

Edukační role všeobecné sestry při poruchách příjmu potravy u rizikové skupiny mladistvých

Rozárie Svobodová

Bakalářská práce
2024



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2023/2024

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: Rozárie Svobodová
Osobní číslo: H21414
Studijní program: B0913P360015 Všeobecné ošetrovatelství
Forma studia: Prezenční
Téma práce: Edukační role všeobecné sestry při poruchách příjmu potravy u rizikové skupiny mladistvých

Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.
Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti poruch příjmu potravy.
Příprava metodiky kvalitativního výzkumu šetření.
Formulace kritérií pro výběr participantů.
Realizace výzkumu formou rozhovoru.
Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.
Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

DELDERFIELD, R. *Male Eating Disorders: Experiences of Food, Body and Self*. New York: Palgrave Pivot Cham, 2018. 151 p. ISBN 978-3-030-02534-2.

GRANDE D. & J. LOCK. *Eating Disorders in Children and Adolescents: A Clinical Handbook*. New York: The Guilford Press, 2011. 512 p. ISBN 1609184912.

KRCH, F. a kol. *Poruchy příjmu potravy*. 2. vyd. Praha: Grada, 2005. 256 s. ISBN 80-247-0840-X.

MALONEY, M. a R. KRANZOVÁ. *O poruchách příjmu potravy*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 1997. 160 s. ISBN 80-7106-248-0.

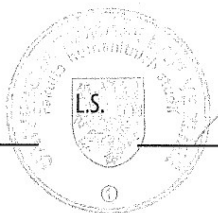
PAPEŽOVÁ, H. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Praha: Grada, 2010. 432 s. ISBN 978-80-247-2425-6.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Marcela Dolejšová**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **3. listopadu 2023**

Termín odevzdání bakalářské práce: **17. května 2024**

Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan



Mgr. Věra Vránová, Ph.D.
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 9. ledna 2024

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci – nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval(a) samostatně a použitou literaturu jsem citoval(a). V případě publikace výsledků budu uveden(a) jako spoluautor.

Ve Zlíně 23.4.2024

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě

pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, o pisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlíží k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská práce se soustředí na oblast poruch příjmu potravy. Zaměřuje se na známé poruchy příjmu potravy, jako je mentální anorexie, mentální bulimie a záchvatovité přejídání, ale také na novější termíny, jako je ortorexie, bigorexie, drunkorexie, pregorexie, restriktivní porucha stravování a jiné poruchy příjmu potravy. V teoretické části jsou podrobně popsány všechny tyto poruchy a jejich diagnostika. Samostatná sekce je věnována roli všeobecné sestry v této oblasti. V praktické části se zaměříme na zhodnocení znalostí o poruchách příjmu potravy u dvou žáků gymnázia a dvou žáků střední zdravotnické školy prostřednictvím rozhovorů a následné porovnání jejich znalostí. Cílem práce je zjištění úrovně informovanosti žáků a následné vytvoření edukačního letáku o poruchách příjmu potravy, který má za cíl zvýšit úroveň osvěty veřejnosti.

Klíčová slova: poruchy příjmu potravy, mentální anorexie, mentální bulimie, záchvatovité přejídání, ortorexie, edukace, všeobecná sestra, edukační materiál

ABSTRACT

The bachelor thesis focuses on eating disorders. It focuses on known eating disorders such as anorexia nervosa, bulimia nervosa and binge eating disorder, but also on newer terms such as orthorexia, bigorexie, drunkorexie, pregorexie, restrictive food intake disorder, and other specified feeding and eating disorders. In the theoretical part, all these disorders and their diagnosis are described in detail. A separate section is devoted to the role of the general nurse in this area. In the practical part we focus on the evaluation of the knowledge of eating disorders in two pupils of a grammar school and two secondary school pupils through interviews and a subsequent comparison of their knowledge. The aim of the work is to determine the level of awareness of the pupils and then to create an educational leaflet on eating disorders, which aims to raise the level of public awareness.

Keywords: eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge eating, orthorexia, education, general nurse, educational material

Moje největší poděkování patří magistře Marcele Dolejšové za vedení této bakalářské práce, za její rady, kterými přispěla k vypracování této bakalářské práce, a za její ochotu a trpělivost. Také děkuji všem interpretům, kteří mi dali možnost s nimi provést rozhovory k umožnění výzkumu.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD.....	10
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 VYMEZENÍ PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	13
1.1 TYPICKÉ PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY.....	13
1.2 ATYPICKÉ PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY	17
2 ETIOLOGIE, NÁSLEDKY A LÉČBA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	25
2.1 PŘÍČINY VZNIKU PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	25
2.2 NÁSLEDKY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY.....	28
2.3 LÉČBA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	30
3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE.....	32
3.1 KOMPETENCE VŠEOBECNÉ SESTRY	32
3.2 ROLE VŠEOBECNÉ SESTRY V PÉČI O PACIENTA S PORUCHOU PŘÍJMU POTRAVY	33
3.3 EDUKAČNÍ ROLE VŠEOBECNÉ SESTRY	36
II PRAKTICKÁ ČÁST.....	38
4 PRŮBĚH VÝZKUMU	39
4.1 DRUH VÝZKUMU	39
4.2 VÝZKUMNÝ PROBLÉM	39
4.3 VÝZKUMNÝ VZOREK.....	39
4.4 CÍLE VÝZKUMU	39
4.5 VÝZKUMNÉ OTÁZKY	40
4.6 VÝZKUMNÉ METODY	40
4.7 ZPŮSOB ZPRACOVÁNÍ DAT	41
5 ZPRACOVÁNÍ DAT	42
5.1 I. KATEGORIE	42
5.2 II. KATEGORIE.....	44
5.3 III. KATEGORIE	46

5.4	IV. KATEGORIE	48
5.5	AXIÁLNÍ KÓDOVÁNÍ	50
5.6	PARADIGMATICKÝ MODEL	50
6	SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU	54
7	DISKUZE	56
	ZÁVĚR	57
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	58
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	65
	SEZNAM OBRÁZKŮ	66
	SEZNAM TABULEK.....	67
	SEZNAM PŘÍLOH.....	68

ÚVOD

Problém poruch příjmu potravy stále roste v dnešní generaci. Každým rokem se jejich výskyt zvyšuje po celém světě, zejména kvůli tomu, že mladší generace přichází do kontaktu se sociálními sítěmi mnohem dříve než předchozí generace. Sociální média jsou plná jednotlivců, kteří radí, jak zhubnout, často poskytují nezdravé rady a vytvářejí trendy jako je "fasting" a "Intermittent fasting", které podporují hladovění za účelem rychlého hubnutí. Vznikají i tzv. "ed účty" (eating disorders accounts), které záměrně propagují hladovění a špatné stravovací návyky a explicitně podporují zhubnutí spojené s poruchami příjmu potravy. Problém spočívá v tom, že tento obsah není omezen pouze na určitou komunitu a může se s ním setkat kdokoli bez jeho aktivního vyhledávání. Poruchy příjmu potravy jsou navíc již nyní mezi nejvíce smrtelnými duševními onemocněními, těsně po závislostech na opiátech a každoročně si vyžádají přibližně 10 200 životů (American society for nutrition, 2021).

Tato práce se soustředí na poruchy příjmu potravy, nejen na ty dobře známé, jako je mentální anorexie, mentální bulimie a záchvatovité přejídání, ale také na novější poruchy příjmu potravy, včetně ortorexie, bigorexie, drunkorexie, pregorexie, restriktivní poruchy příjmu potravy ARFID (Avoidant restrictive food intake disorder) a další poruch příjmu potravy nespádající do konkrétní kategorie, označované jako OSFED (Other Specified Feeding or Eating Disorders), dříve známé jako poruchy příjmu potravy nijak stanoveny EDNOS (Eating Disorders Not Otherwise Specified), zahrnující dalších pět poruch stravování.

Teoretická část je strukturována do tří hlavních částí. V první části podrobně zkoumáme jednotlivé poruchy příjmu potravy a jejich specifické projevy. Druhá část se zabývá procesem vzniku těchto poruch, jejich zdravotních důsledků a metodám léčby. Třetí část se zaměřuje na roli sester ve všeobecné péči v oblasti poruch příjmu potravy.

Praktická část je realizována formou kvalitativního výzkumu prostřednictvím rozhovorů na střední zdravotnické škole a gymnáziu. Provedeme zakotvenou teorii a následně komparativní analýzu mezi dvěma studenty oboru praktická sestra a dvěma studenty gymnázia s cílem zjistit úroveň informovanosti v této ohrožené skupině mládeže. Budeme se také zajímat o rozdíly v úrovni znalostí v oblasti poruch příjmu potravy mezi těmito dvěma skupinami.

Cílem této práce je zjištění úrovně informovanosti žáků a následné vytvoření edukačního letáku o poruchách příjmu potravy.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 VYMEZENÍ PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Poruchy příjmu potravy jsou duševními poruchami, které charakterizují neobvyklé stravovací vzorce, negativní postoj k vlastnímu tělu a nadměrný zájem o jídlo, jeho kalorickou hodnotu a nutriční složení. K nim patří i obsese s cvičením, posilováním nebo jinou fyzickou aktivitou s cílem spálit co nejvíce kalorií.

Tyto poruchy se nejčastěji vyskytují u žen, avšak mohou postihnout i muže. Nejohroženějšími skupinami jsou děti a mládež, ale mohou se objevit i v jiných věkových skupinách. Jsou velmi nebezpečné jak fyzicky, tak psychicky (Papežová a Hanusová, 2012)

Poruchy příjmu potravy se v současné době stále častěji vyskytují, a to zčásti kvůli vlivu sociálních sítí, jemuž je dnešní generace vystavena mnohem více než ta předchozí. Na těchto platformách se šíří množství videí propagujících rychlé zhubnutí nebo nárůst svalové hmoty, toxická motivační videa, ukázky jídelníčků, a neprověřené nutriční rady od nekvalifikovaných osob. Také se zde objevují tzv. "body checks", kde lidé s poruchami příjmu potravy záměrně ukazují své tělo. Dále existují platformy jako "ed Twitter" a "ed TikTok", kde se pod různými hashtagy sdílí rady a tipy pro lidi trpícími poruchami stravování. Problém spočívá v tom, že platforma TikTok je široce přístupná a kdokoli může narazit na takový obsah i bez použití konkrétních hashtagů, což může vést k ovlivňování jedinců, kteří začnou zkoušet různé rady a triky prezentované v těchto videích.

Rozlišujeme tři hlavní formy poruch příjmu potravy: mentální anorexii, mentální bulimii a záchvatovité přejídání. Tyto tři formy jsou nejznámější ve společnosti, ale stále jsou velmi stigmatizované, a lidé mají o nich jen omezené nebo zkreslené informace, jako například přesvědčení, že každý trpící poruchou stravování musí být extrémně podvyživený.

Existuje však mnoho dalších typů poruch stravování, včetně ortorexie a bigorexie, jiné specifické poruchy příjmu potravy (OSFED), restriktivní porucha stravování (ARFID), drunkorexie a pregorexie (Beat eating disorders, 2024).

1.1 Typické poruchy příjmu potravy

Mentální anorexie

Tento stav je charakterizována úmyslným omezováním příjmu potravy a snahou udržet nízkou tělesnou hmotnost, obvykle kvůli strachu z přibývání na váze. Osoby trpící anorexií často neodmítají jídlo kvůli absenci chuti, ale spíše kvůli psychologickým důvodům a obavám z přibývání na váze.

Nechut' k jídlu často vychází z předchozího hladovění. Ironicky může být také doprovázeno větším zájmem o jídlo, což se může projevit například touhou začít péct nebo vařit (Krch, 2002).

Krch dle MKN-10 uvádí že jde o mentální anorexi (F50.0) pokud:

- 1 . Váha nemocného je 15 % a víc pod předpokládanou váhou a BMI (Index tělesné hmotnosti) je pod 17,5.
- 2 . Anorektik záměrně odmítá pokrmy, po kterých se přibírá, nebo intenzivně sportuje, aby zhubl.
- 3 . Nemocný má obavy z tloušťky a projevuje se zkreslená představa o vlastním těle, kdy si myslí že je větší, než doopravdy je.
- 4 . U žen se objeví ztráta menstruace. U mužů může nastat ztráta libida.
- 5 . Jestliže porucha začne před pubertou, může nastat zpoždění nebo zastavení průběhu puberty. Po zotavení obvykle dochází k normálnímu průběhu puberty, avšak první menstruace u dívek může být zpožděná. (Krch, 1999)

K diagnostikování mentální anorexie musí být přítomny všechny symptomy. Pokud nějaký příznak chybí, ale nemocný splňuje většinu kritérií, nemocný je diagnostikován s atypickou mentální anorexií (Koutek, 2000; MKN-10, 2023).

Mentální anorexie zasahuje převážně dívky, ale ani chlapci nejsou výjimkou. Kdy poměr mezi oběma pohlavími je jeden muž na deset žen (Koutek, 2000).

Onemocnění začíná nejčastěji kolem puberty nebo v adolescenci, může to být touha po tom být štíhlý, ale také potřeba kontroly nad vlastním životem. Nemocný cítí, že nemá kontrolu nad svým životem, a tak začne kontrolovat svou stravu a co přijme a nepřijme do svého těla. V období puberty se objevují sekundární pohlavní znaky. Náhlý příbytek na váze může vzbudit negativní reakci a nemocný začne s různými dietami. Dietní opatření

se stávají stále drastičtějšími, nemocný jí čím dál méně, začne mít různé rituály u jídla. Jako například že si jídlo na talíři rozděljuje podle barvy, textury, žvýká určitým počtem, jí po malých kouskách. Postupná redukce hmotnosti může vést ke kachexii (Marádová, 2007).

Mentální bulimie

Mentální bulimie je porucha, která se projevuje opakujícími se epizodami přejídání, které jsou propojené s nadměrným hlídáním vlastní váhy. Jedinci trpící bulimií se podobně jako jedinci s anorexií snaží udržet nízkou váhu. Po epizodě pocítují vinu a pokouší se minimalizovat důsledky přejedení, často pomocí zvracení. Mohou však používat také projímadla nebo se věnovat nadměrnému cvičení jako prostředku ke kompenzaci. Lidé trpící bulimií si jsou vědomi svého chování na rozdíl od anorektiků, ale nedokážou zabránit nutkání zbavit se požitého jídla a zmírnit následky přejídání (Krch a kol., 2005; Koutek, 2004).

