

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

FAKULTA PEDAGOGICKÁ

Katedra psychologie

**PROBLEMATIKA PORUCH PŘÍJMU
POTRAVY V KURIKULÁRNÍCH
DOKUMENTECH**

Diplomová práce

Bc. Petra Bohdanová

Učitelství pro ZŠ - výchova ke zdraví a biologie

Vedoucí práce: PhDr. et PaedDr. Věra Kosíková, Ph.D.

Plzeň, červen 2014

Prohlašuji, že jsem předloženou závěrečnou práci vypracovala samostatně s použitím zdrojů informací a literárních pramenů, které uvádím v příloženém seznamu literatury.

V Plzni dne 25. června 2014

.....
vlastnoruční podpis

Na tomto místě bych chtěla poděkovat především svojí vedoucí diplomové práce, PhDr. et PaedDr. Věře Kosíkové, Ph.D. za její odborné vedení, cenné rady a vstřícný přístup při psaní mé diplomové práce.

OBSAH

ÚVOD	8
TEORETICKÁ ČÁST	9
1 VYMEZENÍ POJMŮ SOUVISEJÍCÍCH S PPP.....	9
1.1 Poruchy příjmu potravy (PPP)	9
1.2 Mentální anorexie (MA)	10
<i>1.2.1 Diagnostická kritéria podle MKN-10.....</i>	<i>11</i>
<i>1.2.2 Specifické typy MA</i>	<i>12</i>
1.3 Mentální bulimie (MB)	12
<i>1.3.1 Diagnostická kritéria podle MKN-10.....</i>	<i>13</i>
<i>1.3.2 Specifické typy MB</i>	<i>13</i>
1.4 Netradiční specifické PPP	15
<i>1.4.1 Ortorexie.....</i>	<i>15</i>
<i>1.4.2 Bigorexie.....</i>	<i>17</i>
<i>1.4.3 Drunkorexie.....</i>	<i>18</i>
1.5 Ostatní nevyhraněné PPP	18
<i>1.5.1 Nespecifikované PPP.....</i>	<i>18</i>
<i>1.5.2 Atypické PPP.....</i>	<i>19</i>
<i>1.5.3 Jiné poruchy jídla.....</i>	<i>19</i>
1.6 Tělesná hmotnost a BMI index	19
2 CHARAKTERISTIKA OHROŽENÉ VĚKOVÉ SKUPINY ŽÁKŮ SE	
ZAMĚŘENÍM NA MOŽNÉ PŘÍČINY VZNIKU PPP	22
2.1 Adolescence	22
2.2 Dospívání jako rizikové období pro rozvoj PPP	24
2.3 Vývojové determinanty v období puberty a adolescence	25
2.4 Faktory sociální a kulturní ovlivňující vznik PPP	26

2.4.1 Kritické životní události.....	26
2.4.2 Vliv vrstevníků	26
2.4.3 Negativní body image.....	27
2.4.4 Vliv prostředí a médií	27
2.4.5 Osobnost pedagoga	28
2.5 Jídlo v životě adolescenta.....	28
2.5.1 Změny jídelního chování.....	29
2.5.2 Nebezpečí redukčních diet.....	30
3 ÚLOHA PŘEDMĚTU VÝCHOVA KE ZDRAVÍ V PREVENCI A	
INFORMOVANOSTI ŽÁKŮ O PROBLEMATICE TÝKAJÍCÍ SE PPP	31
3.1 Zařazení výchovy ke zdraví do systému kurikulárních dokumentů	31
3.1.1 Charakteristika vzdělávací oblasti <i>Člověk a zdraví</i>	31
3.2 Vzdělávací obor Výchova ke zdraví	32
3.2.1 Očekávané výstupy	33
3.3 Zdraví jako zásadní téma Výchovy ke zdraví	34
3.3.1 Determinanty zdraví	34
3.3.2 Prevence zdraví	35
3.4 Prevence PPP v systému školy	35
3.4.1 Popis školních subsystémů ve vztahu k systémové prevenci.....	36
3.4.2 Výchovou ke zdraví k prevenci PPP.....	37
PRAKTICKÁ ČÁST	40
4 VÝZKUMNÝ PROBLÉM A METODIKA VÝZKUMU.....	40
4.1 Cíle výzkumu	40
4.2 Výzkumné otázky	41
4.3 Metodika výzkumu a charakteristika výzkumných metod	42
4.3.1 Obsahová analýza dokumentů.....	42
4.3.2 Kvalitativní dotazování (Rozhovor).....	43
4.3.3 Postup získávání dat.....	44

4.3.4 Popis výzkumného vzorku.....	44
5 VÝSLEDKY VÝZKUMU	46
5.1 Vyhodnocení analýzy školních kurikulárních dokumentů	46
Vyhodnocení výzkumných otázek 1, 2, 3	46
5.1.1 Výzkumná otázka č. 1	46
5.1.2 Výzkumná otázka č. 2	48
5.1.3 Výzkumná otázka č.3	51
5.2 Výsledky rozhovoru s metodiky prevence jednotlivých škol	52
Vyhodnocení výzkumných otázek 4, 5, 6	52
5.2.1 Výzkumná otázka č. 4	57
5.2.2 Výzkumná otázka č. 5	59
5.2.3 Výzkumná otázka č. 6	60
5.3 Shrnutí naplnění cílů výzkumu.....	61
5.4 Diskuze a doporučení.....	62
ZÁVĚR	65
RESUMÉ	66
RESUMÉ	67
SEZNAM LITERATURY	68
SEZNAM INTERNETOVÝCH ZDROJŮ:.....	70
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	71

Úvod

Tato práce bude zaměřena na velmi závažnou a aktuální problematiku dnešní doby, a tou jsou poruchy příjmu potravy. Zvyšující tendence incidence u dospívajících dívek v poslední době je alarmující. V dnešním moderním světě módy a médií tvoří tato onemocnění velkou hrozbu pro naši populaci a to zejména pro nejcitlivější jedince, kteří právě procházejí obdobím dospívání, nacházením své identity, pro které se může stát tato porucha osudnou. Zaměříme-li se na dospívající mládež v prostředí školy, mohou se u této skupiny populace vyskytnout formy rizikového chování, kam řadíme právě problematiku poruch příjmu potravy. Vzhledem ke svému výchovnému vlivu je škola vhodným prostředím pro preventivní působení v oblasti poruch příjmu potravy.

Chtěla bych zde částečně navázat na svoji bakalářskou práci, kde jsem se věnovala převážně problematice mentální anorexie u dívek a žen. Ve své diplomové práci bych chtěla na tuto problematiku nahlížet z celostního pohledu kompletního spektra poruch příjmu potravy. Zaměřím se především na začlenění této problematiky a její prevence do kurikulárních dokumentů škol.

V teoretické části bude pro komplexní představu zmíněno celé spektrum PPP. Budou zde popsány známé i netradiční typy těchto onemocnění se zaměřením na diagnostická kritéria těchto poruch. Dále se zde bude popsáno období adolescence, pro které je hrozba tohoto onemocnění nejaktuálnější. Uvedeme si vývojové determinanty v období puberty a adolescence a sociální i kulturní faktory ovlivňující vznik PPP. Všechna témata budou navzájem propojena a začleněna do oblasti výchovy ke zdraví. Tuto oblast si představíme z hlediska začlenění tématu PPP do školních kurikulárních dokumentů.

Ve své praktické části bych chtěla všechny předcházející teoretické poznatky ověřit v praxi, a to konkrétně v zařazení problematiky PPP do školních kurikulárních dokumentů. Ve výzkumné části budou analyzovány a porovnávány obsahy jednotlivých školních vzdělávacích programů a preventivních programů se zaměřením na PPP.

Cílem této diplomové práce je analyzovat úroveň zakomponování tématu poruch příjmu potravy v existujících kurikulárních dokumentech na vybraných školách.

Teoretická část

1 Vymezení pojmů souvisejících s PPP

Poruchy příjmu potravy jsou jedním ze závažných témat dnešní doby. V této kapitole se pokusíme objasnit pojmy, které souvisejí s problematikou poruch příjmu potravy (dále jen PPP). Uvedeme si zde definici těchto poruch podle mezinárodní klasifikace nemocí MKN10, podle které diagnostikujeme tyto poruchy. Dále si vysvětlíme, co jsou jednotlivá onemocnění a na co vše se mohou PPP dělit. Zmíníme známá a poměrně častá onemocnění dnešní doby, jako je mentální anorexie a mentální bulimie, ale zastavíme se také u pojmů, které nebývají tak často v povědomí, a vysvětlíme si jejich význam. Cílem této kapitoly je objasnit čtenáři základní pojmy, které se týkají PPP.

1.1 Poruchy příjmu potravy (PPP)

Příjem potravy patří mezi primární biologickou potřebu každého z nás. Je to starost člověka, jak naplnit potřebu nasycení a uspokojit svůj obživný pud. Vlastní odborný termín v názvu již napovídá, že se bude tedy jednat o poruchy příjmu jídla. Přesněji o poruchy onoho obživného pudu, který je přirozený pro každého člověka. „*Jídlo je nenahraditelným zdrojem základních živin a jednou z podmínek somatického i psychického zdraví.*“ (Krch a kol., 2005, s. 15).

Podle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN – 10) zahrnujeme pod pojem PPP dva nejjasněji vymezené syndromy, a to mentální anorexii (MA) a mentální bulimii (MB). Přes zdánlivou odlišnost jsou si obě poruchy navzájem velice podobné. Často jsou mezi nimi neúplné rozdíly nebo mohou v průběhu delšího časového úseku přecházet jedna v druhou. Obě poruchy spojuje mnoho společného, jako je například strach z tloušťky a nadměrná pozornost věnovaná vlastnímu vzhledu a tělesné hmotnosti. Nemocní mají neustálý zájem o svůj vzhled, zabývají se tím, kolik váží a neústupně se snaží zhubnout nebo alespoň zamezit růstu tělesné hmotnosti. Je možné tyto příznaky popsat jako touhu po štíhlosti nebo lze také v této souvislosti použít termín fobie z nadváhy. U obou těchto poruch se vyskytuje i další společná psychopatologie, jako je nízké sebevědomí, sociální problémy nebo somatické potíže závislé zejména na způsobu kontroly tělesné hmotnosti. Zásadním

rozdílem mezi oběma poruchami je tělesná hmotnost. Zatímco anorektičky jsou často vyhublé na kost, bulimičky mají spíše opačné vzezření. Třetina mladých anorektiček začne mít časem problémy s přejídáním a následnou bulimií a více než polovina bulimiček uvádí, že v minulosti prošly obdobím mentální anorexie. (Krch a kol., 2005, s. 15-25)

Existují ještě dále členěné, specifikované i nespecifikované PPP nebo jakési atypické formy již zmíněných poruch, které nejsou tolik v povědomí, ale přesto tvoří neméně zásadní hrozbu pro jedince s pokřiveným vztahem k jídlu. Spektrum těchto poruch spojuje jistá forma dysmorfofobie. Jedná se o termín pro psychické poruchy, které se projevují zkresleným obrazem svého těla nebo jeho částí. Dysmorfofobie byla již dříve definována jako přesvědčení jedince a chorobná myšlenka o tom, že je nápadný až odpudivý svým tělesným vzhledem. (Krch a kol. 2005, s. 17-20)

Pro všechny PPP je společný pocit nespokojenosti a neschopnosti vyrovnat se se svým tělem a přijmout ho takové, jaké je. V touze po dokonalosti jsme schopni sáhnout po extrémních praktikách, které nás dohánějí k tomu, že v důsledku toho nedokážeme ovládat příjem potravy a ani sami sebe. To vše spojuje PPP, o kterých zde bude následně pojednáno.

