* [online]. [cit. 2022-10-06]. Dostupné z: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/eating-disorders>
- PAPEŽOVÁ, H., J. KOCOURKOVÁ a J. KOUTEK, 2018. Poruchy příjmu potravy. In: *Postupy-pece.psychiatrie.cz* [online]. Copyright © 2018-2022 Česká psychiatrická společnost, z.s. [cit. 2022–10-23]. Dostupné z: <https://postupy-pece.psychiatrie.cz/specialni-psychiatrie/f5-poruchy-prijmu-potravy/poruchy-prijmu-potravy>
- PAPEŽOVÁ, H., J. KULHÁNEK, a L. STÁRKOVÁ, 2018. Poruchy příjmu potravy v Čechách. In: *Lf1.cuni.cz* [online]. © 2022 Univerzita Karlova 1. lékařská fakulta – Všechna práva vyhrazena [cit. 2022–10-23]. Dostupné z: <https://www.lf1.cuni.cz/poruchy-prijmu-potravy-v-cechach>
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics - Feeding or eating disorders. In: *Icd.who.int* [online]. [cit. 2022-09-13]. Dostupné z: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en/#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f1412387537>