Krch dle MKN-10 stanovuje, že jde o mentální bulimii (F50.2) pokud:

- 1 . Záchvaty přejídání, které se vyskytují minimálně dvakrát týdně v průběhu tří měsíců a během záchvatu pacienti sní výrazně mnohem více potravy v menším časovém intervalu.
- 2 . Nepřetržité zaobírání se potravou a velká, nepřekonatelná touha po něm.
- 3 . Úsilí zbavit se pocitu plného žaludku z konzumované potravy zvracením, využíváním projímadel, léků na odvodnění, léků na potlačení hladu, střídáním hladovění a přejídání.
- 4 . Připadání si být těžší a větší, než je a strach z přibývání na váze. (Krch, 1999)

Dle DSM-5 rozdělujeme ostatní druhy mentální bulimie:

Purgativní: nemocný si vyvolává záchvat zvracení, zneužívá projímadla nebo léky na odvodnění, aby zabránil zvýšení hmotnosti.

Nepurgativní: nemocný drží drastické diety, hladoví nebo intenzivně sportuje (Krch a kol, 2005; National library of medicine, 2016).

Záchvatové přejídání

Poslední z typických poruch příjmu potravy je záchvatové přejídání. Člověk se záchvatovitým přejídáním se přes den nezabývá ničím jiným než jídlem. Jejich emoce, jak už pozitivní, tak ale i negativní jsou spojeny s jídlem. Nemůžou se dočkat až se nají, ale zároveň pak mají pocit viny, jelikož pozřeli něco nezdravého a mají obavy, že nad sebou ztratí kontrolu a budou mít epizodu přejezení. Epizoda záchvatového přejídání se projevuje konzumací hojného množství jídla během krátkého intervalu a pocitem ztráty kontroly nad stravou během této situace (Maloney a Kranzová, 1997).

DSM-5 (Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch) jsou uvedena následující kritéria:

1 . Záchvat přejídání je definován jako konzumace většího množství jídla, než je obvyklé, a to v časovém intervalu méně než 2 hodiny. Během záchvatu pacient ztrácí kontrolu nad svým jídelním chováním.

2 . Záchvaty jsou spojeny se třemi a více následujícími znaky:

Nemocný jí výrazně rychleji, než je normální, hltá, málo žvýká.

Jí, až do chvíle, až je přejezený, má nafouklý žaludek.

Jí bez toho, že má hlad, nebo z nudy.

Jí sám, kvůli studu z toho, kolik toho sní.

Po záchvatu se cítí smutný a má pocit viny.

3 . Přítomná je úzkost.

4 . Záchvaty přejídání se vyskytují minimálně dvakrát týdně za posledních 6 měsíců.

5 . Neobjevuje se zvracení, používání léků na vyprázdnění, odvodnění, na potlačení hladu, nebo intenzivní cvičení (Krech a kol., 2005).

1.2 Atypické poruchy příjmu potravy

Ortorexie

Ortorexie je jedním z novějších typů poruch příjmu potravy, který definoval americký lékař Steven Bratman v roce 1996 (Bratman, 2004).

U lidí s touto poruchou není primárním cílem ztrácet váhu nebo omezovat kalorický příjem, ale spíše udržovat co nejzdravější a nejčistší stravovací návyky. Tito jedinci mají obavy z určitých nezdravých potravin a preferují konzumaci potravin, které považují za zdravé. Lidé trpící ortorexií se nesoustředí na množství potravy, jako je tomu u anorektiků, ale zaměřují se na kvalitu potravin (Krch, 2010; Strand, 2004).

Příčiny vzniku jsou podobné jako u ostatních poruch příjmu potravy. Velkou roli zde hraje tlak médií. Na sociálních sítích se šíří mnoho trendů zdravého životního stylu. Každý tvrdí, že určitá potravina je ve skutečnosti nezdravá a měli bychom ji okamžitě vyloučit z jídelníčku. Často to říkají i lidé bez odborné kvalifikace v oblasti nutriční terapie. Lidé sdílejí videa o svém každodenním stravování a motivují ostatní, aby jednali stejně, i když jejich stravovací návyky nejsou vyvážené. Podporují nadměrně zdravou stravu a tvrdí, že úplné vynechání cukrů a tuků je prospěšné. Toto potom sledují mladí lidé, kteří jsou snadněji ovlivnitelní a hned začnou experimentovat se svými jídelníčky.

Ortorexie se rozvine z nadměrného přání dosáhnout vnitřní čistoty a dosáhnout co nejlepšího zdraví. Postižený začíná eliminovat potraviny označené jako "nevhodné" a postupně odstraňuje stále více a více, až mu zůstane jen málo druhů potravin, co může konzumovat.

Nejvíce ohrožené skupiny zahrnují profese spojené s fyzickým vzhledem a udržováním "ideální" postavy, jako jsou modelky, herci, sportovci, tanečnice, kulturisté, ale i odborníci v oblasti výživy a lidé projevující zvýšený zájem o složení potravy (Getz, 2014; Paulíčková, 2010).

Dle MKN-10 a DMS-5 není ortorexie samostatná porucha. Ortorexie zatím není součástí MKN-10 jelikož na její diagnostiku ani léčbu není prozatím jednotný pohled (Národní zdravotnický portál, 2024).

Jsou 4 diagnostická kritéria, podle kterých můžeme u nemocného zjistit, jestli se jedná o ortorexií.

Jedná se o ortorexii, pokud nemocný:

1. Diagnostické kritérium v oblasti stravování

Přijímá nutričně nevybalancovaná jídla, kdy se zaměřuje na “čistotu” potravin.

Má zvýšené náklady za kupování zdravých a nemocným považovaných “čistých“ potravin.

Déle jak tři hodiny denně zjišťuje nutriční hodnoty potravin a přípravu zdravých pokrmů.

Má strach z “nečistého“ jídla a z vlivu toho jídla na jeho zdraví.

Dodržuje přísné vyřazení “nečistých” složek z jídel jako je třeba tuk a cukr.

Stojí si za svým názorem, že dělá správnou věc a popírá názor od kamarádů či rodiny.

2. Diagnostické kritérium v oblasti sociální

V škole či v práci se projeví pokles výkonnosti, snížení produktivity.

Zeslábne po fyzické stránce.

Přestane mít zájem o své koníčky a záliby.

Začne se více uzavírat do sebe a začne omezovat chození do společnosti.

3. Diagnostické kritérium výjimka

Nepočítá se tam zhoršení stavu kvůli jiné nemoci, jako je například schizofrenie.

4. Diagnostické kritérium výjimka

Dále se nepočítá, pokud šlo o úpravu jídelníčku kvůli intoleranci určitých složek potravy nebo u nemoci kde bylo nutné jídelníček změnit (Morozé a kol. 2014).

Jako další diagnostická pomůcka nám slouží Bratmanův test (Bratman Orthorexia Self Test). Je to test poskládaný ze šesti tvrzení, která se buď vyloučí nebo potvrdí. Stačí jedna pozitivní reakce k možnému podezření na ortorexii. S počtem kladných odpovědí se úroveň šance zvyšuje.

1. Velkou část života jsem strávil/a přemýšlením, výběrem a přípravou zdravého jídla, což zasahovalo do ostatních oblastí mého života.
2. Po sněžení potravin, které považuji za "nečisté" se cítím nečistě a provinile. Cítím se úzkostně v jejich přítomnosti a odsuzuji jiné lidi za jezení těchto potravin.
3. Můj osobní pocit sebeúcty a klidu závisí na zdravoti toho, co konzumuji.
4. I kdybych se rád/a odpoutal/a od toho, co považuji za "dobré jídlo" pro důležité momenty, například pro večeri s kamarády, tak nemohu (pouze v případě, že nemáte zdravotní potíže, které znamenají, že nemůžete udělat výjimku ze svého jídelníčku).
5. Ze svého seznamu "dobrých" potravin vyřazuji stále více potravin. A mám stále delší seznam potravinových pravidel – věřím, že mi pomáhají zachovat a posílit zdraví.
6. Zhubl/a jsem a projevuje se u mě podvýživa, padání vlasů, pocit na omdlení, ztráta menstruace (Bratman, 2017).

Ještě uvádíme test ORTO-15 sloužící jako pomůcka pro detekci ortorexie. Byl vyvinutý italskými vědci. Zahrnuje patnáct otázek, kdy nejvyšší skóre je 40 bodů. Nižší skóre naznačuje větší sklon k ortorexii. Každá odpověď směřující k ortorexii je ohodnocena jedním bodem, zatímco odpovědi nesouvisející s ortorexií získávají čtyři body (Donini a kol., 2005).

Bigorexie

Anorexie, bulimie a poruchy příjmu potravy jsou obvykle spojovány převážně s ženami, ale bigorexie neboli Adonisův komplex, je jediná porucha příjmu potravy, která se více objevuje u mužů. Tato porucha často vede k nespokojenosti s vlastním zevnějškem, pocitu slabosti a touze po atletické postavě. Charakteristickými rysy bigorexie jsou zkreslené vnímání vlastního těla, abnormální stravovací návyky a neustálé přemýšlení nad vlastním tělem. Osoby trpící bigorexií často praktikují zneužívání anabolických steroidů za účelem dosažení většího růstu svalstva. Často se také věnují intenzivnímu cvičení, tráví několikahodinové sezení v posilovně každý den až do extrému (Papežová, 2010).

Pro tyto jedince je touha po svalnaté postavě stěžejním prvkem jejich života. Z posilování se stává denní závislost a pokud nemohou cvičit, začínají pociťovat stres a nervozitu. Jejich těla jsou přetížena, protože nemají dostatek času na odpočívání (Paterová, 2013).

Nemocní pečlivě dodržují stravovací plán, který je převážně zaměřen na vysoký příjem proteinů z běžných potravin i ze suplementů. Ve společnosti bývají vnímáni pozitivně, protože se zdá, že se starají o svou kondici a aktivně sportují. Ale bigorexie s sebou nese řadu komplikací, jimiž jsou přetížení jater, ledvin, problémy sociální a psychické. Na jejich hlavním místě je posilování a koníčky, přátelé a rodina jdou do pozadí. U těchto nemocných jedinců se objevují úzkostně depresivní stavy při pohledu na svou postavu (Hájková, 2013).

Stejně jako ortorexie je bigorexie nejvíce vyvolána sociálními sítěmi. Jedinec každý den vidí na sociálních sítích vypracovaná těla a připadá si méněcenný a má pocit, že by se měl měnit, aby zapadl a odpovídal dnešnímu ideálu krásy. Bigorexie je také velmi vzrůstající porucha příjmu potravy. A mnohdy se bere na lehkou váhu, jelikož v naší společnosti panuje většinový názor, že muži poruchu příjmu potravy mít nemohou.

U bigorexie začíná závislost tím, že během několika týdnů se začínají objevovat první známky změn. Osoba poté zažívá zlepšení nálady, zvýšené sebevědomí, sílu a lepší náladu. Fyzická aktivita vyvolává uvolnění endorfinů, které působí jako protiúzkostné látky a antidepresivum. Tento příjemný pocit způsobuje, že se tato fyzická aktivita stává návykovou. Závislost na cvičení může být označena jako psychologická závislost, kdy cvičení ovlivňuje náladu, tělesnou hmotnost, vzhled postavy a stává se středem života, a jedinec tak ztrácí kontrolu nad svým životem. To může vést k úzkosti, depresi, a dokonce i agresivitě, pokud jedinec není schopen cvičit pravidelně (Fox 1997; Bachnová 2012).

Rozpoznání a diagnostika bigorexie je opět, podobně jako u ortorexie, velmi komplikovaná. Existují navrhovaná diagnostická kritéria (Papežová, 2010).

1. Diagnostické kritérium

Osoba se intenzivně zaměřuje na přesvědčení, že jeho svalová hmota není dostatečně objemná a bez tuku.

2. Diagnostické kritérium

Toto zaměření je charakterizováno minimálně 2 z následujících 4 kritérií:

Pravidelně vynechává společenské, pracovní a volnočasové aktivity kvůli nutkavému cvičení a stravovacím režimům.

Uniká situacím, kde by mohlo dojít k pozorování jeho těla, nebo při nich zažívá výrazný stres a úzkost.

Zaujetí vůči nedostatečné tělesné hmotnosti a svalové hmotě přináší významné duševní strádání a zhoršení sociálních, pracovních a jiných aspektů života.

Jedinec pokračuje v cvičení, dietách a užívání prostředků na zvýšení výkonu, navzdory nežádoucím fyzickým nebo psychickým účinkům.

3. Diagnostické kritérium

Hlavní zaměření pozornosti a chování se týká pocitu nedostatečné tělesné hmotnosti a nevyhovující svalové hmoty. Postižený nemá strach z tuků jako u mentální anorexie, ani se nezaměřuje na jiné aspekty vzhledu (Papežová, 2010).

Drunkorexie

Drunkorexie je porucha příjmu potravy, která kombinuje rysy anorexie nebo bulimie s nadměrným konzumem alkoholu. Lidé trpící touto poruchou záměrně omezují příjem jídla, aby mohli přijímat více alkoholu. Mají zkreslený pohled na své tělo a bojí se přibírání, ale nechtějí opustit společenské události, a proto omezují příjem potravy, aby si večer mohly dát pivo nebo víno.

U drunkorektiků se může projevit závislost na alkoholu, problémy s orgány, jako například srdce, játra. Také se zvyšují šance na rakovinu, rozvrácení metabolismu. U psychických potíží se projevují známky deprese, úzkosti či nespavosti (Víš, co jíš, 2014).

Drunkorexie je přítomna hlavně mezi vysokoškoláky. Australská studie zjistila, že 64 % studentek omezilo příjem potravy, aby si kompenzovalo kalorie z alkoholu.

V Kanadě zase vědci zjistili, že větší počet vysokoškoláků v jejich výzkumu má obavy z kalorického obsahu alkoholu, kdy 46 % omezilo příjem potravy před konzumací alkoholu (WebMD, 2021).

Pregorexie

Pregorexie je porucha příjmu potravy během těhotenství, je to stav, kdy žena používá poruchy příjmu potravy, aby kontrolovala nárůst hmotnosti, kterou přibere během těhotenství. Tyto ženy nadměrně cvičí, omezují příjem potravy, obsedantně počítají kalorie, můžou si sami vyvolávat zvracení, užívat projímadla, mají pocit studu nebo viny když přiberou na váze, váží se několikrát denně, vyhýbají se návštěvám lékaře, ale i rodiny a přátel, a mají pocit odloučení od dítěte, které se v nich vyvíjí.