1.2 Mentální anorexie (MA)

Mentální anorexie je onemocnění, které je velice závažné a stále rozšířenější u nás i ve světě. Jedná se o onemocnění patřící mezi poruchy příjmu potravy, které postihuje zejména ženy a dívky, nejčastěji v období dospívání. MA je charakterizována zejména úmyslným snižováním tělesné hmotnosti. Jakýkoli nárůst váhy je pro nemocné děsivou představou. Anorektičky obvykle ale neztrácejí chuť k jídlu, jejich snaha o to snížit svoji váhu se liší od těch, kteří drží hladovku, ale začnou jíst ve chvíli, kdy dosáhnou svého cíle. „*Pro postižené mentální anorexií se ztráta váhy stává smutnou životní cestou*“ (Papežová, 2000, s. 10)

Averze k jídlu je základním znakem této poruchy. Pacienti trpící touto poruchou neodmítají jíst proto, že by neměli chuť, ale proto, že jíst nechtějí z vlastního přesvědčení, které vzniká na základě nesmiřitelného a narušeného postoje k tělesným proporcím, hmotnosti i k sobě samému. U některých pacientů omezování se v jídle doprovází zvýšený

zájem o jídlo, kde si svou frustraci kompenzují. Takto postižené anorektičky se často až přehnaně zajímají o jídlo, sbírají recepty, rády vaří apod. (Krch a kol., 2005, s. 16)

Při pohledu na dívku, která se potýká s mentální anorexií, vidíme před sebou vyhublou, bledou, nezdravě vypadající postavu s vystouplými kostmi, na které plandá volné oblečení, které ještě více znásobuje tento odstrašující pohled. Přesto všechno, když tato postava předstoupí k zrcadlu, vnímá své tělo jako nehezky tlusté a její největší touhou je stále více zhubnout. Strach z tloušťky a psychologický problém se zde projevuje v plném svém rozsahu a působí tak na sebevědomí mladé dívky. Přísloví „Strach má velké oči“ je zde velice výstižné a pomoci těmto dívkám přesvědčit je o realitě bývá skutečně náročné. Anorektičky se s prohlubujícím problémem stále více uzavírají do svého nitra a žijí ve svém pomyslném světě, přicházejí o přátele, straní se rodiny a ocitají se tak v bludném kruhu svého neštěstí.

1.2.1 Diagnostická kritéria podle MKN-10

A. Tělesná hmotnost udržovaná nejméně 15% pod předpokládanou úroveň nebo BMI s hodnotou 17,5 nebo nižší.

B. Vyhýbání se jídlům s cílem snížení hmotnosti a užívání prostředků jako jsou: nadměrné cvičení, provokované zvracení, užívání laxativ (projímadel), anorektik (léky ke snížení chuti k jídlu) a diuretik (léky s odvodňujícím účinkem).

C. Přetrvávající strach z tloušťky, vtíravá obava z dalšího tloustnutí a zkreslená představa o vlastním těle.

D. Poruchy endokrinního systému projevující se u žen jako amenorea (porucha menstruačního cyklu v případě, že nejsou užívány hormonální látky), u mužů ztráta sexuálního zájmu a potence. Mohou se objevit i jiné hormonální odchylky jako je zvýšená hladina růstového hormonu, zvýšená hladina kortizolu, odchylky ve vylučování inzulínu a změny periferního metabolismu thyreoidního hormonu.

E. Jestliže onemocnění vypukne před pubertou, projevy puberty budou opožděny nebo dokonce zastaveny. Může se zastavit růst, dívkám se nevyvíjejí prsa, u hochů zůstávají dětské genitálie. (Krch a kol., 2005, s. 17)

1.2.2 Specifické typy MA

Krch uvádí ve své publikaci ještě specifické typy mentální anorexie a to nebulimický a bulimický. Autor se tak snaží nastínit, jak mají jednotlivé poruchy k sobě blízko a mohou se vzájemně prolínat.

Nebulimický (restriktivní) typ

Během průběhu mentální anorexie nedochází u pacientů k opakovaným záchvatům přejídání.

Bulimický (purgativní) typ

Zde v průběhu mentální anorexie dochází u pacientů k opakovaným záchvatům přejídání. (Krch a kol., 2005, s. 17)

1.3 Mentální bulimie (MB)

Podobně jako anorexie, i mentální bulimie je závažná porucha patřící mezi PPP. Toto onemocnění je charakterizované zejména opakujícími se záchvaty přejídání, spojenými s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti. Základními kritérii tohoto onemocnění je silná a nepotlačitelná touha se přejídat, snaha zabránit zvyšování tělesné hmotnosti vyvoláním zvracení nebo nadměrným užíváním purgativ, případně obojím. A stejně jako pro anorexii, i pro mentální bulimii typický chorobný strach z tloušťky. (Krch a kol., 2005, s. 18-19)

„Bulimie je balík různých problémů od nízkého sebevědomí přes diety až k přejídání se“ (Krch, 2008, s. 26)

Přes zdánlivou odlišnost vyhublých anorektiček jsou si obě poruchy velmi podobné. Zatímco anorektičkám se většinou daří trvale hladovět a výrazně hubnout, bulimičky začnou po určité době jíst víc než by chtěly, dostávají se následné pocity viny a kompenzace v podobě zvracení nebo podobného chování a znásobuje se tak pocit selhání a zklamání. Většina z nich následně sáhne po další dietě nebo po ještě drastičtější metodě. Hladovky, zvracení a projímadla jen zvyšují rizika přejedení a zhoršují tak dlouhodobě problémy bulimiček. Z těchto zoufalých pokusů o hubnutí se rychle stává návyk a

bulimičky jsou tak uvězněny ve svém světě, kde jediným cílem je zhubnout. (Krch, 2008, s. 21)

Rozšíření MB v České republice je srovnatelné se zeměmi západní Evropy, kde patří mezi nejčastější onemocnění mladých žen. Na základě různých studií bylo dokázáno, že mentální bulimií u nás trpí asi každá dvacátá dospívající dívka a mladá žena. Narušené postoje k jídlu a ohrožující kontroly váhy je však možné pozorovat u více než deseti procent žen. (Krch, 2008, s. 23)

Toto číslo je alarmující z hlediska vzniku těchto poruch. Mladé dívky a ženy jsou v dnešní době vystavovány okolnímu tlaku, kvůli kterému se pak dostávají do obtížně řešitelných situací, ze kterých je náročná cesta ven. Přitom toto počínání je často naprosto neadekvátní vzhledem k věku a vzhledu vyhublých dívek. Bulimičky ovlivňuje v jejich počínání jejich chorobný strach z tloušťky, ale zároveň trpí záchvaty přejídání, kdy nekontrolují své emoce. Je to smutný příběh dívek, toužících po kráse a dokonalosti.

1.3.1 Diagnostická kritéria podle MKN-10

- A. Opakované záchvaty přejídání, při kterých je v krátkém čase konzumováno velké množství jídla.
- B. Silná, neodolatelná touha po jídle a neustálé zabývání se jídlem.
- C. Ve snaze potlačit „výkrmný“ účinek jídla používání jednoho nebo více následujících způsobů: zneužívání projímadel, vyprovokované zvracení, střídavá období hladovění, užívání léků jako jsou anorektika, thyreoidní preparáty nebo diuretika.
- D. Neodbytná obava z tlouстnutí spojená s pocitem přílišné tloušťky. Často, ale ne vždy, se v anamnéze objevuje dřívější epizoda mentální anorexie nebo intenzivnější omezování se v jídle. (Krch a kol., 2005, s. 19)

1.3.2 Specifické typy MB

Tak jako u mentální anorexie i u onemocnění mentální bulimií Krch uvádí rozdělení na dva specifické typy, a to na purgativní a nepurgativní typ.

Purgativní typ

Pravidelné používání metody zvracení či zneužívání laxativ nebo diuretik k zabránění zvýšení hmotnosti.

Nepurgativní typ

Metoda přísných diet, hladovky nebo intenzivního fyzického cvičení, nikoli praktikování pravidelných purgativních metod k získání úbytku váhy. (Krch a kol., 2005, s. 19)

Zde si uvedeme tabulku srovnání mentální anorexie a mentální bulimie podle Krcha znázorňující typické příznaky projevující se při MA a MB. Krch zde poukazuje na to, co vše mají tyto dvě poruchy společného a v čem se naopak liší. (Krch, 2007, s. 23)

Srovnání anorexie a bulimie		
	Mentální anorexie	Mentální bulimie
Pokles hmotnosti	Výrazný nebo zastavení váhového přírůstku u dětí	Mírný pokles nebo naopak zvýšení hmotnosti
Amenorea	60-100 %, podle poklesu hmotnosti a hormonální substituce	10-30%
Navozené zvracení	15-30%	75-90%
Sebekontrola	Vystupňovaná	Oslabená
Jídelní chování	Pomalé jídelní tempo, malá sousta, vybíravost, nízký příjem tekutin	Spíše rychlejší jídelní tempo, větší sousta, obvykle větší příjem tekutin
Počátek obtíží	13-20 rok, výjimečně později	14-30 rok, výjimečně dříve
Pohlaví nemocných	10-15:1	20:1
Výskyt v rizikové populaci (ženy 15-30 let)	0,5-0,8 %	2,5-6%
Deprese	10-60 %	20-90%
Užívání alkoholu	Výjimečně	Často
Významné zlepšení	20-75 %	60-85%

Náhled chorobnosti	Minimální, vzrůstá s rostoucími potížemi	Zvýrazněný v případě přejídání, nízký v případě diet
Motivace k léčbě	Z donucení, obtížemi nebo okolím	Snaha zbavit se přejídání, někdy snaha zhubnout

Z tabulky je zřejmé, že tato onemocnění jsou mezi sebou úzce propojena. Dochází zde k výskytu některých podobných znaků, jako jsou například amenorea, neboli ztráta menstruace, která je vyšší u MA, ale vyskytuje se i u MB. Dále třeba projevující se časté deprese a pocity smutku. Jednotlivá onemocnění se od sebe liší faktory jako výrazný pokles hmotnosti u MA a naopak malý nebo naopak větší váhový přírůstek u onemocnění MB. U mentální bulimie se také častěji vyskytuje navozené zvracení, které ale ani u anorexie není vyloučené. Také se tyto dvě poruchy od sebe liší v jídelním chování, které se u MA projevuje spíše pomalým jídelním tempem, vybíravostí a malými sousty, kdežto u MB je toto chování naprosto opačné. Počátek obtíží se dá zařadit do podobného rozmezí věku, kdy MA většinou vzniká v nepatrně dřívějším věku, MB může vznikat i v pozdějších věkových stádiích.

1.4 Netradiční specifické PPP

Zde se seznámíme s poměrně novými poruchami příjmu potravy, jejichž vznik je ovlivněn moderní dobou a novodobými trendy jako je vzhled a životní styl. Jsou to ortorexie, bigorexie a drunkorexie. Tyto nepřiliš známé poruchy mohou být ve své extrémní podobě stejně nebezpečné, jako již zmiňované mentální anorexie a bulimie se svými hrozivými až tragickými následky. Zpočátku se tato onemocnění mohou projevovat jako jakýsi životní styl, záliba či neškodná zábava, později ale mohou přerůst do podoby, která už je patologicky prokazatelná a pro zdraví nebezpečná.

1.4.1 Ortorexie

Žijeme v době, kdy jsou obchody přeplněny nejrůznějšími potravinami všeho druhu. Většina těchto potravin je ale geneticky upravována množstvím používaných barviv pro lákavější vzhled, hnojiv pro odolnost rostlin i řadou tzv. „éček“ pro dlouhou trvanlivost vyrobených produktů. Tyto oku lahodící potraviny nás sice lákají svým vzhledem, ale po

podrobnějším zaměřením na jejich skutečný obsah nás takovéto potraviny mohou lehce odradit. Čím dál více se totiž začínáme zajímat o zdravou výživu, která se stává trendem dnešní doby. Na trhu se objevuje řada bio výrobků z ekologických farem, kterým mnoho domácností dává přednost před potravinami z běžného supermarketu.

Tato zdánlivě prospěšná snaha o zdravý životní styl se ale může vyvinout v nebezpečné onemocnění, vznikající z novodobého trendu zdravé výživy, a tím je právě ortorexie. Tato porucha vznikla na základě utkvělé představy o striktním dodržování zdravého životního stylu a přehnaně zdravého stravování.

Ortorexie, vznikla odvozením z řeckého slova „Orthos“ – správné a „orexis“ – chuť, odborně je nazývána jako Orthorexia nervosa. Je to psychické onemocnění, které můžeme označit jako patologickou posedlost zdravou výživou. Z prvotní orientace na zdravou stravu se postupně stává posedlost a hlavní náplň života. Téma zdravé výživy je u ortorektiků vždy na prvním místě, vedou dlouhé debaty na toto téma, vyhledávají informace z nejrůznějších zdrojů a veškeré své úsilí věnují do této problematiky. Postižení se orientují na obchody se zdravou výživou a bio potravinami, z jídelníčku vylučují potraviny, které jsou uměle hnojené, geneticky upravené nebo obsahují jakoukoli chemickou látku, jako jsou barviva a konzervanty. Jejich jídelníček se tak zužuje na minimum, nakonec zbývá už jen zelenina, ovoce a bio produkty. Postupně ale i ty začnou být podrobovány kontrole a velkému podezření a strach z požití nezdravé potraviny stále roste. U zdánlivě zdravých potravin je stále striktněji zkoumáno kde a za jakých podmínek byly vypěstovány, jak s nimi bylo nakládáno a nakonec ortorektik dochází k závěru, že i tyto potraviny nevyhovují statusu zdravé a bio, a tudíž jsou pro něj zdravotně nebezpečné a škodlivé. Takové potraviny se pak v očích ortorektika mění v jedy, kterými by se postižený mohl po jejich požití otrávit. Seznam vyhovujících potravin se tak dále zužuje, nemocným klesá tělesná hmotnost a trpí podvýživou.

Otázkou zůstává, kde nalézt hranici mezi zájmem o zdravý životní styl a kde už se tyto projevy chování dají nazvat poruchou. Faktem ale je, že přehnaná péče o zdraví vede paradoxně k jeho poškození, které ohrožuje člověka. Nebezpečí této poruchy je v kladném přístupu celé společnosti k tomuto počínání. Ortorektici jsou pyšní na svůj životní styl a považují ho za správný a ideální, na rozdíl od anorektiček a bulimiček se cítí skvěle a žijí s pocitem, jak dobře pečují o své zdraví. Dokonce i okolí vnímá tento trend za prospěšný a

nemocného utvrzují, jak obdivuhodné je jeho počínání. A právě v takovém přístupu se skrývá nebezpečí této nepříliš známé poruchy. (stopanorexia.estranky.cz, 2014)

1.4.2 Bigorexie

Další poruchou, zahrnutou mezi nespecifické PPP, je bigorexie. Hlavním znakem této poruchy je utkvělá představa postižených o nedostatečnosti svých tělesných proporcí. Sami sebe vnímají jako malé, slabé, nedostatečně osvalené a vyvinuté jedince. Postižený usiluje o dosažení nereálných hodnot ve své fyzické zdatnosti. Často se uchyluje k požívání potravinových doplňků v nadměrném množství, především bílkovinných preparátů pro zvýšený nárůst svalové hmoty a ovlivnění metabolismu. Tito lidé také využívají časté a nadměrné cvičení, vysokozátěžové posilovací tréninky a posilovna se pro ně stává místem, kde tráví většinu svého času. Tělesná zdatnost se pro ně postupně stává hlavním smyslem života. Ohroženi touto poruchou jsou na rozdíl od předchozích především muži. Ti se snaží vzhledově přiblížit svým filmovým ideálům, hrdinům akčních filmů či známým postavám z kulturistických časopisů.

Problémem a nebezpečím této poruchy je postižení hybného aparátu dlouhodobým přetěžováním a nadměrnou zátěží kloubů, páteře a dalších struktur těla. Při takto nevhodné zátěži může docházet k deformitám různého rozsahu a funkčním poruchám pohybového systému. Další nebezpečí skrývá nadměrná tělesná hmotnost tvořená svalovou hmotou způsobená vysokým příjmem energie k přeměně na svaly. Tím je přetěžován také trávicí systém díky nevhodné skladbě přijímaných potravin.

Postižení si většinou nepřipouští žádné potíže, jsou spokojeni se svým způsobem života a s celkovým vzezřením jejich tělesných proporcí. Je třeba si ale včas uvědomit, kde je opět hranice mezi zálibou a kdy už tato posedlost přerůstá v zdraví ohrožující počínání. S pokračujícím nárůstem všech fitness center se zvyšuje i úspěšnost tohoto způsobu života a trávení volného času. Stále více ale hrozí častější objevování se této poruchy, která může mít negativní vliv na budoucí generace. (anabell.cz, 2012)

1.4.3 Drunkorexie

Do třetice i tato nespecifická porucha patří mezi zdraví ohrožující PPP. Lidé trpící drunkorexií se vyznačují tím, že opakovaně redukuje příjem potravy za účelem snížení kalorického příjmu energie, který pak nahrazují příjmem alkoholu, který jak je známo obsahuje velké množství kalorií. Drunkorektici se objevují na diskotékách a párty, kde záměrně zvyšují výdej energie kombinací tvrdého alkoholu a energetických nápojů. Tato samo o sobě nebezpečná kombinace ještě umocňuje své účinky, pokud je požitá na lačný žaludek, kdy po jejím požití hrozí kolaps a náhlé úmrtí. Lidem, většinou mladistvým, kteří takto vynechávají jídlo, aby mohli přijímat více alkoholu, hrozí mnohá nebezpečí. Účinek alkoholu se stává silnější a jeho následky o to nebezpečnější. Alkohol požitý na lačný žaludek se vstřebává daleko rychleji a do jater se dostává ve větším množství, které játra nejsou schopna najednou odbourávat. Smutnou pravdou je, že i těchto poruch neustále přibývá přispěním dnešní doby a moderního světa. (idealni.cz, 2014)

1.5 *Ostatní nevyhraněné PPP*

1.5.1 Nespecifikované PPP

Mezi velkým počtem přibývajících případů MA a MB se objevuje i řada případů, kdy pacienti nesplňují všechna diagnostická kritéria pro tato dvě onemocnění, přesto se ale u nich jedná o poruchu příjmu potravy. U mnoha těchto případů se onemocnění rozvine časem, u některých přetrvává v takovéto částečné verzi. Patří sem zejména případy, kdy nejsou splněna všechna kritéria pro dané onemocnění. Pokud například došlo k výraznému poklesu tělesné váhy, jsou splněna všechna kritéria MA, ale tělesná hmotnost je přesto stále v normě. Dalším případem je splnění kritérií MB, ale k záchvatům přejídání dochází pouze zřídka nebo jedinec jen jídlo žvýká a vyplivuje, ale nepolyká.

Do této kategorie lze také zařadit syndrom nočního přejídání, pro který je příznačná nespavost, večerní anorexie a noční přejídání. Průběh této poruchy spojujeme s každodenním stresem a s neúspěšnými pokusy zhubnout. Takoví jedinci popisují své noční útoky na ledničku jako nepřekonatelnou touhu po jakémkoli jídle a neschopnosti přestat, když jednou začnou jíst.

V posledních letech mezi nespecifikované PPP řadíme i záchvatovité přejídání bez kompenzačního chování. Toto přejídání vede ve svém důsledku k obezitě a dalším poruchám. (Krch a kol., 2005, s. 21-22)

1.5.2 Atypické PPP

Mezinárodní klasifikace nemocí diagnostikuje projev tzv. atypické mentální anorexie a atypické mentální bulimie. K tomuto onemocnění řadíme pacienty, které dělí jen několik málo bodů v diagnostice od prokazatelného onemocnění, ale vykazují téměř typický klinický obraz. (Krch a kol., 2005, s. 21)

1.5.3 Jiné poruchy jídla

Do této kategorie lze podle MKN patřit onemocnění, které nazýváme termínem pica. Jde o nutkavé požívání látek, které nejsou určeny k jídlu. Jedná se o nestrávitelné předměty neorganického původu a materiály různého druhu. Dále mezi jiné poruchy jídla řadíme psychogenní ztrátu chuti k jídlu. (Krch a kol., 2005, s. 21-22)

Do této kategorie řadíme také syndrom vybíravosti v jídle, který bývá pozorován u dětí mezi osmým a dvanáctým rokem života, a je charakterizován omezeným rozsahem jídel, která děti konzumují.

Také syndrom preinvazivního odmítání popisujeme jako stav, který je spojen s odmítáním jídla, pití, mluvení i péče o sebe. Zpočátku se může projevit jako mentálně anorektický syndrom a postupně zasahuje do dalších oblastí života. (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá a kol., 2000, s. 33-35)

1.6 Tělesná hmotnost a BMI index

Tělesná hmotnost a BMI index jsou dva termíny, které neodmyslitelně patří do problematiky PPP. Proto si zde představíme, co se pod těmito pojmy ukrývá, uvedeme si, v jakém rozmezí by se měla pohybovat ideální váha a kdy už se může jednat právě o PPP.

Tělesná hmotnost spočívá především také na podílu tuku v organismu. Fyziologický podíl tuku v organismu je dán pohlavím, věkem i původem člověka. U žen tvoří fyziologický podíl tuku v organismu 18 až 30%, u mužů je o něco nižší a představuje 10 až

25% celkové hmotnosti člověka. S věkem stoupá zastoupení tuku v těle a klesá podíl svalstva. Pro určení hodnoty tuku v těle používáme hmotnostní indexy. Nejčastěji používaným indexem tělesné hmotnosti k posouzení stavu výživy je Body Mass Index (BMI), který definoval Belgičan A. Quetelet, často také nazývaný jako Queteletův index.

BMI se vypočte tak, že hmotnost vyjádřenou v kilogramech vydělíme druhou mocninou výšky vyjádřenou v metrech podle následujícího vzorce:

$$\text{BMI} = \text{tělesná váha (kg)} / \text{výška (m)}^2$$

Normální tělesná hmotnost každého z nás je z velké části určena. Podobně jsou určeny také naše tělesné proporce, to znamená místa, kde se nejčastěji ukládá tělesný tuk. Bohužel o těchto faktech nerozhoduje naše přání ani módní ideál. To, co se nám líbí a to, co je skutečně možné, jsou dvě rozdílné věci. Většina těchto proporcí je dána geneticky. Normální tělesná hmotnost stoupá i klesá v průběhu roku v rozmezí dvou až čtyř kilogramů. Není dobré, pokud chceme bojovat proti přirozenosti svého těla. Každý člověk je jiný, má jinou konstituci i stavbu těla. Normálně jíst a vypadat normálně dle svého přeurčení a genetických predispozic ještě neznámá, že jsme odsouzeni k celoživotní nadváze a společenskému neúspěchu. Jak uvádí Krch ve své publikaci: „*S hubnutím je to jako s výhrou na hracích automatech. I když nakonec každý prohraje, je těžké zapomenout na opojnou chuť krátkodobé výhry - v tomto případě zhubnutí*“ (Krch, 2002 s. 74)

Největší nárůst tělesné hmotnosti je v období mezi sedmým a šestnáctým rokem života, kde maximum je ve 13 letech. To je věk, kdy se tělo nejvíce mění a kdy dívky začínají menstruovat. Tělesný tuk je přirozený a není na něm nic nezdravého. Jeho určité zastoupení v těle je nedílnou podmínkou reprodukce.

Normální hodnoty BMI se u dívek pohybují od hodnoty 19 do 24. O obezitu se jedná, přesáhne-li hodnota výsledku BMI 30. Vytvořit si přiměřené zásoby tělesného tuku je dlouhodobý a energeticky náročný proces. S věkem vzrůstají tukové zásoby, tělesná hmotnost i výška. Takto vzrůstá i hodnota BMI. (Krch, 2002, s. 73-77)

Uvedeme si zde průměrnou váhu vyjádřenou v hodnotách BMI u dívek v rozmezí 9 až 16 let, které spadají do námi zmiňované nejohroženější skupiny pro vznik PPP.

9 let	BMI	14,8-17,5
10 let	BMI	15,2-17,8
11 let	BMI	15,7-18,7
12 let	BMI	16,2-19,3
13 let	BMI	17,0-19,9
14 let	BMI	17,8-20,8
15 let	BMI	18,7-21,7
16 let	BMI	19,3-22,3

U dospělého člověka se ideální hodnota BMI pohybuje mezi 20 a 25. Hodnoty, které jsou pod nebo nad touto hranicí, už signalizují nerovnoměrné rozložení tukových zásob. Buď jejich extrémní nedostatek, nebo naopak nadbytek v podobě obezity. Žádná z těchto krajních hodnot, které jsou uvedeny v následující tabulce, nemá dobrý vliv na lidský organismus. Při velmi nízké hodnotě BMI hrozí nebezpečí onemocnění mentální anorexií a naopak při hodnotách vysokých nad 30 BMI hrozí obezita a později těžká obezita, která sebou přináší mnohá zdravotní rizika.

BMI	Váhová kategorie	Zdravotní rizika
Pod 18,5	Podváha	Nebezpečí anorexie
18,5-24,9	Normální rozmezí	Minimální
25-29,9	Nadváha	Středně vysoká
30-39,9	Obezita	Vysoká
40 a více	Těžká obezita	Velmi vysoká

Tyto tabulky názorně shrnují problematiku váhy a indexu hodnoty BMI. Jasně z nich vyplývá, kdy se u jedinců jedná o hraniční hodnoty, které signalizují podváhu nebo naopak těžkou obezitu. Tyto hodnoty jsou ale pouze orientační a záleží na věku, pohlaví i tělesné konstituci každého jedince.

2 Charakteristika ohrožené věkové skupiny žáků se zaměřením na možné příčiny vzniku PPP

V této kapitole se zaměříme na charakteristiku takové skupiny žáků, která svým věkem bývá nejohroženější z hlediska vzniku PPP. Jedná se především o dospívající žáky v období adolescence. Tito jedinci procházejí obdobím dospívání, které je pro samotné jedince nesmírně náročným časem, ve kterém jsou ohroženi řadou negativních vlivů, jako je právě hrozba vzniku onemocnění PPP. Pokusíme se zde nalézt příčiny a některé faktory, které ovlivňují vznik těchto poruch. Vývojové determinanty, které působí právě v období dospívání, jsou velice specifické a hrají významnější roli než v jakémkoli jiném vývojovém období. Zmíníme zde některé z nich a pokusíme se proniknout do mentality jedinců, kteří jsou právě na prahu dospělosti a potýkají se s řadou okolností, které musí překonat.