Pregorexie je často kombinace faktorů, které přispívají k rozvoji této poruchy příjmu potravy. Patří sem předchozí výskyt poruchy příjmu potravy u ženy. Může to zapříčinit i působení společnosti. Je velké množství článků o tom, jak zůstat v těhotenství fit a jak vypadají různé celebrity během těhotenství, což vyvíjí tlak na těhotné ženy. Rovněž to může být genetika. Specifický gen pro poruchy příjmu potravy neexistuje, ale je zaznamenána větší pravděpodobnost vzniku poruch příjmu potravy u rodin kde už někdo touto poruchou trpí. Nejčastěji to bývá přeneseno z matky na dceru, kdy dcera odpozoruje stravovací návyky matky a začne je provozovat také.

Poruchy příjmu potravy během těhotenství jsou velice nebezpečné jak pro matku, tak i pro dítě a může to mít až fatální následky (Eating disorder hope, 2021).

Restriktivní porucha příjmu potravy (ARFID)

Restriktivní porucha příjmu potravy (ARFID – Avoidant restrictive food intake disorder) je novou diagnózou v DSM-5 . Tito jedinci omezují objem a rozmanitost potravin, které konzumují. Na rozdíl od ostatních poruch příjmu potravy tato porucha nesouvisí nijak s vyhýbáním se příjmu potravy nebo s obavami z tloušťky. AFRID je spíše selektivní stravování kvůli nedostatku zájmu o jídlo, smyslovou citlivostí (např. silnými reakcemi na chuť, texturu, vůni potravin) nebo strachem z udušení nebo zvracení.

AFRID se nejčastěji rozvíjí v kojeneckém nebo raném dětském věku, může přetrvávat i do dospělosti nebo se rozvinout v jakémkoli věku. AFRID se také může označovat jako "extrémní vybíravost", ale rozdíl od normální vybíravosti v jídle je, že u těchto lidí je strava natolik omezená, že dojde ke zdravotním, výživovým a psychosociálním problémům a tělo nemůže fungovat tak, jak má.

Podle TR DSM-5 je ARFID diagnostikován, když:

Porucha příjmu potravy (jako je například zjevný nezájem o jídlo, vyhýbání se jídlu kvůli chuti nebo textuře, strach ze zvracení nebo udušení), která se projevuje trvalým neuspokojováním nutričních a energetických potřeb spojených z následujících příčin:

Výrazný váhový úbytek.

Významný nedostatek výživy.

Závislost na enterální výživě nebo perorálních doplňcích výživy.

Výrazné narušení psychosociálního fungování.

Porucha příjmu potravy se nevyskytuje výhradně v průběhu mentální anorexie nebo mentální bulimie a není prokázáno narušení způsobu vnímání vlastní tělesné hmotnosti nebo tvaru.

Porucha příjmu potravy není způsobena souběžným zdravotním stavem nebo není lépe vysvětlitelná jinou duševní poruchou.

ARFID způsobuje nebezpečný úbytek hmotnosti. Má významný dopad na tělesné fungování jedince. I jako u jiných poruch příjmu potravy se vyskytují psychické problémy, jako jsou deprese a úzkosti (National eating disorders, 2023; WebMD, 2023).

Jiné specifické poruchy příjmu potravy (OSFED)

OSFED (Other Specified Feeding or Eating Disorders) byla dříve známá jako EDNOS (Eating Disorders Not Otherwise Specified). U poruch příjmu potravy se často stane že člověk splňuje většinu příznaků, ale nesplňuje všechny kritéria pro diagnózu. Tímto typem PPP trpí zhruba 32–53 %. Diagnostický a statistický manuál duševních chorob (DSM-5) udává 5 příkladů kdy je člověk klasifikován jako OSFED (Other Specified Feeding or Eating Disorders).

1. Atypická forma mentální anorexie

Tento podtyp zahrnuje jedince, kteří splňují všechna kritéria mentální anorexie s výjimkou nedostatku hmotnosti. I přes výrazný úbytek hmotnosti v krátkém čase mají tito lidé váhu buď v normě, nebo dokonce nad ní.

2. Mentální bulimie s nízkou frekvencí a/nebo omezenou dobou trvání

Tento typ poruchy příjmu potravy se liší od běžné mentální bulimie v tom, že záchvaty přejídání a následného zvracení se vyskytují pouze v nízké frekvenci. Tyto epizody se v průměru vyskytují méně než jednou týdně nebo trvají kratší dobu než 3 měsíce.

3. Záchvatovité přejídání s nízkou frekvencí nebo omezenou dobou trvání

Jedinci splňují kritéria pro záchvatovité přejídání, ale záchvaty se vyskytují méně než jednou týdně a trvají kratší dobu než tři měsíce.

4. Čistící porucha

Tento podtyp zahrnuje opakované čistící chování, které má za cíl ovlivnit hmotnost, ale jedinec se zabývá pouze eliminací kalorií a jídla (např. zvracení, užívání laxativ nebo diuretik, nadměrné cvičení), aniž by konzumoval významné množství potravy. Tento faktor odlišuje čistící poruchu od bulimie.

5. Noční stravovací syndrom

Epizody nočního přejídání, kdy jedinec konzumuje jídlo ihned po probuzení ze spánku nebo nadměrně jí po večeři. Noční stravování způsobuje významné obtíže a negativně ovlivňuje fungování těla.

2 ETIOLOGIE, NÁSLEDKY A LÉČBA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

V této části teoretického rámce budou detailněji popsány faktory, které přispívají k vzniku poruch příjmu potravy, a tyto faktory rozdělujeme do tří hlavních oblastí: biologické, psychologické a psychosociální.

Dále se zaměříme na důsledky těchto poruch, které opět rozdělujeme do tří kategorií: fyzické, psychické a sociální.

V poslední části této sekce budou podrobně popsány metody léčby poruch příjmu potravy. Tato léčba zahrnuje jak hospitalizaci, tak ambulantní péči, často kombinovanou s terapeutickými intervencemi. Tyto terapeutické intervence mohou být individuální, rodinné, skupinové, interpersonální, psychodynamické nebo kognitivně-behaviorální terapie (Garner, 2005).

2.1 Příčiny vzniku poruch příjmu potravy

Existuje mnoho hypotéz ohledně příčin poruch příjmu potravy, ale žádná z nich není stoprocentně potvrzena. Kromě redukčních diet neexistuje jediný faktor, který by byl společný pro všechny jedince trpícími poruchami příjmu potravy. Tyto poruchy jsou velmi individuální a mohou se projevovat různě u každého jednotlivce (Krch, 1999).

Mezi biologické příčiny patří faktory, kterými jsou pohlaví, věk. Psychologické příčiny zahrnují osobnostní rysy, které také hrají roli v rozvoji poruch příjmu potravy. Sociální faktory zahrnují vliv rodiny a vliv sociálních médií.

Biologické determinanty

Poruchy příjmu potravy se častěji vyskytují u dívek, jelikož na ženy je mířeno více standardů krásy a celkově jejich vzhled se více ve společnosti řeší. Nejvíce ohrožení jsou jedinci během puberty a dospívání. V těchto obdobích se dějí výrazné tělesné a psychické změny. V tomto období dívky začínají přibírat na váze a vzdalují se ideálu perfektní postavy, což často vede k nespokojenosti se vzhledem a zahájení různých drastických diet (Papežová, 2010).

V období adolescence a časně dospělosti je nejvyšší riziko vzniku poruch příjmu potravy. Během dospívání jedinci procházejí procesem hledání vlastní identity a touhou být přijati a oblíbeni mezi svými vrstevníky. Jejich sebevědomí je v této době křehké a citlivé

na vnímání ze strany ostatních. Často touží po kontrole nad svým životem a začínají kontrolovat svůj vzhled a stravovací návyky. Dochází k oddalování od rodiny a ke snaze najít své místo ve společnosti. Toto období je charakterizováno nejistotou, emocionálními výkyvy, rychlým růstem a hormonálními změnami, což zvyšuje riziko vzniku poruch příjmu potravy (Krch, 2008; Málková, Krch, 2001; Papežová, 2010).

Mnoho jedinců v této věkové skupině není spokojeno se svým tělem a uvažuje o hubnutí. Sociální sítě hrají v tomto období významnou roli, protože mladí lidé je často používají a jsou tak nejvíce ovlivnitelní. Na těchto platformách mohou vidět různé diety, rady a triky týkající se hubnutí, aniž by si uvědomovali jejich následky.

"Pro ana blogy", které kdysi byly rozšířené mezi mladými lidmi, již nejsou tak populární, ale podobné prostory se nyní objevují na běžných sociálních sítích, jako je především Twitter a TikTok. Zde jsou prostředí, kde lidé s poruchami příjmu potravy sdílejí rady a podporu. Nebezpečí spočívá v tom, že kdokoli se může s tímto obsahem setkat a může být tímto trigerován k rozvoji poruchy příjmu potravy.

Psychické determinanty

Mnozí odborníci se domnívají, že jedinci trpící poruchami příjmu potravy již před vznikem těchto poruch často vykazují emocionální nestabilitu, ale zatím žádná výzkumná studie tuto hypotézu nepotvrdila. Tito lidé často trpí nedostatkem sebejistoty, mají nízké sebevědomí a negativní pohled na sebe samé (Garner, 1993).

U jedinců s mentální anorexií je pozorován perfekcionismus, nadměrná adaptabilita a poslušnost, silné zaměření na dosahování vysokých výkonů ve škole a v jiných oblastech a vysoká míra kontroly. Tito lidé si kladou extrémně vysoké nároky a snaží se vždy dosáhnout dokonalosti.

Naopak u lidí s mentální bulimií často chybí sebekontrola a mohou trpět neschopností se ovládat (Vašina, 2010).

Sociální determinanty

V dnešní společnosti stále existuje přetrvávající představa o ideálním a neideálním těle. Média a sociální sítě, stejně jako každodenní interakce, nám neustále předkládají přesvědčení, že být hubený znamená být správný. Kult štíhlosti a dietní kultura jsou stále

populárnější a v médiích je stále více motivačního obsahu, nových diet a cvičebních plánů slibujících rychlé a dramatické ztráty váhy. V poslední době je velmi oblíbeným trendem přerušovaný půst, známý jako intermitentní půst, nebo dokonce hladovka jednou až dvakrát týdně.

Celebrity často propagují své produkty nebo zveřejňují nereálné a často nebezpečné diety, jako je například OMAD (One Meal a Day), což znamená konzumovat pouze jedno jídlo denně. Tyto tlaky ze strany společnosti však často nerespektují biologickou rozmanitost a přirozené potřeby lidského těla. Takový tlak snižuje sebedůvěru, zvyšuje obavy z nadváhy a podporuje neustálý zájem o hubnutí a udržení štíhlé postavy.

Na sociálních médiích existuje pod hashtagy #edtok a #edtwtwitter specifická komunita, která slouží jako „safe spaces“, neboli bezpečná místa pro jedince trpící poruchami příjmu potravy. Nemocní trpící poruchami příjmu potravy sdílejí videa a příspěvky obsahující rady, diety, cvičební plány a motivační citáty. Někdy se objevují i záměrně urážlivé příspěvky, tzv. "meanspo", které mají motivovat. Společně se navzájem podporují v hladovění, zveřejňují své těla a výsledky tzv. "bodychecks". Tento prostor však slouží i jako místo pro vyjádření emocí a sdílení zkušeností s lidmi, kteří procházejí podobnými problémy, což může těmto jedincům ulevit a cítit se méně izolovaně.

Další sociální faktor, který může přispět k vzniku poruch příjmu potravy, je rodinné prostředí. V rodinách s nedostatečnou komunikací, ignorováním emocionálních potřeb, nedostatkem rodičovské péče, depresí a alkoholismem je vyšší riziko vzniku poruch příjmu potravy.

Rodina může být zodpovědná za vytváření negativního vnímání těla a může poskytnout impuls k rozvoji poruch příjmu potravy. Jedním z rizikových faktorů je výskyt těchto onemocnění v rodině, ale také různé dietní praktiky a negativní komentáře týkající se postavy. Pokud se dítě vychovává v prostředí, kde jsou častými tématy diety a kritika tělesné hmotnosti, může si tato přesvědčení osvojit. Začne napodobovat stravovací vzorce svých rodinných příslušníků. Dalším rizikovým faktorem mohou být samotní rodiče, kteří komentují váhu svého dítěte a jeho stravovací návyky. Kritické poznámky ve znění „Zase jíš?“ nebo „To je větší porce, než co sním já“ ,či „Vždyť jsi před chvílkou jedla.“ mohou být velmi škodlivé a destruktivní (Švédová a Mičová, 2010; Fraňková, Dvořáková-Janů, 2003; Krch, 2010).

I vysoké nároky rodičů na dítě může mít za následek vznik poruch příjmu potravy. Vyvíjení vysokých nároků rodičů hlavně na akademické a sportovní výkony dítěte, aniž by brali v potaz jejich schopnosti nebo dovednosti (Papežová, 2010).

Psychosociální determinanty

Za významné spouštěče jsou považovány různé životní události a situace. Události mohou být individuální, ale většinou jde o narážky na váhu, osobní nezdar, ztráta či úmrtí někoho blízkého, sexuální zneužití, ale může to být i například nástup na novou školu nebo změna bydliště. Nemocní cítí pocity méněcennosti a uzavírají se do sebe. A pak se snaží s tímto vyrovnat tak, že hledají oblasti jejich života, které mohou kontrolovat, kdy jedna z věcí, která jde ovlivnit v jejich životě je to, co dají a co nedají do svého těla a zdokonalování svého těla (Švédová a Mičová, 2014; Krch, 2008).

2.2 Následky poruch příjmu potravy

Mortalita u všech pacientů s poruchami příjmu potravy je mezi 5–10 %. Následky záleží na závažnosti nemoci, jak dlouho jí daný jedinec trpí, a hodnotě BMI. Všechny poruchy příjmu potravy mohou způsobit vážné zdravotní problémy, kdy anorexie je nejnebezpečnější a může skončit až smrtí (Papežová, 2010).

Mentální anorexie je duševní nemocí, na kterou se nejvíce umírá. Statistiky uvádějí že 8–10 % nemocných zemře, z toho polovina spáchá sebevraždu na následky deprese.

U anorexie remise dosáhne 44 % pacientů, 27 % u bulímie (Krch, 2007).

Fyzické komplikace

U podvýživy:

Rozvrat vnitřního prostředí, hlavně tedy snížená hladina draslíku kvůli dehydrataci představuje závažné nebezpečí pro kardiovaskulární a renální problémy. Také se můžou objevit snížené hodnoty sodíku a hořčíku.

Narušení termální rovnováhy, která se projeví zimomřivostí.

U kůže se objevují potíže suchou, lehce praskající kůží, častým vznikem modřin, obtížným hojením ran a větším růstem ochlupení, známým jako lanugo, což pomáhá udržovat teplo. Kromě toho dochází k vypadávání vlasů a zvýšené lámavosti jak vlasů, tak nehtů.

U trávicí soustavy dochází k zvýšenému výskytu zubního kazu, vzniku žaludečních vředů způsobených zvýšenou produkcí žaludeční šťávy, problémům s trávením jako zácpa nebo průjem a nadýmání. Játra jsou postižena nedostatečnou produkcí bílkovin a objevují se otoky.

Postižení oběhového systému se odráží v laboratorních výsledcích, včetně chudokrevnosti, sníženého krevního cukru, zvýšené hladiny cholesterolu. Dále mohou být pozorovány změny na elektrokardiogramu, jako je zpomalení srdečního rytmu, nepravidelný srdeční rytmus a srdeční selhání.

U pohybové soustavy se často diagnostikuje osteoporóza, což je stav charakterizovaný vyšší lámavostí kostí. Současně dochází k atrofii svalů, což vede ke slabosti a únavě.

U pohlavního systému se objevuje nepravidelná menstruace, zástava menstruace a až neplodnost u žen. Také může nastat ztráta libida.

U nervové soustavy se objevují poruchy vědomí, závratě, mdloby, křeče a nespavost.

Vylučovací soustava může vykazovat poruchy funkce ledvin, až selhání ledvin (Krch, 2000; Krch, 2002; Krch, 2005; Hall, Cohn, 2003).

U zvracení:

Opět rozvrat homeostázy, kvůli zvracení, používání diuretik a laxativ což vede ke ztrátám minerálů.

U trávicího systému se objevuje poranění sliznice ústní dutiny, vysokému výskytu zubního kazu, krvácení z dásní, nepříjemnému dechu. Časté příznaky zahrnují nadměrné nadýmání, zácpu nebo průjem. V období hladovění je žaludek vystaven žaludečním šťávám, což může zapříčinit vznik žaludečních vředů.

U respiračního systému se objevuje dechová nedostatečnost, z důvodu že když se jedinec přejí, tak mu žaludek tlačí na bránici.

Kardiovaskulární, nervový, vylučovací, kožní, rozmnožovací a pohybový systém mají stejné následky které uvádíme u anorexie (Krch, 2000; Hall, Cohn, 2003).

Psychické komplikace

Lidé trpící poruchami příjmu potravy často trpí také narušeným psychickým zdravím a společenským životem. U každé poruchy příjmu potravy se v průběhu času obvykle objevuje deprese. Postižení ztrácí zájem o své běžné zájmy a začínají se soustředit pouze na kalorie. Stávají se stále více zaměřeni na svůj zevnějšek, hmotnost, stravovací návyky a zanedbávají aktivity jako koníčky, setkávání se s kamarády, zábavu nebo rodinu. Problémy v rodině se můžou zintenzivňovat, postižení se stahují do sebe, projevují únavu, deprese, podrážděnost, úzkost a plačtivost.

Klesá jim sebevědomí a vyhýbají se společenským událostem. Jejich soustředěnost klesá a zhoršuje se výkon a akademické výsledky. Nemocní trpí pocitem bezmoci, beznaděje, viny a sebenenávisti. Mají zkreslenou představu o svém těle a mohou si myslet, že jsou tlustí, přestože mohou mít podváhu (Krch, 2002; Hall, Cohn, 2003).

2.3 Léčba poruch příjmu potravy

Léčba poruch příjmu potravy by měla být založena na přesvědčení, že stravovací návyky pacienta jsou nevhodné a zdraví nebezpečné, nejen na navrácení zdravé váhy. Poruchy příjmu potravy postihují člověka ve všech oblastech zdraví, jak fyzické, tak psychické i sociální, léčba tedy musí být komplexní. Základem léčby je psychoterapie. Terapie máme individuální, rodinné, skupinové, interpersonální, psychodynamické a kognitivně-behaviorální terapie (Krch, 2005).

Dále se musíme zaměřit na nutriční léčbu a v případě, že jsou poškozeny nějaké orgány, tak i na lékařské ošetření daného orgánu. Čím dříve se s léčbou začne, tím lépe se dá zabránit trvalému poškození organismu. U poruch příjmu potravy je důležité, aby se sám nemocný chtěl léčit. Pokud nemocný nebude mít vůli se uzdravit, tak se neuzdraví. Často se stane, že nemocný jen přibere na zdravou váhu, ale opětovně zase spadne do starých návyků a opět drasticky zhubne.

Zdravotní stav jedinců trpících poruchami příjmu potravy je závažný a v mnoha případech vyžaduje hospitalizaci. Cílem hospitalizace je stabilizovat pacienta a dosáhnout zdravé váhy.

Po dosažení stabilního stavu může pacient nastoupit na specifickou formu terapie. Součástí léčby může být také farmakoterapie, nejčastěji v podobě antidepresiv (Garner, 2005).

Terapie může být individuální, což je jen pro daného nemocného a terapeuta. Společně pak pracují na řešení problému. Rodinná, kde je pacient současně s jeho rodinou, nejčastěji s rodiči. Dále skupinová, kde je více pacientů se stejným nebo podobným problémem a pracují společně s terapeutem. Pacienti si v této terapii mohou předat vlastní zkušenosti a zjistit že nejsou jediní s těmito problémy (Garner, 2005).

Kognitivně-behaviorální terapie se soustředí na identifikaci a řešení konkrétních problémů. Jejím cílem je eliminovat nezdravé návyky pacienta a současně změnit jeho myšlení a přístup k jídelním návykům (Papežová, 2010).

Existuje terapie zaměřená na tělo. Lidé trpící poruchou příjmu potravy mají zkreslenou představu o svém těle a mají tak problémy se sebedůvěrou, sebehodnocením, sebebřijetím. Pomocí této terapie ukazujeme a navracíme pacientovi reálný pohled na jeho tělo a tím podpoříme jeho sebebřijetí (Papežová, 2010).

Další klíčovou částí terapie je dietní intervence. Návrat k normálnímu stravování je rozhodujícím faktorem pro uzdravení. U pacientů s mentální anorexií je často nezbytné zajistit vyvážený a dostatečný příjem potravy a dosažení optimální tělesné hmotnosti. U jedinců trpících bulimií je důležité přerušit cyklus přejídání a následného zvracení. Tato část je pro nemocné těžká, jelikož musí přijímat potravu a přibrat na váze, což je pro ně ta největší obava. Dostávají se do bludného kruhu, kdy přiberou, ale jakmile uvidí svou váhu, a to že přibrali, tak se opětovně snaží zhubnout na jejich původní váhu. Tohle může propuknout i po několika letech, co se nemocná vyléčila, ale dostala nějaký impulz, který se negativně odrazil na psychice.

3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE

3.1 Kompetence všeobecné sestry

Všeobecná sestra je osoba, která absolvovala tříletý bakalářský program v oboru všeobecné ošetrovatelství nebo tříleté studium na vyšší odborné škole v oboru diplomová všeobecná sestra. Pokud všeobecná sestra začala studovat nejpozději ve školním roce 2003/2004 na střední zdravotnické škole, tak je také všeobecnou sestrou ([Ošetrovatelství.info](http://Osetrovatelstvi.info), 2017).

Všeobecná sestra vykonává základní i specializovanou ošetrovatelskou péči s využitím ošetrovatelského procesu. Má schopnost provádět činnosti samostatně a bez přímého lékařského dohledu, jako je hodnocení úrovně soběstačnosti, monitorování fyziologických funkcí a zaznamenávání fyzického a duševního stavu pacienta. Zajišťuje sběr anamnézy, odebírá biologický materiál a pečuje o horní cesty dýchací, včetně odsávání sekrecí, a o tracheostomii. Také hodnotí a léčí stav kůže, rány, žilní přístupy a stará se o močové katetry. Spolupracuje s dalšími zdravotnickými pracovníky, jako je fyzioterapeut, s cílem podpořit pacientovu soběstačnost. Poskytuje pacientům edukaci, orientačně zhodnocuje jejich situaci a zprostředkovává podporu v sociální oblasti. Zajišťuje přijetí, propuštění a překládání pacienta. Nabízí psychickou podporu umírajícím pacientům a jejich blízkým. Přijímá, kontroluje, skladuje a manipuluje s léčivými přípravky, zdravotnickými pomůckami a pracovním oblečením a zajišťuje jejich dostatečné množství. Posuzuje kvalitu poskytované péče a zajišťuje připravenost pracoviště a funkčnost zdravotnických prostředků. Doporučuje vhodné zdravotnické pomůcky pro péči o stomie, chronické rány, inkontinenci a pro podporu mobility (Přehlednější zdravotnictví, 2020).

Všeobecná sestra na základě doporučení lékaře provádí činnosti zahrnující preventivní, diagnostické, terapeutické, rehabilitační, akutní, paliativní a dispenzační péči. Zejména připravuje pacienty na diagnostické a léčebné procedury a poskytuje ošetrovatelskou péči během těchto procedur. Má oprávnění vkládat periferní žilní katetry (u pacientů starších tří let), podávat léčiva (vyjma radiofarmak, nitrožilních injekcí a infuzí u dětí do tří let). Má kompetence k provádění inhalace a poskytování kyslíkové terapie. Provozuje screeningová a dispenzační vyšetření, odebírá biologický materiál a vyhodnocuje výsledky, aby plánovala další kontrolní termíny. Také se stará o pooperační rány včetně péče o drenáže a odstraňování stehů u primárně se hojících ran. Provádí katetrizaci močového měchýře u žen. Zajišťuje údržbu a výměnu tracheostomie a zavádí žaludeční sondy pacientům starším

deseti let a aplikuje enterální výživu. Asistuje při zahájení a monitorování transfuzní terapie, a pod dohledem odborníka aplikuje krevní deriváty (Přehlednější zdravotnictví, 2020).

Na psychiatrických odděleních mohou působit zdravotní sestry, které úspěšně absolvují bakalářský program v oboru všeobecného ošetrovatelství, případně získají specializační vzdělání v oblasti psychiatrie.

Všeobecné sestry se specializací v psychiatrii mají schopnost poskytovat ošetrovatelskou péči pacientům trpícím různými duševními poruchami bez potřeby odborného dohledu nebo indikace lékaře. Dále se věnují edukaci pacientů a jejich rodin, podávají léčivé přípravky s vyhodnocením jejich účinků, poskytují první pomoc v rámci krizové intervence a používají techniky pro zvládnání nespolupracujících nebo agresivních pacientů. Sledují a vyhodnocují chování pacientů s cílem odhalit případnou krizi včas. Využívají podpůrné psychoterapeutické přístupy a techniky, včetně individuálních rozhovorů s pacienty, a provádějí edukativní aktivity v oblasti prevence duševních poruch. Poskytují terénní ošetrovatelskou péči a mají znalost o systému zdravotních a sociálních služeb pro péči o duševní zdraví. Pomáhají při zvyšování kvality ošetrovatelské péče a zajištění bezpečného prostředí pro pacienty s duševními poruchami, provádějí základní vyšetření psychických funkcí a hodnotí rizika, jako je stav výživy a soběstačnosti. Pracují na podporujících terapeutických rozhovorech a aktivně se zapojují do procesu léčby (Ministerstvo zdravotnictví české republiky, 2020).

3.2 Role všeobecné sestry v péči o pacienta s poruchou příjmu potravy

Práce všeobecné sestry v psychiatrickém odvětví se výrazně liší od práce sestry na standartních odděleních. Na psychiatrických odděleních je důležité, aby sestra navázala bližší vztah s pacientem a získala si jeho důvěru. Sestra tu má být pro pacienta a být jeho opora. Je tu důležitá edukace jak pacienta, tak ale i rodiny. Jak pacient, tak rodina by měli být dostatečně informováni o režimu na oddělení a pravidly. Sestra má mít klidný a otevřený přístup k pacientu. Také by měla být zručná a pohotová při výkonech, protože se výkony často provádí u neklidných až agresivních pacientů. Dále sleduje stav nálady, příjem stravy, tekutin, užívání léků, míru neklidu, sociabilitu, denní aktivitu, chování, kvalitu spánku. Sledování těchto faktorů je důležité, aby sestra mohla včas odhalit poruchy myšlení, vnímání či nadcházející neklid a agresivní chování a může včas zasáhnout. Sestra se také

účastní psychoterapeutických aktivit, musí ovládat metody k získávání údajů jako je rozhovor a pozorování (Neubauerová, 2007).

Dalším specifikem je používání restriktivních postupů za účelem fyzického omezení pacienta. K použití omezovacích prostředků se přistupuje, jen když pacient svým chováním bezprostředně ohrožuje sebe či své okolí (Marková, 2006).

Při péči o pacienty s poruchami příjmu potravy hrají sestry klíčovou roli.

Monitorace fyzického stavu: Sestry sledují fyziologické funkce, hmotnost a celkový stav pacientů.

Podpora výživy: Asistují při plánování a sledování stravy a kontrolují příjem potravy a podporují pacienty při návratu k normálnímu stravovacímu režimu.

Psychosociální podpora: Poskytují emocionální podporu a vytvářejí bezpečné prostředí pro nemocné, aby mohly vyjádřit své emoce.

Edukace a informování: Sestry informují pacienty a jejich rodiny o poruchách příjmu potravy, o jejich potencionálních komplikacích a průběhu léčby. Edukace má klíčovou roli pro spolupráci pacienta na svém uzdravení.

Podpora rodiny: Sestry pracují i s rodinami nemocných, poskytují jim informace, vysvětlují situaci a mohou nabídnout podporu při zvládnání této těžké životní situace.

Spolupráce s multidisciplinárním týmem: Pracují ve spolupráci s lékaři, psychiatry, psychoterapeuty a dalšími odborníky na vytvoření komplexního plánu péče.

Monitorování komplikací: Sledují a hlásí komplikace spojené s poruchami příjmu potravy.

Evaluace progresu: Sledují a hodnotí pokrok pacientů během léčby. Pravidelně upravují plán péče na základě aktuálních potřeb pacienta a zjištěných změn v zdravotním stavu (Papežová, 2012; Šimůnková, 2011).

Edukace všeobecné sestry, která pracuje v psychiatrickém odvětví by měla splňovat jak cíle kognitivní, afektivní tak i psychomotorické. Cíle jsou rozděleny dle Bloomovy taxonomie cílů. Je to teorie o cílech vzdělávání, kterou popsal Benjamin Bloom v roce 1956. Teorie

vymezuje strukturu cílů vzdělávání a jejich vztah k úrovním myšlení (Skalková, 2007).
Je rozdělena do tří kategorií:

Afektivní

Afektivní cíle se týkají morálních postojů, názorů, pocitů, hodnot. Sestra by měla splňovat:

- schopnost projevit empatii a pochopení vůči pacientům s poruchami příjmu potravy,
- projevovat respekt k jejich zkušenostem, potřebám a chápat je, zároveň však dodržovat léčebný plán,
- umět podpořit a poskytnout podporu pacientům v době jejich léčby a chápat jejich situaci, změny nálad a frustraci,
- být přístupná pro vyjádření pacientových emocí,
- trpělivá a schopná zaujmout neutrální roli a mít respekt ke všem pacientům bez ohledů na jejich diagnózu, socioekonomický status a kulturní pozadí.