2.1 Adolescence

Termín adolescence je odvozen z latinského *adolescere* - dospívat, dorůstat, mohutnět. Časově adolescence vyplňuje zejména druhé desetiletí života. Konkrétní časové vymezení a specifikace adolescence se u jednotlivých autorů liší. Mnoho autorů rozděluje toto období na čas pubescence a adolescence zvlášť. Přičemž období pubescence nebo také dospívání vymezují časovým intervalem 11 až 15 let a období adolescence neboli mládí je datována od 15 do 20 let. V této práci se ale přikloníme k periodizaci, podle které pojmem adolescence označujeme celé období mezi dětstvím a dospělostí. Adolescence je období, které se odlišuje od ostatních životních etap, a zahrnujeme sem dospívání i mládí současně.

Vnitřně můžeme adolescenci ještě dále diferencovat, a to na období:

Časná adolescence - od 10(11) do 13 let

Střední adolescence – od 14 do 16 let

Pozdní adolescence – od 17 do 20(22) let

Každé toto období má své specifické charakteristiky. O životní etapě adolescence můžeme říci, že se jedná o pomyslný most mezi dětstvím a dospělostí. Z hlediska

ontogenetického je jejím základním jevem dokončení pohlavního dozrávání, fyzický a duševní rozvoj a sociální učení. (Macek, 1999, s. 40-42)

Jedná se o nejdynamičtější a nejkritičtější období lidského života. Charakterizuje se hledáním vlastní identity, doprovázené pochybnostmi a pocity nejistoty. Začátek je dán změnami pohlavních funkcí a konec tohoto období charakterizujeme mimo jiné plnou pohlavní zralostí. Významné jsou také variabilní vývojové změny, které jsou nakupeny do krátkých časových úseků, a dá tak mnoho úsilí se s nimi vyrovnat. Průběh tohoto významného životního období mívá individuální charakter. Většina dospívajících věnuje pozornost svému zevnějšku a hodnotí své tělesné vlastnosti. Významnou roli hraje také tělesná atraktivita, které je připisován nemalý význam. Nespokojenost se svým vzhledem je častější u dívek než u chlapců. Obecně platí, že atraktivní jedinci mají vyšší sociální status a jsou lépe přijímáni svými vrstevníky. Tzv. tělesné já se výrazným způsobem podílí na sebepojetí a tvorbě identity. Také hormonální změny hrají důležitou roli v období dospívání a způsobují variabilitu emočního prožívání. Lze říci, že je to také období emoční lability, afektů a konfliktů. Hovoříme o období hněvu a bouří, kdy adolescent reaguje neadekvátně, je podrážděný a citlivější. Hovoříme také o krizi rodičovské autority, kdy mladý člověk odmítá závislost na rodičích a rodině a hledá oporu mezi svými vrstevníky. Stoupá také potřeba přátelství a intimního vztahu, stoupá zájem o druhé pohlaví a vzniká erotická touha a potřeba mít někoho rád.

V pozdějších stádiích adolescence mluvíme o stabilizaci fyzického i psychického vývoje. Dochází k procesu adaptace v oblasti sexuální, sociální, ideové i profesní. Adolescence je klíčové období, jehož ústředním úkolem je najít sebe sama. Tělesný vzhled je nyní předmětem pozornosti ještě více než dříve. Tělesná složka je důležitou součástí sebepojetí a tělesné vlastnosti a vzhled jsou předmětem porovnávání s estetickými modely, ale i s ostatními adolescenty. Pokud je tělesné schéma akceptováno, je to základ pocitu jistoty a tento pocit umožňuje získat uspokojivou pozici mezi ostatními vrstevníky.

Organismus adolescenta se snadno vyrovnává se zátěží a je na vrcholu fyzické výkonnosti. Jedná se o nejzdravější období v lidském životě. Také inteligence a myšlení je na svém vrcholu. Pokračuje proces individualizace, především vytváření vlastní identity. V tomto období se dále dokončuje a stabilizuje charakter a ostatní osobnostní vlastnosti. Dá se říci, že dosažení dospělosti znamená vytvoření vlastní identity „já“. Typická je také značná kritičnost k názorům vlastních rodičů a jejich stylu života. Důležitým faktem je

ukončení procesu oddělení od rodiny. Nastupuje aktuální potřeba osobních kontaktů a potřeba sexuálního vztahu. (Hrachová, Novotná, Miňhová, 2000, s. 52-57)

2.2 Dospívání jako rizikové období pro rozvoj PPP

Ve školním věku, zejména v období adolescence dochází ke změně přístupu k vlastnímu tělu. Mnoho dospívajících dívek uvádí, že nejsou spokojeny se svým tělem. Strach z tloušťky a dietní tendence často ovlivňují život mladších věkových kategorií, zejména pak dívek v dospívajícím věku. V průběhu dospívání dochází k výrazným změnám v proporcích těla a v činnosti jednotlivých orgánů. Zatímco chlapci přibývají především na svalové hmotě a tím se významně přibližují dnešnímu ideálu tělesné krásy, dívkám přibývá především hmota tuková a tím se postupně více či méně vzdalují proporcím současného světa módy. Změna jejich tělesných proporcí může být navíc zdrojem nevhodných komentářů z okolí a tím dívky získávají negativní zkušenosti ze změny svého těla. (Maradová, 2007, s. 10-11)

Faktem je, že mentální anorexie a ostatní PPP mohou vznikat ze strachu z dospělosti. Takovéto onemocnění může být často výsledkem obav z fyziologických a psychických změn v pubertě. Tyto poruchy se objevují ve chvíli, kdy mladé dívky čelí změnám nebo novým požadavkům, kterým nejsou schopny se přizpůsobit. Často hledají samy sebe a přemýšlejí nad tím, do které role se v životě stylizovat (sportovkyně, intelektuálka...). Jak již bylo zmíněno, počátkem puberty dochází u dívek ke značným změnám tělesných proporcí. Jedná se především o přibírání na váze, tvarování postavy, počátek menstruačního krvácení. Je všeobecně prokázáno, že bouřlivé prožívání všech těchto fyziologických změn v období dospívání je rizikovým faktorem pro vznik poruch příjmu potravy. Přibývání na váze představuje velké riziko pro mladé ženy, které nejsou na změny připravené. Výsledkem pokusů o kontrolu nad svým tělem je nejrůznější podstupování diet a cvičení. Dívky v adolescentním věku věnují nadměrnou pozornost tomu, co si o nich myslí ostatní. Mají potřebu, aby jim bylo dokazováno, zda jsou dostatečně fyzicky atraktivní, štíhlé nebo populární. (Novák, 2010, s. 16)

2.3 Vývojové determinanty v období puberty a adolescence

Pokud zdůrazňujeme adolescentní věk, musíme myslet na to, že patologie výživy se se začíná projevovat v rodinném kontextu, v období s typickými vývojovými problémy rodiny a dospívajícího dítěte. Faktory ovlivňující vznik, průběh i výsledek onemocnění můžeme dělit na faktory predispoziční, spouštěcí a udržující. Obecně se nedá vymezit jasná příčina vzniku těchto poruch, jedná se o souhrn mnoha nepříznivých vlivů a náročných životních situací. Rozvoj PPP je důsledkem vlivu sociálních, kulturních i biologických faktorů. Neopominutelný je právě také vliv rodiny a působení genetických predispozic. Neméně důležité je také prostředí, ve kterém adolescent vyrůstá a skupina vrstevníků, která ho obklopuje.

Predispoziční faktory zahrnují sociokulturní kontext, charakteristiku rodiny, ve které adolescent vyrůstá a vývoj samotné osobnosti dítěte. Štíhlost je dnes spojována s mládím, zdravím, úspěšností, aktivitou a nezávislostí každého z nás. Jsou to vysoké nároky společnosti, které máme tendenci podvědomě plnit, abychom se mohli cítit dobře v dnešním světě. Ukazuje se, že jídelní poruchy se často objevují v rodině s hodnotovou orientací zaměřenou převážně na osobní individualitu, úspěch, výkon, prestiž a sebeovládání. Vývoj takové osobnosti mívá rysy zvýšené sebekontroly s vysokou odpovědností vůči druhým, vzorným chováním a chudším vyjadřováním emocí. Taková osobnost je závislá na hodnocení druhými lidmi, jsou zde patrné znaky perfekcionismu, ctižádostivosti a vysokých nároků na sebe. U mentální anorexie i bulimie je společný důraz na sebekontrolu, u MA extrémně dodržovaný, u MB patologicky porušovaný s pocity viny a selhání. (Říčan, Krejčířová a kol., 1997, s. 183-185)

Ze spouštěcích faktorů považujeme za nejvýznamnější specifické vývojové požadavky a úkoly samotného adolescentního období. Jsou to zejména separačně-individuační procesy, upevnění vlastní identity a ženské či mužské role, akceptace sexuality apod. Jako další spouštěcí faktory můžeme považovat zážitky spojené s narušením rodinné rovnováhy, ohrožení vlastního sebeocenení, kritické životní události či traumatické zážitky, spojené s nevhodnými slovními nebo jinými postřehy od nejbližších ze svého okolí.

Výsledný obraz onemocnění je ovlivněn tzv. udržujícími faktory onemocnění, jako je například syndrom hladovění, oslabené ego-fungování, sekundární zisk z nemoci, ale především také včasností vhodné terapeutické intervence. Většinu případů PPP je obtížné léčit a u řady z nich se onemocnění dostává do chronické fáze, která přetrvává mnohdy i celý život. (Říčan, Krejčířová a kol., 1997, s. 183-187)

2.4 Faktory sociální a kulturní ovlivňující vznik PPP

Období puberty a adolescence se řadí mezi biologické vývojové faktory ovlivňující vznik PPP. Uvedeme si zde faktory sociální a kulturní, které často mívají nemalý vliv právě na vznik těchto poruch. V souvislosti s adolescentním věkem je to velmi nebezpečná kombinace, která má mnohdy tragické následky.

2.4.1 Kritické životní události

S rozvojem poruch příjmu potravy se mohou spojovat zkušenosti a zážitky zahrnující posměch a trauma. Tyto kritické události se mohou v budoucnu projevit právě jako některá z těchto poruch. Často se v této souvislosti mluví o sexuálním či emocionálním zneužívání a citové deprivaci, které vedou k pocitům úzkosti, podílí se na nízké sebeúctě a vedou ke špatnému sebepojetí. Stává se, že se pak ženy a dívky uchylují k těmto poruchám jako způsobu řešení a utíkání od svých osobních životních krizí. Jako další kritická životní událost, která by mohla napomoci ke vzniku PPP, se dále uvádí přílišný tlak rodičů a nežádoucí změny ve vztahu rodičů, dále ztráta blízké osoby, nemoc, smrt a separace od rodiny. (Novák, 2010, s. 17)

2.4.2 Vliv vrstevníků

Stejně jako kritické události, je vliv vrstevníků uváděn jako další faktor přispívající ke vzniku PPP. Dívky v adolescentním věku si osvojují nejrůznější postoje a chování jako například důraz na štíhlost, dietní chování, zneužívání projímadel a jiné. Zejména dívčí party upínají svoji pozornost k jednotnému tématu a tím je fyzický vzhled. Právě školní prostředí je pro tyto dívčí spolky ideální prostor pro posílení své identity. Na základě

povzbuzování nebo naopak výsměchu ovlivňují další slabé jedince, kteří pak podlehnou silnému nátlaku většiny. (Novák, 2010, s. 18)

2.4.3 Negativní body image

Neopomenutelný vliv na vznik PPP má negativní body image prohlubující touhu po štíhlosti a dokonalosti. To jak člověk vnímá svoje tělo, co si o něm myslí a co k němu cítí je zásadním bodem, který určuje každodenní pocit pohody či nepohody. Pokud člověk vnímá své tělo negativně, je to nejsnazší cesta propadnout právě poruchám tohoto typu. V tomto případě se jedná o tzv. negativní body image, nesprávné vnímání vlastního těla, časté přeceňování hmotnosti, která pak vedou k pokusům o snížení váhy a následné nekontrolovatelné potíže. Všechny faktory spolu navzájem souvisejí a mohou se prolínat či doplňovat. K negativnímu body image může právě napomoci vliv vrstevníků, tlak rodiny, nejruznější posměšky či nešťastně zvolené poznámky. Novák uvádí: „*Některé ženy investují do získání dokonalého těla tolik, jako kdyby šlo o dlouhodobý existenciální projekt, který má dát životu smysl a emocionální naplnění.*“ (Novák, 2010, s. 21)

2.4.4 Vliv prostředí a médií

Je obecně známo, že tlak prostředí kolem každého jedince má značný vliv na naši mentalitu. Dnešní módní ideál se značně liší od představ, které měla společnost v předchozích stoletích. Ještě před 40 nebo 60 lety byly ve společnosti obávající se podvýživy a tuberkulózy propagovány „prostředky na přibrání“, dnes je komerční reklama jednoznačně ovládána prostředky hubnoucímí. Krch ve své publikaci uvádí že: „*Dieta je přepych, který může být prosazován jen ve společnosti nadbytku*“ (Krch a kol., 2005, s. 59)

Módní ideál dnešní doby nepřímo ovlivňuje zejména snadno zranitelné adolescenty, kteří pak ve štíhlosti vidí cestu ke kráse a k úspěchu. Módní průmysl a sdělovací prostředky rozšiřují názor, že hodnotu člověka nalézáme v tom, že je štíhlý a že štíhlost je nejdůležitějším aspektem fyzické přitažlivosti. Mladé ženy jsou stále intenzivněji konfrontovány se štíhlým ideálem krásy ve sdělovacích prostředcích a zobrazované modelky jsou stále hubenější. Je ale dokázáno, že současné ideální proporce, silueta a hmotnost ženského těla jsou pro většinu žen zdravotně ohrožující a biogeneticky

nedosažitelné. Stejně tak nepřiměřené a ohrožující jsou i metody, jak této štíhlosti dosáhnout. Dietním trendům se dnes přizpůsobuje také potravinářský průmysl, v jehož produkci stále stoupá výroba tzv. light výrobků s minimálním obsahem tuků. V rozporu s tím, jak hubne kulturní ideál, průměrná hmotnost populace stoupá. V takové společnosti jsou přerušování diet a mírná nadváha vnímány jako selhání a v mnoha případech vedou k sociální diskriminaci a poklesu sebevědomí těchto žen. (Krch, 2005, s. 58-61)

2.4.5 Osobnost pedagoga

Adolescenti jsou skupinou výrazně ohrožených jedinců mediálně propagovaným ideálem štíhlosti a všemi výše uvedenými faktory, protože se nacházejí ve stadiu, kde sbírají informace z vnějšího okolí a formují svoji identitu. A proto tak jako působí tlak na tyto osoby z jedné strany, musíme zajistit, aby ze strany druhé přicházel vliv, který v jedincích upraví zdravý pohled na sebe samotné i na celou tuto problematiku. V tomto případě hraje velkou roli osobnost učitele, jakožto vzor pro své žáky, který by měl sloužit k předání správného vzorce vnímání, chování i jednání. To, jaké klima nastolí ve své třídě a ve třídách působících, může do značné míry ovlivnit potenciální hrozbu onemocnění PPP nebo odvrátit možné důsledky tohoto onemocnění.

Jako budoucí pedagog mám svoji představu o tom, jak by mělo takové klima ve třídě fungovat a do jaké míry pěstovat v žácích kázeň, úctu a respekt, ale také důvěru a přátelskou atmosféru. Pro pedagoga je to náročný úkol předat žákům v tak vnímavém věku takto zásadní a citlivé informace. Pokud se ale toto poslání naplní, je to velká část úspěchu, který může pomoci k odhalení prvních náznaků PPP ve třídě nebo v okolí žáků. Včasné sdělená informace ze strany žáků může zachránit v extrémním případě i životy. Vybuduje-li si učitel s žáky vzájemný vztah plný respektu a důvěry, budou žáci více vstřícní a otevřenější pro takto ožehavá témata a budou je přijímat se zájmem a zapálením, a to je cíl, kterého se snažíme dosáhnout v osvětě a prevenci PPP.

2.5 Jídlo v životě adolescenta

Jídlo hraje důležitou roli v každodenním životě člověka, je to naše přirozená primární potřeba. S lidským vývojem se ale také mění stravovací nálady, tříbí se nám chuť a formuje se celkový postoj k jídlu. Tyto postoje se začínají formovat zejména v rodině.

Způsoby výchovy jsou úzce spojeny s jídelním chováním, promítají se do utváření postojů dítěte k jídlu, jídelní motivace, výživových zvyklostí, preferencí a averzí. Od svých rodičů přebíráme jídelní zvyklosti, rodinné rituály i pohled na jídlo. Výchovný styl rodičů určuje, jak dítě bude přijímat nové jídlo, co pro něho bude znamenat a jak předznamená budoucí začlenění jídla do svého hodnotového systému a osobních priorit v dospělosti. Důležité je, aby v člověku byl už od malička formován zdravý postoj k jídlu. Rodiče si musí uvědomit, jaké jsou cíle jejich nutriční výchovy, co od ní očekávají a jaké budou volit postupy pro výchovu ke správným jídelním zvyklostem. Rodinné prostředí je faktor, který zásadně ovlivňuje nutriční vědomí, přesvědčení i praktické aktivity každého dospívajícího jedince. (Fraňková, Pařízková, Malichová, 2013, s. 47-55)

2.5.1 Změny jídelního chování

Jedním z příznaků PPP mohou být změny jídelního chování. U adolescentů často dochází ke změně stravovacích návyků, probíhá zde snaha experimentovat, redukovat svoji váhu a dosáhnout kontroly nad svým přirozeně se měnícím tělem. Je ale velice snadné neodhadnout zdravou kontrolu nad svým jídelníčkem, která se může strhnout v nekontrolovatelné jídelní postoje a změny v jídelním chování. Nejčastěji jako první z jídelníčku mizí potraviny, které jsou považovány za energeticky vydatné nebo „nezdravé“. Postupně dojde k zakazování si dalších pokrmů jako je bílé pečivo, knedlíky, maso, až nakonec zbydou ke konzumaci pouze tzv. light potraviny. Jedinci, kteří mají problém s PPP, si zásadně neberou nic navíc, nikdy si nepřidávají jídlo a čím dál častěji se vyhýbají hlavním jídlům pod různými záminkami. Takové změny ve stravování jsou dodržovány se stále větší důsledností a nemocní se je snaží se stále větší rafinovaností obhajovat. Na jídlo není čas ani chuť a stále přibývá podvodů a výmluv kolem jídla a stravování. Při jídle se takoví jedinci úzkostlivě srovnávají s ostatními a vyžadují, aby měli co nejmenší porce. Mění se i jídelní tempo a chování u stolu při jídle. Nemocní konzumují pokrmy velmi pomalu, v jídle se nimrají, dlouho si ho prohlížíjí a vybírají co snědí a co ne. Potraviny si dělí na miniaturní kousky, jídlo jim pak trvá opravdu tak dlouho, že ho ani nestačí sníst. Svě chování ukrývají za výmluvu, že se musí najíst v klidu, nebo si jídlo vychutnat. Pro jejich nutriční chování je charakteristické, že vynechávají některé hlavní chody, nejedí ve školní jídelně a „nemají čas“ se najíst společně s rodinou. V opačném

případě jí jedinci hltavým způsobem a často kombinují nejrůznější potraviny v obrovské míře. (Marádová, 2007, s. 11-13)

2.5.2 Nebezpečí redukčních diet

Poruchami příjmu potravy jsou ohroženy ženy bez rozdílu rasy, věku i společenského postavení. Je třeba ale zmínit, že právě v době dospívání jsou zejména dívky nejvíce náchylné k tendencím měnit svoje jídelní postoje a návyky a tím tak přispívají ke vzniku právě tohoto onemocnění. Jedná se především o redukční diety, které nám slibují krásnou a štíhlou postavu a zaručený úspěch ve zdraví i životě. V naprosté většině případů PPP je na počátku problémů redukční dieta. V dnešní době je doporučována lékaři, prodává se v lékárnách a vyzkoušely ji nejméně tři čtvrtiny žen. Většina studií zatím prokázala, že redukční diety zvyšují riziko vzniku PPP asi osmkrát (Marádová, 2007, s. 16-17)

Hranice mezi tím, co je normální a co už spadá do patologie jídelního chování při držení redukčních diet, je velice křehká. Ukázalo se, že řada dospívajících dívek vlastně neví, jaká by měla být jejich normální hmotnost a snaží se bojovat proti biologicky přiměřeným proporcím. Stále častěji pak v důsledku zaměňují přiměřenou a zdravou stravu za některou z právě módních redukčních diet. Značné dietní tendence a monitorování tělesné hmotnosti jsou zřetelné už u dívek v osmých a devátých ročnících základní školy. Od takovýchto dívek čím dál častěji slyšíme, že si přejí zhubnout a dokazují to svým úsilím o striktní dodržování nejpřísnějších diet. (Marádová, 2007, s. 17)

Často se stává, že dcery volí dietu podle vzoru své matky. Je dokázáno, že matky, které například často držely nejrůznější redukční diety, předaly i svým dcerám pokřivený postoj k jídlu. Ty potom samy právě v období adolescence často zkusí mnohé z nich a experimentují s jídlem. V tuto chvíli už se pohybují na tenkém ledě, kde hranice, jak propadnout PPP, je velice tenká. Při déle trvajícím nevhodném režimu stravování může dojít ke vzniku negativních následků. Takové „dietování“ může vést na scesti ke skutečným poruchám příjmu potravy. (Fraňková, Pařízková, Machová, 2013, s. 76)

„Poruchy příjmu potravy souvisejí s problémy s identitou, s nechutí či neschopností zvládnout vývojové úkoly adolescence a se strachem z dospělosti.“ (Macek, 1999 s. 42)

3 Úloha předmětu výchova ke zdraví v prevenci a informovanosti žáků o problematice týkající se PPP

3.1 Zařazení výchovy ke zdraví do systému kurikulárních dokumentů

Ve vzdělávací soustavě je v souladu s novými principy kurikulární politiky, zformulovanými v Národním programu rozvoje vzdělávání v ČR (tzv. Bílé knize) a zakotvenými v zákoně č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon) zaveden nový systém kurikulárních dokumentů pro vzdělávání žáků od 3 do 19 let. Kurikulární dokumenty jsou vytvářeny na dvou úrovních, a to na státní a školní. Pro státní úroveň je vytvořen Rámcový vzdělávací program (dále jen RVP) a pro školní úroveň Školní vzdělávací program (dále jen ŠVP).

V této práci se budeme odrazet zejména z etapy RVP pro úroveň základního vzdělávání, která je rozdělena do několika vzdělávacích oblastí. Pro naše účely je stěžejní zejména vzdělávací oblast Člověk a zdraví, kam mimo jiné zahrnujeme právě Výchovu ke zdraví. (rvp.cz, 2012)

3.1.1 Charakteristika vzdělávací oblasti Člověk a zdraví

Oblast vzdělání Člověk a zdraví přináší mnoho poznatků, činností a způsobů chování pro ovlivnění zdraví, s nimiž se žáci seznamují, učí se je využívat a používat ve svém životě. Vzdělávání v této oblasti směřuje především k tomu, aby se žáci naučili poznávat sami sebe, aby pochopili hodnotu zdraví, význam zdravotní prevence i smysl problémů spojených s nemocí a poškozením zdraví. Žáci se mohou seznámit s různými druhy nebezpečí, které ohrožuje jejich zdraví i zdraví ostatních, v běžných i mimořádných situacích. Žáci si dále osvojují dovednosti a způsoby rozhodování, které vedou k zachování a posílení zdraví, aby tak získávali potřebnou míru odpovědnosti za zdraví vlastní i zdraví ostatních. Z velké části jde tedy o poznávání základních životních hodnot, které jsou velice

zásadní, o utváření postojů k nim a o aktivní jednání v souladu s těmito hodnotami. Splnění těchto cílů je v základním vzdělávání nutné postavit na vhodné motivaci a na činnostech a situacích, které posilují zájem žáků o problematiku zdraví.

V každodenním životě školy je třeba při realizaci této vzdělávací oblasti klást hlavní důraz především na praktické dovednosti a jejich aplikaci v modelových situacích v běžném životě. Je proto velmi důležité, aby se život školy shodoval s tím, co žáky o zdraví učí a co z pohledu zdraví potřebují. Silný vliv na žáky musí mít zpočátku kladný a osobní přístup učitele a celková příznivá atmosféra ve škole. Později se klade důraz na větší samostatnost a odpovědnost žáků v jednání, rozhodování a činnostech souvisejících se zdravím. Takto nastavený model vzdělávání je základem pro vytváření aktivních přístupů žáků k rozvoji i ochraně zdraví. (msmt.cz, 2014- 2014)

Vzdělávací oblast Člověk a zdraví je vymezena a realizována v souladu s věkem žáků ve vzdělávacích oborech Výchova ke zdraví a Tělesná výchova. Prolíná se také do ostatních vzdělávacích oblastí, které ji obohacují a aplikují do života školy. My se zaměříme především na obor Výchova ke zdraví.