Zároveň by ale měla mít schopnost se starat o své vlastní psychické a emocionální zdraví a schopnost povznést se nad určitými situacemi a relacemi od pacientů.

Psychomotorické

Tyto cíle se týkají činností se smyslovým vnímáním, pohybů, koordinace. Sestra by měla splňovat:

- udržovat bezpečnost a dohled nad pacienty, aby si vzájemně nebo sami sobě neublížili,
- být schopná efektivní komunikace, umět naslouchat a využít terapeutické dovednosti,
- umět reagovat na krizové situace rychle a poskytnout okamžitou podporu,
- mít schopnost vytvářet a udržovat příjemné prostředí na oddělení, které podporuje klid a bezpečí,

- mít schopnost utiшит konflikty mezi pacienty pomocí technik založených na komunikaci a empatii,
- umět provádět různé terapeutické intervence.

Kognitivní

Kognitivní cíle se týkají poznávacích procesů jako zapamatování, pochopení, aplikace, analýza, syntéza a hodnocení. Všeobecná sestra by měla:

- rozumět psychiatrickým diagnózám a léčebným postupům,
- mít schopnost provádět hodnocení a posouzení pacientů s různými typy poruch příjmu potravy a stanovit jejich aktuální stav a potřeby,
- schopnost vytvořit individuální plány péče pro pacienty,
- rozumět farmakologii a účinky léků které podává,
- schopnost poskytovat edukaci pacientům a rodině o diagnóze a způsobu léčby (MUNI Bloomova taxonomie cílů, 2007).

3.3 Edukační role všeobecné sestry

Edukační proces je činnost, ve které dochází k předání informací za účelem učení. Klíčovou roli hraje edukátor, který vede edukační proces, kterým vzdělává edukanty (ten co přijímá edukace).

Edukace je důležitou součástí práce všeobecné sestry. Všeobecná sestra je důležitou osobou v realizaci výchovy ke zdraví. Podmínka je, aby všeobecná sestra vždy prováděla edukaci na odborné úrovni (Juřeníková, 2010).

Edukace v oblasti poruch příjmu potravy je důležitá hlavně primárně, zejména prostřednictvím přednášek ve školách a v dětských lékařských ambulancích, kde prostřednictvím informačních materiálů oslovují rodiče. Je obtížné edukovat jedince trpící poruchou příjmu potravy, proto je klíčové identifikovat problém co nejdříve. Kdy zásadní roli v tomto procesu hrají rodina, přátelé a také učitelé. Proto by měla být edukace zaměřena zejména na základní a střední školy a dětské lékařské ambulance.

Všeobecné sestry edukují hlavně v období, kdy nemoc u daného jedince již propukla, takže se podílejí na edukaci sekundární. Sestry informují pacienty a jejich rodiny o poruchách příjmu potravy, o jejich potencionálních komplikacích a průběhu léčby.

Primární péče je nedostatečná, a to bylo impulsem pro autorku práce vytvořit edukační materiál, který obsahuje informace o všech typických i nově identifikovaných poruchách příjmu potravy, jedná se o anorexii, bulimii, záchvatovité přejídání, ortorexii, bigorexii, osfed, arfid, drunkorexii a pregorexii. Tento leták bude dostupný v ordinacích dětských lékařů a ve školách s cílem zvýšit povědomí populace o všech poruchách.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 PRŮBĚH VÝZKUMU

V této kapitole seznamujeme čtenáře s vybranými technikami a přístupy, které byly využity v rámci této studie. Dále představujeme výzkumný problém, cíle výzkumu a výběr vzorku. Na závěr je popsán proces analýzy dat.

4.1 Druh výzkumu

K zjištění informovanosti žáků ze středních škol v oblasti poruch příjmu potravy byl proveden kvalitativní výzkum. Výzkum se uskutečnil se čtyřmi žáky závěrečných ročníků. Dvou žáků gymnázia a dvou žáků zdravotní školy, přičemž to byl vždy chlapec a dívka. *„Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumáním daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách“* (HENDL, 2005, s. 50). Využitím kvalitativního designu výzkumu si můžeme analyzovat zkoumanou problematiku více do hloubky.

4.2 Výzkumný problém

Přestože poruchy příjmu potravy přetrvávají, povědomí o nich není stále tak rozšířené, jak by mělo být, i když se jedná o rostoucí problém. Mnoho lidí tyto poruchy není schopno rozpoznat včas, a dokonce i napomáhají jejich vzniku, kdy komentují těla a stravovací návyky ostatních. V této bakalářské práci byla analyzována úroveň povědomí o poruchách příjmu potravy u čtyř žáků ze střední školy s cílem zjistit úroveň vědomostí.

4.3 Výzkumný vzorek

Pro výzkum byli vybráni čtyři žáci. Všichni čtyři žáci jsou ve svých závěrečných ročnících středních škol. Jedna dívka a jeden chlapec z gymnázia a jedna dívka a jeden chlapec ze střední zdravotní školy oboru praktická sestra.

4.4 Cíle výzkumu

Hlavní cíle

Zjistit úroveň vědomostí o poruchách příjmu potravy u žáků středních škol.

Dílčí cíle

Zjistit, zda mají žáci gymnázia a žáci oboru praktická sestra stejné povědomí o všech poruchách příjmu potravy.

Zjistit které pohlaví má více informací o poruchách příjmu potravy.

Zjistit, zda se žáci setkali s novými typy poruch příjmu potravy.

Zjistit, zda by žáci uměli přistoupit k člověku s poruchou příjmu potravy.

Zjistit, odkud žáci získávají informace k poruchám příjmu potravy

4.5 Výzkumné otázky

Hlavní otázka

Je riziková skupina mladistvých dostatečně edukována v oblasti poruch příjmu potravy?

Dílčí otázky

Mají žáci obou oborů stejné povědomí o všech poruchách příjmu potravy?

Mají v oblasti poruch příjmu potravy více vědomostí děvčata nebo chlapci?

Ví žáci o nových typech poruch příjmu potravy?

Věděli by žáci, jak přistoupit k člověku s poruchou příjmu potravy?

Odkud získávají žáci informace o poruchách příjmu potravy?

4.6 Výzkumné metody

Tato bakalářská práce využívala výzkumnou metodu dotazování. Dotazování je metoda, která je založená na kladení otázek, které jsou předem předepsané, osobám neboli respondentům (Dvořák, 2022).

Ke sběru dat byl použit polostrukturovaný rozhovor složený ze dvanácti otevřených otázek. Rozhovory probíhaly na střední škole žáků se svolením vedení školy. Všichni žáci byli

plnoletí a souhlasili s provedením výzkumu a použití nasbíraných informací v této bakalářské práci.

4.7 Způsob zpracování dat

Všechny rozhovory byly nejdříve nahrané a poté doslovně přepsané. Následně se v nich třídily data, které byly označeny kódy. Bylo použito otevřené kódování, což je způsob zpracování dat, kdy prvotní data převádíme do menších jednotek, se kterými nadále můžeme pracovat (Švec, Hrbáčková, 2007). Jednotky byly seřazeny podle významu a poté přiřazovány pod kategorie. Byly vytvořeny čtyři kategorie: vědomosti o poruchách příjmu potravy obecně, vědomosti o nových poruchách příjmu potravy, přístup k člověku s poruchou příjmu potravy, získávání informací o poruchách příjmu potravy.

5 ZPRACOVÁNÍ DAT

Kódováním se vytvořily čtyři kategorie a každá z nich byla pojmenována podle obsahu jednotek. Ty následně byly podrobněji rozebrány, abychom si mohli zodpovědět jednotlivé cíle výzkumu.

5.1 I. Kategorie

Vědomosti o poruchách příjmu potravy obecně

V první kategorii nás zajímalo, jaké mají žáci vědomosti o poruchách příjmu potravy obecně. Interpreti byli požádáni odpovědět na otázku, kde měli říct co si představí pod pojmem porucha příjmu potravy.

I1 ze závěrečného ročníku střední zdravotnické školy, oboru praktická sestra odpovídá: *„Nějaký psychický problém...“* dále dodává: *„následně nějaká podvýživa z anorexie, nechut' k jídlu, nebo naopak... taková ta terapie že vezmu tabulku čokolády a sežeru ji během minuty.“*

I2, která je také žákyně ze zdravotní školy v oboru praktická sestra, nám poruchy příjmu potravy taktéž popisuje jako: *„Psychický problém“* s tím že dodává: *„ti lidi nemají rádi svoje tělo, takže potom mají problémy třeba s tím, že nejí nebo jí moc, potom zvrací.“* Svoji odpověď zakončuje: *„Chtějí pohled na sebe nějak změnit.“* Tazatelka se doptala u interpretantky na příčinu, kdy interpretantka zmiňuje *„Od ostatních lidí třeba...těla se dost často komentují...a věřím že tohle na to má hodně velký vliv.“* I2 dodává: *„Že když toto poslouchají, tak si potom prostě utvářejí jiný názor na sebe a prostě pak se nemají rádi.“*

I3 ze závěrečného ročníku gymnázia odpovídá: *„Psychicky problém ohledně vnímání hlavně svého těla“* dále dodává že: *„omezí tu potravu, aby zlepšili vlastně nějak ten svůj zevnějšek.“* Tazatelka se doptala na příčiny, kdy interpretant říká: *„Nějaké srovnání s vrstevníky“* a dodává k tomu: *„kdy se vlastně srovnávají... jak už jakože na přímo, jako face to face, tak i na sociálních sítích.“* Interpretant si uvědomuje častý problém sociálních sítí a odpovídá: *„Kdy to vlastně není úplně, řekněme férové srovnání, protože se srovnávají, s těmi fotkami, které byly upraveny nějakým programem.“*

I4, také žákyně závěrečného ročníku gymnázia odpověděla na otázku: *„Nějaký špatný vztah s jídlem...“* kdy dodala *„ taková hlavní představa je anorexie. Oni ti nemocní odmítají jídlo,*

nebo zvrací, aby následně zhubly.“ Tazatelka se jí poté zeptala na příčinu a interpretantka odpovídá: *„Následek vlastně nějakého problémového dětství, nějaké problémy v rodině. Ale taky i sociální sítě, kdy se ty holky porovnávají, nebo i mezi sebou.“*

Další otázku, kterou tazatelka zjišťovala byla jaké typy poruch příjmu potravy žáci znají.

I1, z oboru praktická setra nám odpověděl: *„Anorexie, nějaká kachexie...bulimie, přejídání.“* Tazatelka se dále zeptala, zda by interpretant zvládl říct rozdíl mezi anorexií a bulimií, kdy interpretant nevěděl, tak mu tazatelka napověděla že jeden typ poruchy příjmu potravy je se zvracením, a interpretant odpověděl: *„Jo to je ta bulimie.“*, tazatelka se dále ptá na anorexií a interpret ji popisuje anorexií jako: *„Odpor nějaký, nechut' k tomu jídlu.“*

I2, také budoucí praktická sestra odpovídá: *„ bulimie a anorexie“* po nápovědě si vzpomněla i na záchvatovité přejídání. Tazatelka se jí dále doptává na rozdíl mezi anorexií a bulimií kdy interpretantka odpovídá: *„ Tak bulimie oni mega jí a pak to zvrací a anorexie nejí“*.

I3, žák z gymnázia na otázku odpovídá: *„Tam je ta bulimie.“*, dále říká, že je tam porucha příjmu potravy, kdy nemocní vůbec nejedí, ale nevzpomíná si na název, kdy mu tazatelka napoví a interpretant odpovídá: *„Anorexie.“* Tazatelka se dále ptá, jestli ví, co je to bulimie a interpretant ji popisuje jako: *„Bulimie je, že se přejídá vlastně a potom to nějak zvrací.“* Na záchvatovité přejídání si jako I2, interpretant 3 nevzpomíná.

I4, žákyně z gymnázia odpověděla: *„Tak anorexie, bulimie, pak se mi vybaví něco se cvičením, a ještě je tam nějaká se zdravím, jakože zdravý životní styl.“* Když se jí tazatelka doptala, zda by věděla název tak interpretantka správně odpovídá *„ Ortorexie?“* Dále se vyjadřuje k rozdílům mezi anorexií a bulimií: *„Tak anorexie je, že vlastně odmítají jídlo a bulimie, že se přejídají a následně to vyzvrací.“*

Poslední otázkou v první kategorii byla, zda žáci ví, jak se poruchy příjmu potravy projevují.

I1 nám odpovídá: *„Bud' úbytek nebo naopak přibývá ta tělesná hmotnost... a s tím jsou pak spojené ty ostatní věci. Ten Anorektik, bulimik může být... unavený, neschopný čehokoliv, víceméně bez jakékoliv síly. A... to samé vlastně při tom přejídání, fyzicka veškerá upadne.“* Nakonec se tazatelka doptává na pohlaví, které častěji trpí poruchami příjmu potravy a interpretant nám odpověděl: *„ Je to víc vnímané u těch holek.“*

I2 nám na otázku, jak se poruchy příjmu potravy projevují odpověděla: „ *Ztráta na váze, většinou třeba u té bulimie*“ a dodává „*U tý bulimie třeba žloutnou zuby, a jsou takové celkově nespokojené. Nebo si můžeme všimnout, že ti lidé nejlí.*“ Tazatelka se také zeptala na častější pohlaví u poruch příjmu potravy, kdy interpretantka odpověděla: „*Řekla bych že u holek.*“

I3 nám odpověděl: „ *Bude hubenější... nebude třeba ve škole, aby nechodil na oběd.*“ dále dodává: „*Možná by se trochu stranil té společnosti, protože by si připadal, jakože nějaký špatný, co se týče toho zevnějšku.*“ Na doplňující otázku, jak by se to projevovalo na psychice odpovídá: „*Možná nějaký uzavřenější by mohl být.*“ Interpretant k častějšímu pohlaví taktéž odpovídá, že je výskyt častější u dívek.