3.2 Vzdělávací obor Výchova ke zdraví

Výchova ke zdraví přináší základní poznání o člověku v souvislosti s preventivní ochranou jeho zdraví. Učí žáky rozvíjet a chránit zdraví v propojení složky sociální, psychické i fyzické a apeluje na žáky, aby za ně byli zodpovědní. Žáci si dále upevňují hygienické, stravovací, pracovní i jiné preventivně zdravotní návyky, rozvíjí se u nich dovednosti odmítat škodlivé látky, předcházet úrazům a čelit vlastnímu ohrožení v každodenních situacích i za mimořádných okolností. Žáci si rozšiřují a prohlubují poznatky o rodině, škole, přírodě a společenství vrstevníků, člověku i vztazích mezi lidmi a učí se tak dívat se na vlastní činnosti z hlediska zdravotních potřeb a perspektiv dospívajícího jedince a rozhodovat se ve prospěch zdraví. Vzhledem k individuálnímu i sociálnímu rozměru zdraví je vzdělávací obor Výchova ke zdraví navzájem propojen s ostatními průřezovými tématy a vzdělávacími oblastmi. (msmt.cz, 2012- 2013)

3.2.1 Očekávané výstupy

Zde si uvedeme některé očekávané výstupy vzdělávací oblasti Výchova ke zdraví, které souvisejí s naší problematikou.

Žák:

- *vyjádří vlastní názor k problematice zdraví a diskutuje o něm v kruhu vrstevníků, rodiny i v nejbližším okolí*
- *dává do souvislosti složení stravy a způsob stravování s rozvojem civilizačních nemocí a v rámci svých možností uplatňuje zdravé stravovací návyky*
- *uplatňuje osvojené preventivní způsoby rozhodování, chování a jednání v souvislosti s běžnými, přenosnými, civilizačními a jinými chorobami; svěří se se zdravotním problémem a v případě potřeby vyhledá odbornou pomoc*
- *projevuje odpovědný vztah k sobě samému, k vlastnímu dospívání a pravidlům zdravého životního stylu; dobrovolně se podílí na programech podpory zdraví v rámci školy a obce*
- *optimálně reaguje na fyziologické změny v období dospívání a kultivovaně se chová k opačnému pohlaví*
- *uplatňuje osvojené sociální dovednosti a modely chování při kontaktu se sociálně patologickými jevy ve škole i mimo ni; v případě potřeby vyhledá odbornou pomoc sobě nebo druhým*
- *vyhodnotí na základě svých znalostí a zkušeností možný manipulativní vliv vrstevníků, médií, sekt; uplatňuje osvojené dovednosti komunikační obrany proti manipulaci a agresi*
- *projevuje odpovědné chování v situacích ohrožení zdraví, osobního bezpečí, při mimořádných událostech; v případě potřeby poskytne adekvátní první pomoc (msmt.cz, 2012- 2013)*

3.3 Zdraví jako zásadní téma Výchovy ke zdraví

Světová zdravotnická organizace v roce 1948 sestavila tuto definici zdraví: „*Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a nikoli pouze nepřítomnost nemoci nebo vady.*“ (Machová, Kubátová a kol., 2009, s. 12)

Zdraví člověka chápeme jako vyvážený stav tělesné, duševní i sociální pohody. Není to jen pouhá nepřítomnost nemoci, ale zahrnují se sem všechny bio-psycho-sociální složky. Do definice zdraví pro období dospívání můžeme ještě zahrnout nepřítomnost rizikového chování a úspěšný přechod do dospělosti. Zdraví je ovlivňováno mnoha aspekty, jako je životní styl, zdravotně preventivní chování, kvalita mezilidských vztahů, bezpečí člověka, kvalitní životní prostředí apod. Zdraví je základním předpokladem pro aktivní a spokojený život a pro optimální pracovní výkonnost, a proto se poznávání a praktické ovlivňování rozvoje a ochrany zdraví stává jednou z priorit základního vzdělávání.

Slovo zdraví používáme běžně v každodenním životě. Zdraví patří k nejdůležitějším hodnotám v životě každého člověka. Zdraví není samo o sobě naším cílem, ale představuje jednu z podmínek smysluplného života.

Jak uvádí Machová ve své knize výstižnou větu: „*Zdraví není všechno, ale všechno ostatní bez zdraví není ničím*“ (Machová, Kubátová a kol., 2009, s. 12)

3.3.1 Determinanty zdraví

Lidské zdraví ovlivňuje pozitivně i negativně mnoho nejrůznějších faktorů. O těchto faktorech hovoříme jako o determinantech zdraví. Tyto determinanty rozdělujeme zpravidla na vnitřní a vnější. Determinanty vnitřní jsou zejména genetické faktory, které zdědí každý jedinec po svých rodičích. Do jisté míry sem patří i faktory ovlivněné výchovou v rodině a nejbližším okolí. Za determinanty vnější neboli zevní považujeme životní styl, kvalitu životního i pracovního prostředí a také úroveň dostupné zdravotní péče. Oba druhy faktorů působící na člověka ovlivňují jeho život a hlavně zdraví. Je dokázáno, že největší vliv ze všech složek má životní styl každého z nás, životní prostředí a genetický základ mají mezi sebou obdobnou váhu a zdravotnické služby tvoří nejmenší část tohoto vlivu. Všechny tyto faktory ale tvoří jeden celek, který působí na naše zdraví a na nás samotné. (Machová, Kubátová a kol., 2009, s. 12-19)

3.3.2 Prevence zdraví

Důležitou součástí péče o naše zdraví se stává podpora zdraví a vhodná prevence. Prevence je zaměřena proti jednotlivým onemocněním či poruchám a vyznačuje se zejména snahou jim předcházet. Dělíme ji zpravidla na primární, sekundární a terciární.

Primární prevence je součástí podpory zdraví a týká se období, kdy nemoc nebo porucha ještě nevznikla. Cílem primární prevence je zabránit vzniku nemoci. Uplatňují se zde zejména aktivity posilující zdraví nebo odstraňující rizikové faktory. Zde můžeme zmínit například vyvarování se nadměrné konzumaci alkoholu, zavádění nekuřáckých míst, dodržování hygienických návyků, dále sem patří také činnosti zaměřené proti určitým nemocem, jako je například očkování. Zmíníme také nejrůznější komunitní aktivity na podporu zdraví jako je Zdravé město, Škola podporující zdraví a podobně.

U sekundární prevence je základem včasná diagnostika nemoci a účinná léčba. Snahou je předejít nežádoucímu průběhu nemoci a zabránění jejím komplikacím. Lze sem zařadit i preventivní prohlídky, které mají za úkol zjistit rané stadium nemoci již v jejím počátku. Hovoříme například o preventivním vyšetření prsu, pravidelných gynekologických prohlídkách, zubních prohlídkách apod.

Poslední stupeň prevence a to prevence terciální se zaměřuje na prevenci následků nemoci, vad, disfunkcí a handicapů, které by vedly k omezení života pacienta. Cílem je tedy minimalizovat následky nemocí a jejich pracovní i sociální důsledky na nejnižší míru a co nejdéle udržet přiměřenou kvalitu života.

Výchova ke zdraví zde hraje důležitou roli ve snaze změnit chování lidí tak, aby si uvědomovali, že je lepší nemocem předcházet než jimi trpět. Cílem je, aby lidé získali přesvědčení o nutnosti přechodu z oblasti léčení nemocí do oblasti podpory zdraví a prevence. (Machová, Kubátová a kol., 2009, s. 14-15)

3.4 Prevence PPP v systému školy

Škola představuje pro dítě podstatný prostor pro sociální komunikaci, je místem, kde se upevňují vztahově-postojové vlastnosti a kde se vytváří životní styl každého jedince. Preventivní koncepce školy předkládá systémové myšlení a systémový přístup. Jedná se o

vytváření nového preventivního přístupu ve škole, hovoříme tak o systémové nebo systematické prevenci. Je žádoucí prevenci vestavět do celého systému školy.

System můžeme v souvislosti s prevencí definovat jako soubor prvků, které jsou vzájemně propojeny vztahy, vytvářejícími strukturu, dynamiku, mají svůj vztahový rámec a zpětnou vazbu. Prevence je soubor opatření a činností, které vedou k zabránění vzniku nemocí a pomáhají udržet optimální stav zdraví, které posilují a rozvíjí.

Pokud hovoříme o systémově pojaté prevenci na škole, měla by tato prevence představovat souhrn prostředků, postupů a metod, které se prolínají všemi subsystémy školního systému a zdůrazňují jejich účinnost. Cílem systémové prevence je snižování rizikovosti v systému školy a to nejen na úrovni jedince, ale celého školního prostředí. (Kernová, Komárek a kol, 2012, s. 12-18)

3.4.1 Popis školních subsystémů ve vztahu k systémové prevenci

Uvedeme si, jak se na systémové prevenci mohou podílet jednotlivé subsystémy v rámci školy. Mezi složky, podílející se na preventivním programu školy, patří vedení školy, školní specialista, pedagogický sbor, externí pracovníci, odborníci, síť pomoci a podpory a v neposlední řadě také vrstevnická skupina. Dále sem můžeme zahrnout také volnočasové aktivity a kroužky, které žáci navštěvují. Součástí prevence na školách je také spolupráce rodičů, školní parlament a také informačně - komunikační systém školy, jako je zejména schránka důvěry, kam se mohou žáci se svými problémy obracet.

Vedení školy můžeme postavit na samý vrchol mocenské hierarchie školy. Stanovuje opatření, má v kompetenci především organizační činnost, schvaluje preventivní strategie. Dalším článkem ve školním systému je školní specialista. Nemusí se jednat vždy o výchovného poradce či metodika prevence. Takovýto člověk vytváří a inovuje strategii školy v oblasti prevence, detailně zpracovává metodiku prevence, přístup ke zdravému životnímu stylu a jeho aplikaci ve školním prostředí. Spolupracuje s pedagogy při realizaci preventivních programů. Právě pedagogický sbor naplňuje preventivní a výchovně vzdělávací cíle a strategie. Pedagogický sbor dokáže včas rozpoznat vážnost situace, obrátit se na externí odborníky a zvolit vhodnou formu prevence nebo pomoci. Součástí

pedagogického sboru může být i preventivní tým složený z pedagogů specialistů, zabývajících se danou problematikou.

Mezi další subsystémy školy v rámci prevence patří externí pracovníci, odborníci a síť podpory a pomoci. Tato složka je se školou vzájemně propojena způsobem vyznačujícím se oboustrannou spoluprací a předáváním informací. Do této skupiny patří i instituce a občanská sdružení, která přinášejí v různé intenzitě a interaktivitě preventivní a osvětové programy do škol.

Nedílnou součástí tohoto systému je i vrstevnická skupina žáků školy převážně pod záštitou pedagoga, dále sem řadíme volnočasové aktivity a kroužky, které s větší či menší měrou organizovanosti a pravidelnosti nabízí alternativu k životnímu stylu a podílí se na celkovém rozvoji dítěte. Dalším důležitým faktorem je vtažení do života školy také rodičů prostřednictvím společného programu s dětmi nebo formou nejrůznějších přednášek a besed na dané téma na půdě školy. V neposlední řadě zde zmiňujeme informačně-komunikační systém školy, který představuje soubor předmětů a techniky, které je možno využít při výchovně vzdělávacím i preventivním působení na žáka. Do této skupiny patří počítač, internet, nástěnky, ale i tzv. schránka důvěry, která působí jako prvek pomáhající vytvářet bezpečné prostředí ve škole. Mohou se zde využívat i brožury a manuály pro rodiče, kde se dočtou, jak poznají rizikové signály u dítěte a podobně. (Kernová, Komárek a kol., 2012, s. 12-15)

3.4.2 Výchovou ke zdraví k prevenci PPP

O lidském zdraví platí, že se na něm kromě genetického vybavení ve vysoké míře podílejí další faktory, které ve svém souhrnu tvoří kvalitu života. Uváděny jsou nejčastěji způsob života, životní prostředí a zdravotní péče. Vliv těchto faktorů je ještě významnější pro zdraví dětí a mládeže a jejich harmonický vývoj po stránce tělesné, duševní i sociální.

Z uvedených faktorů věnujeme pozornost zejména způsobu života, který je možné měnit a ovlivňovat více, než je tomu u dalších uvedených vlivů. Je tedy zřejmé, že zdravý způsob života jako nejdůležitější faktor celkové zdravotní prevence, může pozitivně ovlivňovat nejen tělesnou, duševní i sociální pohodu, ale i významně tlumit rizikové faktory a výskyt rizikového chování, mezi které bezpochyby patří právě PPP.