I4 nám k otázce k příznakům povídá: „ *Zhubnou, ale můžou i přibrat u bulimie...*“ dále dodává: „*jsou podráždění a přestávají se tak snažit ve škole... Mají řidší vlasy a unavení jsou.*“ Na doplňující otázku k častějšímu pohlaví se taktéž shodla s ostatními interpretanty, avšak správně zmínila: „ *Častěji u holek, ale i kluci to můžou mít.*“

Shrnutí I. kategorie

První kategorie se zabývá zjištěním znalostí poruch příjmu potravy obecně. Všichni oslovení interpretanti dokázali odpovědět na otázky, avšak projevíly se nedostatky v jejich znalostech. Na otázku, co si představí pod pojmem poruchy příjmu potravy, si tři interpretanti představí jako první nějaký psychický problém. Dva interpretanti popisují, že jde o to, že nemocní mají narušené vnímání vlastního těla. V druhé otázce se tazatelka ptala na typy poruch příjmu potravy. Interpretanti se zmiňují o anorexii a bulimii. Ve dvou případech se opomíjelo záchvatovité přejídání. U třetí otázky nás zajímaly příznaky, kterých by si interpretanti všimli. Jejich odpovědi se shodly na úbytku váhy.

5.2 II. Kategorie

Vědomosti o nových poruchách příjmu potravy

V druhé kategorii se tazatelka ptala čtyř žáků na nové typy poruch příjmu potravy. V kategorii jsou zařazené tři otázky na tyto poruchy. Jako první nás vůbec zajímalo, zda interpretanti znají nějaké nové poruchy příjmu potravy.

I1 prokazuje neznalost tématu a žádnou z nových poruch příjmu potravy nezná. Tazatelka se ho doptává, zda by dokázal definovat například drunkorexii, kdy je to patrné z názvu a interpretant si správně spojuje tuto poruchu s pitím alkoholu, avšak nezvládl říct definici a odpověděl: „*Něco s pitím.*“

I2 taktéž projevuje neznalost tématu a k otázce se nám nijak více nevyjádřila.

I3 odpovídá na otázku slovem „*Nevím*“ a taktéž se prokazuje úplná neznalost tématu.

I4 prokazuje částečnou znalost nových poruch příjmu potravy kdy odpovídá: „*Tam je ta ortorexie, to je že jsou vlastně posedlí tím zdravím životním stylem.*“ Tazatelka se jí doptává, co by si představila pod pojmem drunkorexie kdy interpretantka správně odpovídá: „*Něco s pitím?... Jakože nejí, aby mohly pít alkohol?*“

Ve druhé otázce nás zajímalo, jaká je nejčastější porucha u chlapců a která u dívek z těchto nových poruch.

I1 prokazuje neznalost tématu, ale zvládl si správně odůvodnit, že u chlapců bude stěžejní cíl nabírat na svalech, kdy odpovídá: „*Nějak tu postavu nahánět...takže steroidy.*“

I2 k této otázce také nevěděla odpovědět, ale po dotázání, co by mohlo být stěžejní u chlapců taktéž odpovídá: „*Jakože aby měli svalovou hmotu.*“

I3 také neudává nic k této otázce, ale i jako ostatní interpreti dodává že u chlapců bude stěžejní cíl nabírat svalovou hmotu a odpovídá: „*Možná posilovat?*“

I4 jako jediná odpovídá správně: „*Ortorexie asi u dívek a u kluků... něco s tím cvičením, že chodí moc do posilovny.*“

I1 na poslední otázku, a to co si představí pod pojmem ortorexie odpovídá „*Vůbec nic.*“ po nápovědě od autorky že se jedná o zdravý životní styl, ale odpovídá „*Přehnané počítání si všeho až nezdravé sledování toho jídla.*“

I2 se opět k otázce více nevyjádřila a projevuje se úplná neznalost tématu.

I3 po prvotní opravě, že se nejedná o nohy, kvůli názvu “orto“ a po nápovědě že se jedná o zdravý životní styl odpovídá: „*Že to možná nějak přehání.*“

I4 správně odpovídá: „*Ortorexie je to, že jsou posedlí tím zdravým životním stylem, celkově tou čistotou jídla.*“

Shrnutí II. kategorie

V druhé kategorii tazatelka zjišťovala, zda interpretanti mají povědomí ohledně nových typů poruch příjmu potravy. U tří interpretantů byla prokázána úplná neznalost tématu. Jen jedna interpretantka zvládla říct jednu novou poruchu příjmu potravy, a to byla ortorexie. Ve druhé otázce jsme zjišťovali, zda znají nejčastější poruchu příjmu potravy u chlapců a u dívek z těchto nových poruch. Interpretanti si s nápovědou zvládly domyslet, že u chlapců půjde o nabírání svalů, ale u dívek nevěděli. Opět jediná interpretantka 4 projevila částečné vědomosti o ortorexii. U poslední otázky tazatelka zjišťovala, co si představí pod pojmem ortorexie. Opět jediná interpretantka 4 věděla pointu této poruchy. Dva interpretanti po nápovědě, že se jedná o zdravý životní styl, si zvládli domyslet, že jde o přehnaný zdravý životní styl.

5.3 III. Kategorie

Přístup k člověku s poruchou příjmu potravy

Ve třetí kategorii nás zajímá, jaký mají žáci přístup k osobám s poruchou příjmu potravy a jak by se zachovali. V první otázce se tazatelka ptá na to, jak by se interpretanti zachovali, kdyby zjistili, že jejich kamarád má poruchu příjmu potravy.

I1 nám odpovídá: „*Asi bych se jim snažil promluvit nějak do duše*“ dále dodává „*ale to asi nějak úplně nepomáhá.*“ Interpretant správně udává, že je to o těch lidech, jelikož u poruch příjmu potravy je velice důležité, aby se ti nemocní sami chtěli uzdravit.

I2 na otázku odpovídá: „*Bych se mu snažila poskytnout, jakože spíš psychickou pomoc a najít s ním, jakože si spíš o tom promluvit, zjistit jako jestli o tom chce mluvit, nebo jak na tom vlastně je, a nějak z toho najít východisko.*“

I3 udává: „*Bych mu řekl, že to má nějak řešit a kdybych viděl že to nějak neřeší, tak bych možná zašel třeba za nějakým školním psychologem, jestli by to s ním nemohl probrat.*“ Nakonec místo školního psychologa udává třídní učitelku.

I4 nám povídá o její vlastní zkušenosti: „*Já jsem měla kamarádku ve třídě, co trpěla anorexií a já jsem jí napsala dopis...*“ dodává: „*že jsem z toho vyděšená a prostě bych se snažila přistoupit pomalu a opatrně.*“

U druhé otázky nás zajímá, čeho by si žáci všímaly u člověka trpící poruchou příjmu potravy.

I1 ze začátku udává že neví, tak mu tazatelka napovídá, čeho by si všímal například u jídla a interpretant odpovídá: „*Všiml bych si že, kolik toho sní, co sní, jak jí.*“

I2 nám na otázku odpovídá: „*Hubnutí celkově, jakože jak se chová, že může být třeba u toho v depresích nebo jakože nespokojený, smutný tak toho bych si všímala.*“ Shoduje se s interpretantem 1 na tom že by si všimla pozměněných stravovacích návyků, kdy odpovídá: „*Nebo jestli právě jí, jakože když jsem s nimi.*“

I3 odpovídá: „*Že nebude chodit na obědy ve škole, bude se víc stranit společnosti...bude na sebe víc dbát.*“

I4 se shoduje s ostatními s její odpovědí je: „*Kolik toho třeba sní, nebo jestli nehubne. Potom že se třeba odděluje od nás a víc se izoluje.*“

Na poslední otázku třetí kategorie, která zní, jak by s člověkem s poruchou příjmu potravy komunikovali. I1 odpovídá: „*Snažil bych se s ním prostě fungovat tak... jako vždycky, aby nevyčnival z té společnosti tím... aby nebyl omezený vůči tomu.*“

I2 také projevuje empatickou odpověď: „*Určitě ne nějak hmušně, ani jako narážet, že jsou nemocní, že se musí léčit, že takhle určitě nesmíš právě s ním mluvit ne. Naskytnout to, že kdyby chtěl, tak že jsem tady pro ně a kdykoliv si o tom se mnou můžou promluvit.*“

I3 si také uvědomuje empatický přístup v komunikaci s člověkem s poruchou příjmu potravy: „*Asi ne jako nějak na přímo, že bych za ním došel a řekl mu, jez víc. Ale nějak mu naznačit že to není třeba úplně zdravý, dobrý.*“

I4 se také k otázce vyjadřuje podobně jako ostatní: „*No opatrně, jakože prostě bych přistoupila nějak pomaleji, a ne to na ní vychrlit.*“

Shrnutí III. kategorie

V třetí kategorii nás zajímá přístup interpretantů k lidem s poruchou příjmu potravy. V první otázce se tazatelka ptá, jak by se interpretanti zachovali, kdyby zjistili že jejich kamarád/ka má poruchu příjmu potravy. U dívek se projevuje značněji empatictější odpověď, kdy by se snažily poskytnout spíše psychickou podporu. Kdežto chlapci spíš odpovídali, že by nemocnému řekli, že to má nějak řešit. V druhé otázce nás zajímalo, čeho by si interpretanti všimli u tohoto člověka. Všichni interpretanti se shodli, že by si všimli, kolik toho nemocný sní. Dva interpretanti se shodují, že by si všimli hubnutí a tři se shodli, že by si všimli pozměnění psychického stavu ve formě depresí, izolace a stranění se společnosti. U poslední otázky jsme zjišťovali, jak by komunikovali s jedincem s poruchou příjmu potravy. Všichni interpretanti projeví empatii a odpověděli, že k nemocnému by přistupovali opatrně.

5.4 IV. Kategorie

Získávání informací o poruchách příjmu potravy

V poslední kategorii nás zajímalo, jak žáci získávají informace a zda se o tomto tématu mluví na jejich škole. První otázka byla mířena, zda žáci absolvovali nějaké preventivní programy v oblasti poruch příjmu potravy.

I1, což je žák ze zdravotnické školy, nám odpovídá, že si nic nevybaví, tak se ho tazatelka doptává, jak se téma poruch příjmu potravy probíralo v hodinách, kdy odpovídá: „*Mluvílo se o tom v hodinách. Probíralo se to tak, aby se stíhal zbytek takže... Věřím tomu, že jako dá se tomu dát víc určitě.*“

I2, taktéž studentka ze zdravotnické školy nám odpovídá: „*Tak ve škole jako... jsme se o tom asi jako bavili, ale jako nějaké ty preventivní ne.*“ Dále se jí tazatelka doptává jak téma poruch příjmu potravy je probírané ve škole a interpretantka odpovídá: „*Třeba v první pomoci nebo možná v ošetrovatelství, já jsem přímo měla prezentaci na poruchy příjmu potravy, že jsem tam, jakože měla bdělaulimii, anorexii a to záchvatovité přejídání, tak třeba o tom takhle mluvil, jakože v rámci těch hodin, ale jinak asi si úplně neuvědomuju.*“ Tazatelka se jí ještě doptává, zda jí hodiny přišly dostačující, a zda jim k tomu učitelé řekli dostačující množství informací, kdy interpretantka odpovídá: „*Hele třeba toto, co jsme dělali tak vlastně učitele o tom neřekli nic a mluvila jsem o tom jenom já, takže vlastně to úplně nebylo.*“

I3, což je žák z osmiletého gymnázia odpovídá: „*Měli jsme asi 2 přednášky zatím, za těch 8 roků.*“

I4, taktéž žákyně z gymnázia odpovídá: „*Ono to bylo dost časté v naší třídě, my jsme měli asi 3 holky ve třídě, co tímto trpěly, takže my to měli docela často.*“ Dále dodává: „*V rámci biologie jsme to řešili... u stravy ale, musím říct, že v biologii tady ty témata byly jako podané velice špatně... ohledně stravy a tak.*“ Nakonec ještě přidává: „*Myslím si... na to škola jako kašle.*“

V druhé otázce nás zajímalo, jaké poruchy příjmu potravy v těchto programech byly zmíněny. Kdy všichni čtyři interpretanti se shodují v odpovědi, že jen tři základní poruchy příjmu potravy, jako je anorexie, bulimie a záchvatovité přejídání byly zmiňovány. Kdy ještě interpretantka 4 nám dodává: „*A spíš je to vždycky zaměřené na anorexii.*“

V třetí otázce se tazatelka ptala žáků, odkud získávají nejvíce informací o poruchách příjmu potravy. Kdy interpretanti 1 a 3, což jsou chlapci, nám odpovídají škola. I1 zmiňuje: „*Nejvíce asi škola. Na internetu to zaznamenávám dost, ale nevnímám to tam.*“ A I3 odpovídá: „*Tak buď z učebnice zsv (základy společenských věd)... protože jsem to měl do maturitní otázky... z těch přednášek... možná ještě od třídní, protože si pamatuju, že byly případy ve třídě, tak se to řešilo, jakože i na bázi té třídy.*“

Obě interpretantky 2 a 4 odpovídají, že jejich hlavní zdroj informací je internet a sociální síť.

Shrnutí IV. kategorie

V poslední kategorii nás zajímalo jak a kde interpretanti získávají informace o poruchách příjmu potravy. V první otázce se tazatelka ptala na absolvované edukační programy, či popřípadě na výuku ve škole. Interpretanti ze zdravotnické školy odpovídají, že žádné edukační programy neměli a v hodinách ta výuka byla jen okrajově, kdy jedna interpretantka zmiňuje, že měli jen prezentace, o kterých mluvili žáci. Interpretanti z gymnázia absolvovali edukační programy, kdy interpretantka 4 dodává, že se to řešilo i v rámci biologie, kde to bylo ale špatně podané. V druhé otázce nás zajímalo, zda se v těchto edukačních programech, či v hodinách mluvilo jen o známějších poruchách příjmu potravy jako je anorexie, bulimie a záchvatovité přejídání, nebo i o těch novějších jako je například ortorexie a bigorexie. Všichni interpretanti se shodli, že se zmiňovala jen anorexie, bulimie

a záchvatovité přejídání. Kdy interpretantka 4 dodává, že je to vždy spíše mířené jen na anorexii. U třetí otázky se tazatelka ptala, kde interpretanti získávají nejvíce informací o poruchách příjmu potravy. Interpretanti se tu shodují podle pohlaví, kdy chlapci uvedli primární zdroj školu a dívky internet a sociální sítě.

5.5 Axiální kódování

V otevřeném kódování přecházíme na axiální kódování. Při axiálním kódování začíná výzkumník tím, že zkoumá, zda je možné nějaké kategorie sloučit. Poté následuje analýza vztahů mezi těmito kategoriemi, během které se hledají společné charakteristiky. Cílem je identifikovat kategorii, která spojuje ostatní, což lze chápat jako fenomén. V rámci obecného kódovacího paradigmatu to zahrnuje kontext, kauzální podmínky, intervenující podmínky, následky a strategie jednání (Hendl, 2016, s. 252–254).

Při výzkumu týkajícím se hodnocení edukovanosti čtyř středoškolských žáků provedl výzkumník axiální kódování následovně: Jako fenomén byla určena úroveň znalostí o poruchách příjmu potravy, kontextem byla dostupnost aktuálních informací o nových poruchách příjmu potravy, jako kauzální podmínka byla identifikována edukační role sestry, strategií a jednáním byla distribuce edukačního materiálu na střední školy formou workshopů a následkem měla být zvýšená informovanost a osvěta studentů o nových poruchách příjmu potravy.

5.6 Paradigmatický model

Cílem praktické části bylo zjistit úroveň vědomostí čtyř žáků ze střední školy zdravotnické a gymnázia. Zjednodušený paradigmatický model následující: Příčné podmínky → Fenomén → Kontext → Intervenující podmínky → Strategie jednání → Následky

Fenoménem v tomto rámci je úroveň znalostí týkající se poruch příjmu potravy. Fenomén, tedy centrální jev, spojuje ostatní kategorie a má vztah k akčním strategiím. Výzkumník prostřednictvím rozhovoru s respondenty zkoumal jejich povědomí o poruchách příjmu potravy.

V rámci kategorie kauzálních podmínek byla zohledněna edukační role zdravotních sester. Zdravotní sestry mohou přispět k osvětě lidí o poruchách příjmu potravy a zvýšit tak

povědomí veřejnosti. Autorka práce, která studuje obecné ošetřovatelství, připravuje vzdělávací materiál, jenž by mohl přispět ke zlepšení informovanosti o poruchách příjmu potravy.

V intervenujících podmínkách se autorka práce rozhodla realizovat vytvoření edukačního materiálu pro všechny typy poruch příjmu potravy.

Kontextem paradigmatu je dostupnost aktuálních informací o nových poruchách příjmu potravy. Dostupnost nových informací o těchto poruchách je klíčová pro rychlé rozpoznání příznaků, avšak mnoho lidí nemá dostatečné povědomí o existenci nových typů poruch příjmu potravy.

V rámci strategií jednání se výzkumník rozhodl distribuovat edukační materiál na středních školách, popřípadě v ambulancích dětských lékařů či psychiatrických nemocnicích.

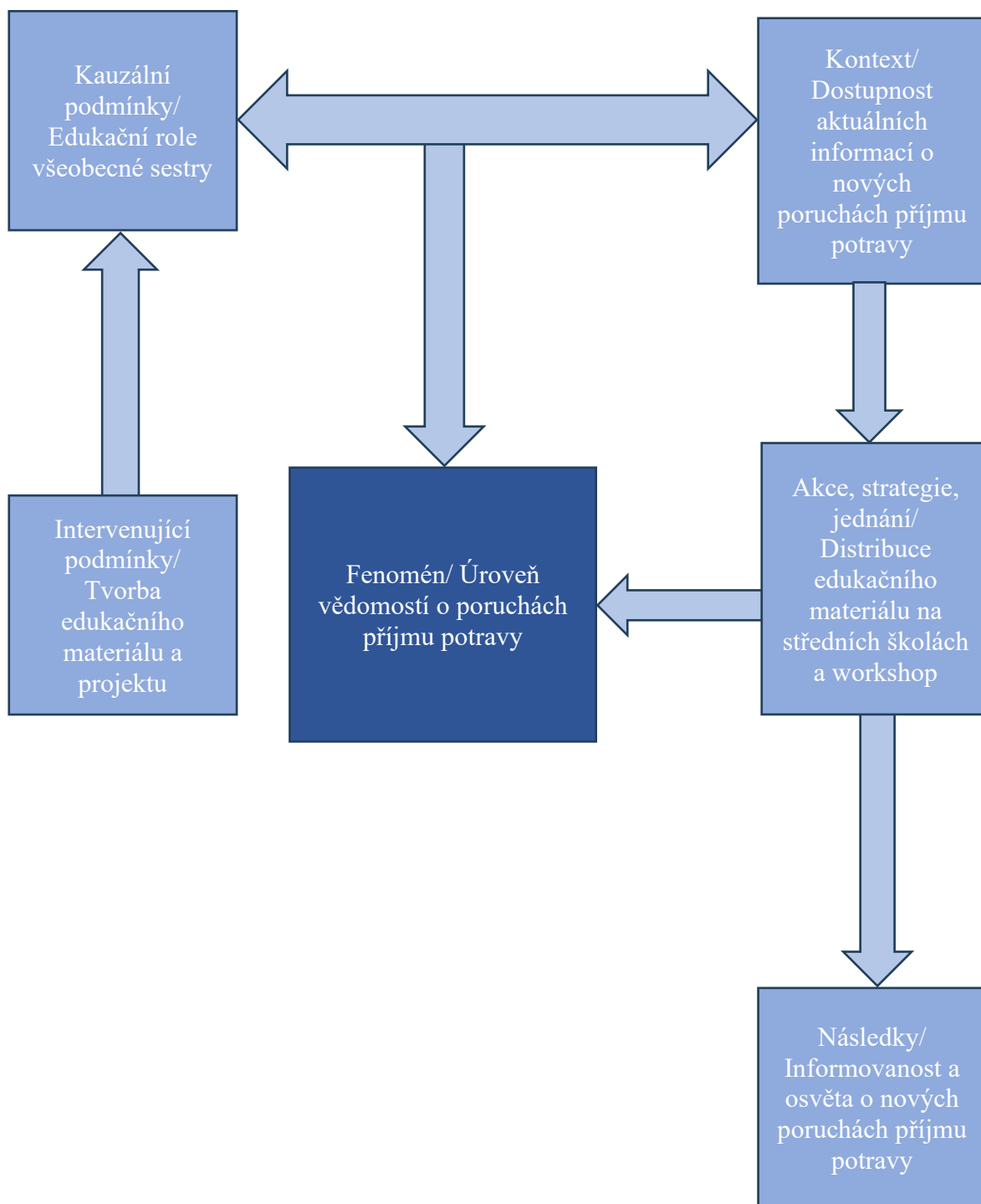
Následkem tohoto přístupu by měla být zvýšená informovanost a osvěta o nových typech poruch příjmu potravy (Corbin, Strauss, 1999).

Tabulka 1 Paradigmatický model (vlastní tvorba)

Prvek	Popis
Fenomén/ Úroveň vědomostí o poruchách příjmu potravy	Jev, ústřední myšlenka, spojuje všechny kategorie
Kontext/ Dostupnost aktuálních informací o nových poruchách příjmu potravy	Konkrétní soubor podmínek, za nichž jsou uplatňovány strategie a jednání
Kauzální podmínky/ Edukační role všeobecné sestry	Události, které vedou k vývoji nebo vzniku nějakého jevu
Intervenující podmínky/ Tvorba edukačního materiálu	Podmínky související se strategiemi jednání, které náleží jevu, aplikace do praxe
Akce, strategie jednání/ Distribuce edukačního materiálu na středních školách	Strategie vyvinuté ke vykonávání na jev
Následky/ Informovanost a osvěta o nových poruchách příjmu potravy	Výsledky jednání

(Corbin, Strauss, 1999, s. 70)

Schéma č. 1 Paradigmatický model (vlastní tvorba)



6 SHRnutí VÝSLEDKŮ VÝZKUMU

Hlavním výzkumným cílem bylo zjistit úroveň vědomostí o poruchách příjmu potravy u čtyř žáků. Výzkum se realizoval vybraným kvalitativním přístupem, pomocí polostrukturovaných rozhovorů u dvou žáků zdravotnické školy a dvou žáků gymnázia.

Získané výsledky výzkumu nám dali odpovědi na pět dílčích otázek a na hlavní otázku, co jsme si stanovili.

Je riziková skupina mladistvých dostatečně edukována v oblasti poruch příjmu potravy?

Jako první nás zajímalo, zda všichni čtyři žáci jsou dostatečně edukováni v oblasti poruch příjmu potravy. Jak žáci gymnázia, tak žáci zdravotnické školy se v této oblasti nepohybují až tak dobře, jak bylo očekáváno. Pod pojmem poruchy příjmu potravy si správně představovali nějaký psychický problém spojený se špatným pohledem na své tělo. Horší to bylo v otázce, kde se tazatelka ptala na typy poruch příjmu potravy, kdy žáci často nebyli schopni vyjmenovat všechny poruchy příjmu potravy, či nevěděli rozdíl mezi jednotlivými typy. U další otázky, kde žáci měli vyjmenovat, jak se poruchy příjmu potravy projevují, se také projevovali menší neznalosti jako například že u bulimie se nejvíce hubne nebo že každý člověk s poruchou příjmu potravy bude hubený. Žáci měli nějaké znalosti v této oblasti, avšak nejsou velmi dobře edukováni o problematice poruch příjmu potravy.

Mají žáci oboru praktická sestra více informací v oblasti poruch příjmu potravy než gymnazisti?

V komparaci mezi obory by se dalo říct, že jak gymnazisté, tak i žáci ze zdravotní školy na tom jsou z vědomostí velmi podobně, možná až úplně stejně. Žáci ze zdravotní školy neprojevili více znalostí v žádné oblasti a shodovali se s odpověďmi s žáky z gymnázia.

Mají v oblasti poruch příjmu potravy více vědomostí děvčata nebo chlapci?

Ve znalostech na tom všichni žáci byli stejně, avšak děvčata projevila více empatictější odpovědi v kategorii III., kde se tazatelka ptala na to, jak by žáci přistupovali a komunikovali s člověkem s poruchou příjmu potravy. Zatímco chlapci se spíše zaměřovali na řešení problému, tak děvčata řekla, že by nabídla spíše psychickou podporu. Děvčata se také shodla

na tom, že informace o poruchách příjmu potravy získávají z internetu, zatímco chlapci získávají informace spíše ze školy.

Ví žáci o nových typech poruch příjmu potravy?

Tři žáci vůbec nevěděli, že existují nové typy poruch příjmu potravy. Jediná žákyně z gymnázia věděla o ortorexii a věděla, že existuje i porucha příjmu potravy, kde je stěžejní cvičení, ale nevzpomněla si na název.

Věděli by žáci, jak přistoupit k člověku s poruchou příjmu potravy?

Všichni žáci by věděli, jak přistoupit k člověku s poruchou příjmu potravy. Žáci se shodovali na tom, že by přistoupili pomalu a opatrně.

Odkud získávají žáci informace o poruchách příjmu potravy?

Žáci se tu rozcházeli v odpovědích, kdy děvčata odpověděla jako primární zdroj internet a sociální sítě, zatímco chlapci školu. Gymnazisté na rozdíl od žáků oboru praktická sestra absolvovali edukační programy k poruchám příjmu potravy, zatímco žáci z oboru praktická sestra probírali poruchy příjmu potravy jen v hodinách.

7 DISKUZE

Bakalářská práce prezentuje výsledky výzkumu zaměřeného na zjištění úrovně informovanosti o poruchách příjmu potravy u studentů středních škol. Cílem studie bylo zhodnotit povědomí o poruchách příjmu potravy u čtyř žáků, z toho jedné dívky a jednoho chlapce z gymnázia a jedné dívky a jednoho chlapce ze střední zdravotnické školy v oboru praktická sestra. Výzkum byl realizován pomocí kvalitativního přístupu a metodou osobního rozhovoru.

Z výsledků výzkumu plyne, že studenti mají o poruchách příjmu potravy nedostatečné povědomí. Pro chlapce je hlavním zdrojem informací škola, zatímco pro dívky je to internet a sociální média. Výsledky naznačují nedostatek informací o poruchách příjmu potravy a existenci nových typů, o kterých je ve společnosti obecně málo známo. Zvýšení úrovně osvěty a edukace veřejnosti je tudíž nezbytné.

Při srovnání s ostatními bakalářskými a diplomovými pracemi bylo zjištěno, že tyto práce obvykle využívají dotazníkovou formu výzkumu. Na rozdíl od nich se tato bakalářská práce zaměřuje na kvalitativní přístup, což umožňuje podrobnější pohled do problematiky. Dalším rozdílem je, že ostatní práce často zkoumají známé poruchy příjmu potravy, jako jsou mentální anorexie, bulimie nebo záchvatovité přejídání, zatímco novější typy poruch, jako je ortorexie, bigorexie a další, jsou méně často zahrnuty. Nicméně, například práce Lucie Boháčkové (2023) se zabývala i těmito novými typy poruch příjmu potravy, jako je ortorexie, syndrom nočního přejídání, drunkorexie a bigorexie. Takže tato bakalářská práce navíc zmiňuje širší spektrum poruch příjmu potravy, což umožňuje širší pohled na tuto problematiku. Dalším rozdílem je, že ostatní výzkumy obvykle zkoumají pouze jednu skupinu studentů, například ze základní nebo střední školy, zatímco tato bakalářská práce provádí výzkum mezi dvěma odlišnými obory, což poskytuje komplexnější pohled na problematiku poruch příjmu potravy.

ZÁVĚR

Práce zaměřená na oblast poruch příjmu potravy zahrnovala cíl seznámit čtenáře s rozmanitými poruchami v tomto spektru, jak tradičními, tak i těmi nověji identifikovanými. Teoretická sekce pak detailně rozebírala příčiny, důsledky a možnosti léčby těchto poruch. Závěrečná část práce se věnovala ošetrovatelské péči, kde jednotlivé podkapitoly reflektovaly na kompetence všeobecných sester, jejich úlohu v péči o pacienty s poruchami příjmu potravy a jejich edukační roli. Vzhledem k tomu, že autorka přispěla k vytvoření edukačních materiálů zaměřených na tyto poruchy.

Empirická část studie se zaměřila na posouzení úrovně znalostí u dvou studentů gymnázia a dvou studentů zdravotnické školy se specializací na praktickou sestru a následně provedla srovnání mezi nimi. Hlavním cílem výzkumu bylo zhodnotit, jaká je úroveň znalostí této rizikové skupiny mladých lidí v oblasti poruch příjmu potravy. Dále nás zajímalo, zda studenti studující obor praktická sestra disponují větším množstvím informací s ohledem na jejich budoucí profesi ve zdravotnickém sektoru. Získaná data byla klasifikována do čtyř hlavních kategorií: znalosti o poruchách příjmu potravy obecně, znalosti o nových poruchách příjmu potravy, přístup k jedinci s poruchou příjmu potravy a získávání informací o poruchách příjmu potravy. Tyto kategorie nám pomohly odpovědět na hlavní výzkumnou otázku a na dílčí otázky vytvořené v souladu s výzkumným problémem.