Primární roli v procesu socializace dítěte a ve výchově k přijetí zdravého životního stylu a prevence rizikových faktorů ohrožujících zdraví hraje rodina. Už ale v předškolních zařízeních lze přispívat v každodenních činnostech k ochraně zdraví dítěte a ve spolupráci s rodiči vytvářet jeho aktivní přístup ke zdraví. V dalším věkovém období přebírá tuto důležitou úlohu škola, která má možnost systematicky a v delším časovém úseku ovlivňovat postoje dětí ke zdraví a přispívat k minimalizaci negativních jevů. Škola má tedy za úkol spolu s rodinou a dalšími institucemi chránit a podporovat tělesný, duševní, citový, rozumový i mravní vývoj dětí a mládeže a vést je k přijetí takového životního stylu, který by byl základem zdravého a hodnotného života v dospělosti.

Nutnost zavedení a realizace výchovy ke zdraví ve školách vyplývá ze Světové zdravotnické organizace Zdraví 21, kde se výstižně uvádí, že zdraví je jedním ze základních práv každého člověka. Strategie MŠMT ČR plně respektuje Úmluvu o právech dítěte a výchova ke zdraví je nedílnou součástí stávajících i připravovaných dokumentů. (Kernová, Komárek a kol., 2012, s. 9-12)

Poruchy příjmu potravy můžeme zahrnout hned do několika oblastí předmětu, do kterých lze zahrnout jejich prevenci. Můžeme se této problematice věnovat v rámci výuky o zdravém stravování a výživě, kde žákům vysvětlíme rizika, příznaky i následky onemocnění. Toto téma můžeme zařadit i do kapitoly o rizikovém chování dospívajících i do tématu dospívání obecně a věnovat zde náležitou pozornost vhodné prevenci.

Vhodně zvoleným výchovným působením, zejména v kritickém období nastupující puberty, je možné PPP předcházet. Základ prevence spočívá v rodině, avšak škola by měla v rámci programu Výchovy ke zdraví využít všech svých možností a poskytnout žákům dostatek informací o výskytu, příčinách i důsledcích PPP. Měla by žáky vést ke správným stravovacím návykům, podporovat pozitivní klima ve škole i v jednotlivých třídách, vytvářet podmínky pro posilování sebedůvěry a osobnostní rozvoj každého žáka a maximálně omezovat projevy sebedestruktivního chování. Dlouhodobě přínosným momentem prevence může být také potlačování důrazu na tělesný vzhled dětí, a na místo toho větší oceňování jejich různorodosti a osobnostních kvalit.

Do výuky je dobré uplatňovat metody aktivního sociálního učení, zadávat žákům úlohy, ve kterých je cílem výchova ke zdravým stravovacím návykům. Poskytovat žákům objektivní informace, týkající se ohrožení zdraví v důsledku PPP. Rozvíjet u žáků jejich

sebedůvěru i sociální dovednosti, které jim budou pomáhat zvládnout problematické období vlastního dospívání bez ohrožení poruchami příjmu potravy.

V rámci Výchovy ke zdraví jsou vhodné také didaktické hry zaměřené na zvyšování sebevědomí dětí, na rozvoj vědomí sebe samého a zkoumání vlastní osobnosti. Důležitost těchto cvičení spočívá v tom, aby třída nebo skupina žáků dala svým členům najevo, že je přijímá takové, jací jsou a aby se více děti vnímaly navzájem. Je zde důležité klást důraz na uvědomění si hodnoty každého jedince a přijetí společné odpovědnosti za to, aby každý člen skupiny se cítil ve svém kolektivu dobře. Celou tuto snahu by měla provázet upřímnost, oceňování jednotlivých vlastností a podpora vzájemné úcty, důvěry, empatie a citlivosti. (Marádová, 2007, s. 23-25)

O poruchách příjmu potravy zde bylo řečeno už mnohé. Na závěr si zde tedy shrneme, jakým způsobem Výchova ke zdraví přispívá k boji proti PPP a jejich prevenci. Jedním ze základních témat tohoto předmětu je zdraví samotné. Žáci se učí, jak o zdraví pečovat a tím předcházet nemocem. Jsou seznámeni se zásadami správného stravování, budují si vhodné stravovací návyky a upevňují si vzor modelu zdravé stravy a přijímají ho za vlastní. Téma PPP by mělo být z velké části zahrnuto do oboru výchovy ke zdraví, prolíná se ale i s jinými oblastmi a předměty výuky. Cílem je získat celostní pohled na danou problematiku, dobře se v ní orientovat a umět si poradit v konkrétních případech, které život přináší.

Praktická část

4 Výzkumný problém a metodika výzkumu

V praktické části této práce bude věnována pozornost tématu poruch příjmu potravy (dále jen PPP) ve školní praxi. Jak bylo popsáno už v teoretické části této práce, problematika PPP je v současné době jedním z aktuálních témat, kterému by mimo jiné měly věnovat svoji pozornost zejména školy. Většina žáků tráví velkou část svého času právě ve škole. Tvoří si zde přátelské a jiné vztahy a nepochybně jsou ovlivněny okolím, vrstevníky a učiteli i klimatem celé školy. Proto by právě škola měla vzít v úvahu svoji roli a zodpovědně tomuto problému dnešní doby čelit, a to zejména vhodným zakomponováním této problematiky do svých školních vzdělávacích a preventivních programů. Téma PPP by mělo být zařazeno do školních kurikulárních dokumentů, to jakou formou bude zpracováno, je záležitost jednotlivých škol.

V našem výzkumu se zaměříme na školní kurikulární dokumenty na vybraných školách a porovnáme jejich obsah v rámci tématu PPP. Konkrétně se zaměříme na to, jakým způsobem je téma PPP zařazeno do školních kurikulárních dokumentů a jestli je tomuto tématu věnovaná dostatečná pozornost. Zaměříme se zejména na školní vzdělávací program a na preventivní program vybraných škol.

4.1 Cíle výzkumu

Cílem kvalitativního výzkumu je analyzovat a porovnat školní kurikulární dokumenty tří škol v Plzeňském kraji, a to zejména školní vzdělávací program (dále jen ŠVP) a minimální preventivní program (dále jen MPP) a vyvodit závěry, do jaké míry a jakým způsobem je v těchto dokumentech obsaženo téma poruch příjmu potravy (dále jen PPP).

- 1) Cílem kvalitativního výzkumu je zmapovat zakomponování problematiky PPP do školních kurikulárních dokumentů, zejména do školního vzdělávacího programu a zjistit, jakou formou je zde téma PPP na jednotlivých školách začleněno.
- 2) Cílem je analyzovat, do jaké míry se preventivní programy škol zaměřují právě na problematiku PPP.

- 3) Porovnat školní kurikulární dokumenty jednotlivých škol a najít společné a odlišné znaky ve vztahu k tématu PPP a specifického zaměření škol.
- 4) Na základě rozhovorů s metodiky prevence doplnit a ověřit informace, získané analýzou školních kurikulárních dokumentů.

4.2 Výzkumné otázky

K tomu, abychom mohli naplnit výzkumný cíl, byly formulovány jednotlivé výzkumné otázky, na které budeme v průběhu výzkumu nalézat odpovědi prostřednictvím analýzy školních kurikulárních dokumentů a jako doplňující metodu použijeme rozhovor s metodiky prevence.

Otázka č. 1

Do jaké míry je v ŠVP věnována pozornost právě tématu PPP? (se zaměřením na to do jakých předmětů je toto téma začleněno a v kterých ročnících jsou dané předměty vyučovány)

Otázka č. 2

Do jaké míry se minimální preventivní programy jednotlivých škol zabývají konkrétním tématem PPP a jakým způsobem je tato prevence realizována?

Otázka č. 3

Jaké je specifické zaměření jednotlivých škol a ŠVP a má toto zaměření vliv na prevenci PPP obsaženou ve školních kurikulárních dokumentech?

Otázka č. 4

Setkala se někdy škola konkrétně s případem poruchy příjmu potravy, a jak byl tento problém řešen z pohledu školního metodika prevence a zda byly tyto postupy v souladu s uvedenými informacemi v MPP?

Otázka č. 5

Je dle metodiků prevence v MPP dostatečně zahrnuté téma PPP a v čem by se mohla zlepšit tato prevence?

Otázka č. 6

Shodují se výpovědi metodiků prevence s informacemi, které byly získány na základě analýzy školních kurikulárních dokumentů? (v tomto případě zejména MPP)

4.3 Metodika výzkumu a charakteristika výzkumných metod

Realizace výzkumu probíhala na jaře roku 2014 na třech základních školách v Plzni. Pro tuto problematiku byl zvolen kvalitativní výzkum, a to konkrétně metoda obsahové analýzy dat, která byla získána v průběhu výzkumu. Jedná se o analýzu dokumentů jednotlivých škol, které souvisejí s problematikou PPP. Za dokumenty tohoto charakteru považujeme zejména školní vzdělávací program a minimální preventivní program pro školní rok 2013/2014 na vybraných školách v Plzni. Pro komplexnější představu zde byly analyzovány rozhovory se třemi metodiky prevence z vybraných škol. U každé z níže uvedených škol si představíme obsah dokumentů se zaměřením na části týkající se problematiky PPP.

4.3.1 Obsahová analýza dokumentů

Tento termín můžeme definovat různými způsoby. V našem výzkumu chápeme tuto analýzu jako analýzu již vzniklých dokumentů a také dokumentů, které vznikly vzájemnou interakcí výzkumníka a účastníky výzkumu, kterými jsou metodici prevence a koordinátorka projektu Zdravá škola.

Tuto metodu můžeme definovat jako kvalitativně-interpretativní analýzu. Můžeme se zde setkat s texty různého druhu, které se vyznačují svojí rozmanitostí. Rozhodující místo zde zaujímá kvalitativní interpretace výzkumníka. Účelem analýzy dokumentů je zpracovávat materiál, který výzkumník získá v procesu výzkumu a podle svého cíle a definovaných výzkumných otázek interpretuje objasněné výsledky. (Miovský, 2006 s. 98-100)

Pro tuto práci byla zvolena analýza písemných dokumentů, které jsou zveřejněny jednotlivými školami a analýza zvukových dokumentů, které byly pořízeny přímo výzkumníkem v metodě kvalitativního dotazování. Výzkumným materiálem jsou tedy školní vzdělávací programy všech tří škol, které budou analyzovány a následně porovnávány. Dále jako výzkumný materiál bude použit minimální preventivní program každé školy a pro doplnění informací použijeme přepsanou nahrávku rozhovoru s metodiky prevence, kteří tento program sestavují.

4.3.2 Kvalitativní dotazování (Rozhovor)

V souladu s komplexním uchopením tématu byla zvolena doplňující metoda kvalitativního dotazování v souvislosti se školními kurikulárními dokumenty. V návaznosti na druhou stanovenou metodu kvalitativního výzkumu byli pro sběr dat prostřednictvím rozhovoru vybráni školní metodici prevence, kteří v současnosti vykonávají tuto funkci na vybraných základních školách Plzeňského kraje. S poskytnutím rozhovoru souhlasili tři školní metodici prevence. Rozhovory nabízejí jiný pohled na problematiku z hlediska praxe.

Pro rozhovor je typický osobní kontakt s dotazovaným, dochází k odbourávání interpersonálních bariér a navodí se pozitivní atmosféra. Pro tento výzkum byl zvolen strukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami. Takovýto rozhovor se skládá z řady pečlivě formulovaných otázek, na něž mají jednotliví respondenti odpovědět. Účelem tohoto typu rozhovoru je co nejvíce minimalizovat efekt tazatele na kvalitu rozhovoru. Používáme ho tehdy, kdy je úkolem jednotlivé odpovědi mezi sebou srovnávat. (Hendl, 2005, s. 164-173)

Hlavní výhodou rozhovoru je v tomto případě odborné zaměření dotazovaného, které je v souladu se specifickou orientací daných otázek. Otázky ve struktuře rozhovoru jsou formulovány tak, aby výzkumník získal od dotazovaného obecný přehled o problematice týkající se prevence poruch příjmu potravy transformované do školních kurikulárních dokumentů.

Rozhovor aplikovaný v této výzkumné části byl nahráván na diktafon a poté následně písemně zpracován výzkumníkem. Jednotlivé typy informací byly utříděny a následně analyzovány na základě odpovídání na patřičné výzkumné otázky. Rozhovor byl zaměřen na praktické zkušenosti dotazovaného s tvorbou MPP a realizací prevence PPP na školách. Takto zaměřený rozhovor dotváří komplexní obraz zkoumané problematiky. Zaměřujeme se zde především na to, zda se škola setkala s konkrétním případem PPP a jak byl z pohledu metodika prevence tento problém řešen, a zda postup odpovídal postupu popsanému v MPP. Součástí rozhovoru s metodiky byly také otázky zaměřené na jejich pohled na danou problematiku z hlediska prevence. Bylo zkoumáno, zda podle jejich pohledu je prevence na školách dostačující a čím by mohli pracovat na zlepšení této prevence.