Cílem práce bylo zjištění úrovně znalostí čtyř žáků a za předpokladu, že by jejich znalosti nebyly dostatečné, byl by vytvořen edukační materiál, který by jednoduše popsal každou z poruch příjmu potravy. Z výsledků analýzy vyplývá, že znalosti žáků nejsou dostatečné ani na jednom oboru.

Cíl práce byl naplněn a autorka práce vytvořila edukační materiál k poruchám příjmu potravy. (Příloha I: Edukační materiál k poruchám příjmu potravy)

Výzkum provedený v této bakalářské práci by mohl posloužit jako podnět k zvýšení informovanosti veřejnosti vzhledem k rostoucímu trendu poruch příjmu potravy. Hlavním přínosem tohoto projektu je prezentace jak starších, tak i nových typů poruch příjmu potravy a vytvoření edukačního materiálu ve formě letáku.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. ALTUNKARA, Elizabet. *What is Avoidant Restrictive Food Intake Disorder (ARFID)?* Online. National eating disorders, 2023. Dostupné z: <https://www.nationaleatingdisorders.org/avoidant-restrictive-food-intake-disorder-arfid/>. [cit. 2024-04-08].
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5 (R))*. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing, 2013. ISBN 0890425558.
3. BACHNOVÁ, Veronika. *Explorácia rizikových faktorov vedúcich k excesívnemu cvičeniu u mužov vo fitness centrách*. Online. Bakalárska práca. Brno: Masarykova univerzita, Fakulta sociálnych štúdií, 2012. Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/wmxyu/>. [cit. 2024-04-08].
4. *Types of eating disorders*. Online. Beat eating disorders, 2024. Dostupné z: <https://www.beateatingdisorders.org.uk/get-information-and-support/about-eating-disorders/types/>. [cit. 2024-04-07].
5. *Bloomova taxonomie cíľů*. Online. Muni, 2006. Dostupné z: https://is.muni.cz/el/1421/jaro2007/DPS003/um/1366175/BLOOMOVA_TAXONOMIE_CILU.pdf. [cit. 2024-04-08].
6. BOTHWELL, Samantha. *What is Pregorexia?* Online. Eating disorder hope, 2021. Dostupné z: <https://www.eatingdisorderhope.com/information/pregorexia>. [cit. 2024-04-08].
7. BRATMAN, Steven. *Health Food Junkies: Orthorexia Nervosa: Overcoming the Obsession with Healthful Eating*. New York: Harmony/Rodale, 2004. ISBN 0767905857.
8. BRATMAN, Steven. *Orthorexia vs. theories of healthy eating. Eat Weight Disord*. Online. Springer link, 2017. DOI 10.1007/s40519-017-0417-6. Dostupné na: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40519-017-0417-6#citeas>. [cit. 2024-04-07].

9. CORBIN, Juliet a STRAUSS, Anselm. *Základy kvalitativního výzkumu*. Boskovice: Nakladatelství Albert, 1999. ISBN 80-85834-60-X
10. DELDERFIELD, Russell. *Male Eating Disorders: Experiences of Food, Body and Self*. London: Palgrave MacMillan, 2018. ISBN 978-3-030-02534-2.
11. DONINI, Lorenzo a kol. *Orthorexia nervosa: validation of a diagnosis questionnaire*. Online. Eat Weight Disord, 2005. DOI 10.1007/BF03327537. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16682853>. [cit. 2024-04-08].
12. Drunkorexie – nově vznikající porucha příjmu potravy. Online. VISCOJIS, 2014. Dostupné z: https://viscojis.cz/teens/index.php?option=com_content&view=article&id=176%3A163&catid=68%20%3Ap. [cit. 2024-04-07].
13. *DSM- 5 Diagnostic criteria for Eating Disorders*. Online. Inside out institute for eating disorders, 2013. Dostupné z: <https://insideoutinstitute.org.au/assets/dsm-5%20criteria.pdf>. [cit. 2024-04-08].
14. *DSM-IV to DSM-5 Bulimia Nervosa Comparison*. Online. National Library of medicine, 2016. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519712/table/ch3.t16/>. [cit. 2024-04-13].
15. DVOŘÁK, Lukáš. *6 Metody a techniky sběru primárních dat*. Online. 2022. Dostupné z: <https://docplayer.cz/217889488-6-metody-a-techniky-sberu-primarnich-dat.html>. [cit. 2024-04-19].
16. FOX, Kenneth. *The physical self and processes in self-esteem development*. USA: Human Kinetics, 1997.
17. GARNER, David. *Pathogenesis of anorexia nervosa*. Online. The Lancet. DOI 10.1016/0140-6736(93)90768-c. the lancet, 1993. Dostupné z: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PII0140-6736\(93\)90768-C/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PII0140-6736(93)90768-C/fulltext). [cit. 2024-04-08].

18. GETZ, Lindsey. *Understanding Orthorexia — When Healthful Eating Becomes an Obsession*. Online. Todaysdietitian, 2014. Dostupné z: <http://www.todaysdietitian.com/newarchives/111114p18.shtml>. [cit. 2024-04-08].
19. GRABER, Eric. *Eating Disorders Are on the Rise*. Online. American society of nutrition, 2021. Dostupné z: <https://nutrition.org/eating-disorders-are-on-the-rise/>. [cit. 2024-04-08].
20. GRANDE, Daniel and LOCK, James. *Eating Disorders in Children and Adolescents: a Clinical Handbook*. New York: The Guilford Press, 2011. ISBN 1609184912.
21. HÁJKOVÁ, Monika. *Bigorexie: Když vám svaly lezou na mozek*. Online. Vitalia, 2013. Dostupné z: <https://www.vitalia.cz/clanky/bigorexie-kdyz-jsou-svaly-nejdulezitejsi/> [cit. 2024-04-08].
22. HALL, Lindsey a COHN, Leigh. *Rozlučte se s bulimií*. Brno: ERA Group, 2003. ISBN 80-86517-60-8.
23. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2
24. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 4. vyd. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.
25. HORT, Vladimír; HRDLIČKA, Michal; KOCOURKOVÁ, Jana; MALÁ Eva a kolektiv. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: portál, 2000. ISBN 978-80-7367-404-5
26. HŘEBEJKOVÁ, Blanka. *Specifika práce sestry na psychiatrickém oddělení*. Online, Bakalářská práce. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2013. Dostupné z: https://theses.cz/id/7ptbbp/Bakalsk_prce_-_Hebejkov.pdf. [cit. 2024-04-08].
27. *Jak se stát všeobecnou sestrou*. Online. Ošetřovatelstvi.info, 2017. Dostupné z: <https://www.osetrovatelstvi.info/jak-se-stat-vseobecnou-sestrou/>. [cit. 2024-04-07].

28. JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2171-2.
29. KRCH, František a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-627-7
30. KRCH, František. *Bulimie – Jak bojovat s přejídáním*. Praha: Grada, 2000. ISBN 80-7169-946-2.
31. KRCH, František a MÁLKOVÁ, Iva. *SOS nadváha*. 2.vyd. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-521-0.
32. KRCH, František. *Mentální anorexie*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-598-9.
33. KRCH, František. a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy*. 2. vyd. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-0840-X.
34. KRCH, František. *Poruchy příjmu potravy*. Online. Medicína pro praxi, 2007. Dostupné na: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2007/10/08.pdf>. [cit. 2024-04-07].
35. KRCH, František. *Jak bojovat s přejídáním*. 3. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2130-9.
36. KRCH, František. *Mentální anorexie*. 2. vyd. Praha: Portál, 2010. ISBN 9788073678074.
37. KRUCINOVÁ, Petra. *Pohledy zdravotních sester na problematiku poruch příjmu potravy*. Online, Diplomová práce. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta, Katedra antropologie a zdravotní vědy, 2015. Dostupné z: <https://theses.cz/id/ajnbid/13647868>. [cit. 2024-04-08].
38. MALONEY, Michael a KRANZOVÁ, Rachel. *O poruchách příjmu potravy*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 1997. ISBN 80-7106-248-0
39. MARÁDOVÁ, Eva. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007. ISBN 978-80-86991-09-2

40. *MKN-10 klasifikace*. Online. Uzis, 2023. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/>. [cit. 2024-04-05].
41. MORGAN, Kendall. *Avoidant Restrictive Food Intake Disorder (ARFID)*. Online. WebMD, 2023. Dostupné z: <https://www.webmd.com/mental-health/eating-disorders/what-is-arfid>. [cit. 2024-04-08].
42. MOROZE, Ryan a kolektiv. *Microthinking About Micronutrients: A Case of Transition From Obsessions About Healthy Eating to Near-Fatal "Orthorexia Nervosa" and Proposed Diagnostic Criteria*. *Psychosomatics*. Online. Researchgate, 2014. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/260945966_Microthinking_About_Micronutrients_A_Case_of_Transition_From_Obsessions_About_Healthy_Eating_to_Near-Fatal_Orthorexia_Nervosa_and_Proposed_Diagnostic_Criteria. [cit. 2024-04-07].
43. NEMCOVÁ, Jana a HLINKOVÁ, Edita. *Moderná edukácia v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2010. ISBN 978-80-8063-321-9.
44. *Ortorexie: „posedlost“ zdravým stravováním*. Národní zdravotnický informační portál. Online. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2024. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/1555-ortorexie-posedlost-zdravym-stravovanim>. [cit. 12.05.2024].
45. *OSFED signs and symptoms*. Online. In: American society of nutrition, 2024. Dostupné z: <https://centerfordiscovery.com/conditions/osfed/>. [cit. 2024-04-08].
46. PAPEŽOVÁ, Hana. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2425-6.
47. PAPEŽOVÁ, Hana a HANUSOVÁ, Jana. *Poruchy příjmu potravy: příručka pro pomáhající profese*. Praha: Univerzita Karlova, 2012. ISBN 978-80-87258-98-9.
48. PATEROVÁ, Ingrid. *Poruchy příjmu potravy (drunkorexie, orthorexie, bigorexie, záchvatovitě přejídání)*. Online. Doktorweb, 2013. Dostupné z: <http://www.doktorweb.cz/poruchy-prijmu-potravy-drunkorexie-orthorexie-bigorexiezachvatovite-prejidani/>. [cit. 2024-04-05].

49. PAULÍČKOVÁ, Eva. *Orthorexia Nervosa: Patologické zaujetí zdravým stravováním*. Online, Diplomová práce. Brno: Masarykova univerzita, Filozofická fakulta, 2010. Dostupné z: <https://theses.cz/id/wcj400/>. [cit. 2024-04-08].
50. SKALKOVÁ, Jarmila. *Obecná didaktika*. 2. vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1821-7.
51. STRAND, Erik. *Orthorexia: Too Healthy?* Online. Psychologytoday, 2004. Dostupné z: <https://www.psychologytoday.com/articles/200409/orthorexia-too-healthy>. [cit. 2024-04-07].
52. ŠIMŮNKOVÁ, Hana a BARTOVÁ, Kateřina. Práce specializované sestry na lůžkovém oddělení pro poruchy příjmu potravy. Online. Florence, 2011. Dostupné na: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2011/2/prace-specializovane-sestry-na-luzkovem-oddeleni-pro-poruchy-prijmu-potravy/>. [cit. 2024-04-07].
53. ŠVÉDOVÁ, Jarmila a MIČOVÁ Lenka. *Manuál pro pedagogy*. Online. Brno: Občanské sdružení Anabell. Portál Centra Anabell, 2010. Dostupné z: http://www.anabell.cz/images/obr/1404371833_manualpropedagogy.pdf. [cit. 2024-04-07].
54. VAŠINA, Lubomír. *Základy psychopatologie a klinické psychologie*. Brno: Institut mezioborových studií, 2010. ISBN 978-80-87182-00-0
55. *Všeobecná sestra*. Online. Přehlednější zdravotnictví, 2020. Dostupné z: <https://prehlednejsizdravotnictvi.cz/vseobecna-sestra-kompetence/>. [cit. 2024-04-07].
56. *Vzdělávací program specializačního vzdělávání v oboru VŠEOBECNÁ SESTRA – OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE V PSYCHIATRII*. Online. Ministerstvo zdravotnictví, 2020. Dostupné z: https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/wepub/4225/40610/P%C5%99%C3%ADloha-%C4%8D.-10-VS-O%C5%A1et%C5%99ovatelsk%C3%A1-p%C3%A9%C4%8De-v-psihiatrii-v%C4%9Bstn%C3%ADk-MZ-%C4%8D.-4_2020.pdf. [cit. 2024-04-08].

57. WEISHAUPT, Jeffrey. *What Is "Drunkorexia"?* Online. WebMD, 2024. Dostupné z: <https://www.webmd.com/mental-health/eating-disorders/what-is-drunkorexia>. [cit. 2024-04-08].

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

PPP	Poruchy příjmu potravy
MA	Mentální anorexie
MB	Mentální bulímie
ARFID	Avoidan restrictive food intake disorder
OSFED	Other Specified Feeding or Eating Disorders
EDNOS	Eating Disorders Not Otherwise Specified
OMAD	One meal a day
BMI	Body mass index
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
s	Strana
ZSV	Základy společenských věd

SEZNAM OBRÁZKŮ

Schéma č. 1	53
-------------------	----

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1	52
-----------------	----

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha I. Otázky ke kvalitativnímu výzkumu

1 . Poruchy příjmu potravy obecně

Definuj pojem poruchy příjmu potravy?

Jaké typy poruchy příjmu potravy znáš?

Jak se tyto poruchy projevují?

2 . Poruchy příjmu potravy – nové typy

Jaké typy novějších poruch příjmu potravy znáš?

Jaká porucha příjmu potravy se nejčastěji projevuje u chlapců a která u dívek?

Definuj poruchu příjmu potravy s názvem ortorexie?

3 . Vlastní zkušenosti, názory

Jak by ses zachoval/a, když bys zjistil/a že má tvůj/tvoje kamarád/ka problémy s jídlem?

Čeho bys sis u něho/ní všímal/a ?

Jak bys s ním/ní měl/a komunikovat?

4 . Edukace, prevence

Jaké preventivní programy v oblasti poruch příjmu potravy jsi absolvoval/a ?

S jakými poruchami potravy jsi se setkal/a v preventivních programech na poruchy příjmu potravy?

Odkud získáváš informace o poruchách příjmu potravy?

Příloha II. Souhlasy s výzkumem

Souhlasy k umožnění výzkumu na školách má autorka práce u sebe.

Příloha III. Edukační materiál

Edukační materiál je zatím v procesu tvorby.