4.3.3 Postup získávání dat

Zdrojem informací pro uvedený výzkum se staly školní kurikulární dokumenty, které jsou volně dostupné na internetových stránkách školy a jsou zpřístupněny k nahlédnutí v prostorách školy. Jedná se zejména o školní vzdělávací program a minimální preventivní program s koncepcí pro rok 2013/2014. V kombinaci s metodou analýzy školních kurikulárních dokumentů byla použita metoda kvalitativního dotazování, která má za cíl doplnit vyhodnocené informace ze školních kurikulárních dokumentů a ucelit tak celkový pohled na danou problematiku. Metoda kvalitativního dotazování byla realizována v duchu polostrukturovaného rozhovoru na téma poruchy příjmu potravy a jejich začlenění do školního vzdělávacího programu a zejména do preventivního programu každé školy. Tyto rozhovory byly vedeny se školními metodiky prevence všech tří škol a měly za cíl doplnit informace získané analýzou školních kurikulárních dokumentů. Jako doplňující téma byla zkoumána vlastní zkušenost školy s konkrétním případem PPP u žáků. Rozhovory byly realizovány vždy na půdě dané základní školy, vyhraněný čas na tento rozhovor byl 30-45 minut. Rozhovory byly nahrávány na diktafon a později přepsány a zpracovány.

Ze zkoumaných dokumentů byly vybrány informace, které mají souvislost s PPP. Konkrétně byly posuzovány především aspekty vycházející z jednotlivých výzkumných otázek, jejichž zodpovězením jsme se přiblížili k naplnění cílů výzkumu.

4.3.4 Popis výzkumného vzorku

Výzkumné šetření je zaměřeno na oblast základního vzdělávání.

Výzkum je orientován na část kurikulárních dokumentů, která je určena konkrétně pro druhý stupeň základní školy, z důvodu nejohroženější věkové kategorie v rámci problematiky PPP. Pro výzkum byly zvoleny kurikulární dokumenty třech plzeňských základních škol, které jsme si označili jako škola 1, 2, 3, a které si níže stručně představíme. Záměrně byly zvoleny k porovnání školy identické z hlediska statusu velikosti školy. Jedná se o školy městské, velkokapacitní. Typově se však tyto školy od sebe liší tím, že byla záměrně zvolena škola zapojená do programu škola podporující zdraví, dále škola se sportovním zaměřením a tvořivá škola. Všechny vybrané školy

uskutečňují vzdělávání na základě vlastního školního vzdělávacího programu, který vychází z rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělávání.

Zde si uvedeme charakteristiku jednotlivých škol se stručným popisem jejího zaměření:

Škola 1

31. Základní škola

Elišky Krásnohorské 10

323 00 Plzeň

31. ZŠ v Plzni je školou se sportovním zaměřením, zejména na házenou a judo a doplňkovými sporty jsou sportovní gymnastika, lední hokej a lehká atletika.

Školní vzdělávací program s názvem Škola pro 21. století vystihuje zaměření na aktuální témata dnešní doby.

Škola 2

26. základní škola Plzeň, příspěvková organizace

Skupova 22

301 00 Plzeň

Tato škola má své specifické zaměření, které odpovídá konceptu tvořivé školy a je patrné i v názvu ŠVP – Tvořivě pro život.

Škola 3

14. základní škola Plzeň, příspěvková organizace

Zábělská 25

312 00 Plzeň

Tato základní škola je specifická především tím, že podepsala dohodu o spolupráci se Státním zdravotním ústavem v Praze a byla zařazena do evropského programu Škola podporující zdraví neboli Zdravá škola. Tento projekt škola zvolila z důvodu, že vyhovoval představám o všestranně se rozvíjející osobnosti jednotlivce v dynamickém prostředí školy. Být zdravou školou podle přístupu jednotlivých učitelů znamená vytvářet klidné a příjemné prostředí a zdravý názor na život a na svět kolem sebe. Vycházet budeme ze školního vzdělávacího programu s názvem Škola jazykům, sportu a tvořivosti otevřená.

5 Výsledky výzkumu

5.1 Vyhodnocení analýzy školních kurikulárních dokumentů

Vyhodnocení výzkumných otázek 1, 2, 3

5.1.1 Výzkumná otázka č. 1

Jakým způsobem je problematika PPP obsažena v ŠVP?

Škola 1

Problematika PPP je dle školního vzdělávacího programu Škola pro 21. století zmiňována zejména v samostatném předmětu Výchova ke zdraví, která se zde vyučuje v 6., 8., a 9. ročníku 2. stupně ZŠ s časovou dotací 1 hodiny týdně ve smíšeném kolektivu. Ve sportovních třídách je pouze v 6. a 9. ročníku 1 hodina.

V šestém ročníku se do problematiky PPP dá zařadit téma rodina, její sociální vztahy a prostředí, které je zde probíráno. V osmém ročníku je mimo jiné probíráno téma dospívání, které hraje významnou roli při vzniku PPP. Konkrétnímu tématu PPP je věnována pozornost až v devátém ročníku v oblasti výuky o výživě a zdravém stravování.

Téma PPP je zde propojováno i s ostatními předměty a to zejména s přírodopisem, kde je téma zmiňováno při výuce trávicí soustavy v osmém ročníku. Dále s předměty jako jsou pracovní činnosti v sedmém ročníku, kde se téma probírá s dívkami při kurzech vaření v tématu zdravé výživy. Toto téma je zmiňováno také v zeměpise v návaznosti na problematiku rozvojových zemí.

Tento program dle analýzy dokumentů obsahuje větší množství informací a bohatší začlenění problematiku PPP do vzdělávacího plánu. Oceňujeme zde hlavně provázanost mezi jednotlivými předměty vyučovaných na školách a začlenění do různorodých témat výuky.

Po důkladné analýze ŠVP této školy jsme dospěli k závěrům, že ve školním vzdělávacím programu je toto téma zmíněno v mnoha předmětech s náležitou provázaností a návazností. Hlavní výhodou je zmínění tématu ve všech ročnících druhého stupně. Výchova ke zdraví se tomuto tématu také věnuje v jednotlivých ročnících, ve kterých je vyučována, kde postupně objasňuje všechny aspekty, až se v posledním devátém ročníku dostává k hlavnímu tématu PPP, které je zde probíráno samostatně a je mu věnován vyhrazený časový úsek.

Škola 2

Ve školním vzdělávacím programu Tvořivě pro život je problematika PPP začleněna hlavně do samostatného předmětu Člověk a zdraví, který je vyučován pouze v 8. ročníku dvě hodiny týdně (1 hodina je z časové dotace přírodopisu z časové dotace výchovy ke zdraví). Propojuje v sobě témata vzdělávacích oborů přírodopis a výchova ke zdraví, z výchovy ke zdraví zejména – zdravý způsob života člověka a péče o zdraví, rizika ohrožující zdraví a jejich prevence, hodnota a podpora zdraví. Předmět je založen na propojení znalostí o lidském těle, s osvojením návyků zdravého životního stylu používáním získaných poznatků v praktickém životě. Téma PPP je zde zmiňováno v návaznosti na téma trávicí soustava, probírané v přírodopisné části. Do souvislosti je zde dáváno složení stravy a způsob stravování, s rozvojem civilizačních onemocnění a PPP. V ostatních předmětech nebyly nalezeny souvislosti, týkající se problematiky PPP

Na tomto místě je třeba poukázat na fakt, že se téma podle ŠVP nezařazuje i do ostatních předmětů, se kterými nepochybně souvisí. Žáci by měli získávat souvislosti ze všech oborů současně, aby si mohli udělat ucelený názor na celou problematiku. Bylo by vhodné setkat se s konkrétním tématem PPP už daleko dříve a navazovat na něj dalšími tématy výuky.

Škola 3

Analýzou školního vzdělávacího programu s názvem Škola jazykům, sportu a tvořivosti otevřená jsme zjistili, že téma PPP je zde zařazeno do výuky výchovy ke zdraví, která je zde vyučována v šestém a devátém ročníku s dotací jedné hodiny týdně. Problematika PPP se zde zmiňuje v rámci tématu zdravý způsob života a péče o zdraví, které je vyučováno v šestém ročníku. Téma je zaměřené na uplatňování zdravých stravovacích návyků a zejména je zde zmíněné téma vlivu reklam a kult hubenosti.

Z ŠVP třetí školy jsme se dozvěděli, že téma PPP je zde striktně zařazováno pouze do výuky výchovy ke zdraví, ale jsou zde popsány konkrétní problémy, na které se při výuce PPP škola zaměřuje. Jako jediná zde zmiňuje problematiku médií, která v dnešní době vysoce ohrožuje mínění celé populace a zmiňuje se zde konkrétní výstup žáků související s PPP. Lze zde podtrhnout, že problematika je zde zmiňována hned v šestých ročnících ve výuce výchovy ke zdraví, kdy mohou žáci s tématem pracovat a nést si své poznatky i do dalších ročníků.

Shrnutí

Celkově bychom mohli shrnout náplň ŠVP z hlediska začlenění problematiky PPP jako velice strohé. Tato tematika je zde velice stručně zmíněna, ve dvou ze tří dokumentů, konkrétně u školy 1 a 2 nejsou popsány žádné výstupy žáků z hlediska daného tématu. Otázkou také zůstává, do jakých ročníků by se měla primárně členit problematika PPP jako hlavní seznámení s tématem. Dle mého názoru je zmínění tohoto problému až v devátém ročníku u školy 1 velice pozdě. Na základě teoretické části vycházíme z předpokladu, že žákům už od brzkého věku hrozí riziko vzniku PPP, a s tímto tématem by se měli seznámit co nejdříve. Oceňujeme zde tedy postoj k této problematice u školy č. 3, a to včasné zařazení tématu již do šestého ročníku základní školy. Škola číslo 2 volí zlatou střední cestu a téma zmiňuje zejména v osmých ročnících, což je z hlediska snižujícího se věku při onemocnění PPP opět nedostatečné. Nedostatečná je také výuka tohoto tématu pouze v osmém ročníku u školy č. 2.

U školy č. 1 jako u jediné jsme se setkali v ŠVP se začlenění tématu i do ostatních předmětů vyučovaných v různých ročnících. Tento aspekt zcela chybí u školy č. 2 a 3. a hodnotíme ho jako velice neefektivní z hlediska prevence PPP z důvodu návaznosti a provázanosti tématu v mezipředmětových vztazích.

5.1.2 Výzkumná otázka č. 2

Do jaké míry se minimální preventivní programy jednotlivých škol zabývají konkrétním tématem PPP a jakým způsobem je tato prevence realizována?

Škola 1

V minimálním preventivním programu školy je téma PPP zmiňováno v souvislosti s rizikovými formami chování, mezi které jsou poruchy příjmu potravy jmenovitě zařazeny. Program je v tomto roce zaměřený na výchovu žáků ke zdravému životnímu stylu. S ohledem na téma PPP jsou zde formulovány konkrétní cíle se zaměřením na podporu zdravého životního stylu a kladný vztah žáků ke svému tělu a to zejména předcházení negativním vlivům médií a reklamy a upozorňování na zdravotní rizika, spojená s poruchami příjmu potravy.

Téma PPP je dle MPP realizováno začleněním tématu do výuky v předmětu výchova ke zdraví a dalších předmětů dle ŠVP a také formou besed a přednášek na toto téma. V tomto roce proběhla beseda od paní doktorky Lenky Luhanové na téma Prevence poruch příjmu potravy. Časová dotace byla vyhrazena na dvě hodiny a beseda byla určena pro žáky sedmých ročníků školy.

V rámci MPP je u žáků této školy realizován výzkum a to konkrétně v šestých a devátých ročnících. Jedním tématem výzkumu je také problematika PPP. U dotazovaných žáků se zjišťuje míra informovanosti o mentální anorexii a bulimii. Výsledky zveřejněné v MPP této školy jsou takové, že 68 % žáků 6. ročníků nezná pojem mentální anorexie a bulimie, pouhých 32 % se s těmito pojmy už setkalo. Tentýž dotazník je předkládán žákům devátých ročníků a zde byl zaznamenán významný posun a to, že o anorexii a bulimii má povědomí 84 % žáků devátých ročníků, oproti 32 % žákům z ročníků šestých.

Škola 2

V Minimálním preventivním programu je téma PPP zahrnuto pod společnou prevenci sociálně-patologických jevů a rizikového chování. Konkrétní zaměření na PPP je realizováno pouze jednou besedou pro osmé ročníky na téma mentální anorexie a bulimie. Dále se MPP zabývá hlavně problematikou prevence šikany a drogové prevence, na PPP se nijak jinak nespécializuje. Prevence je určena pro žáky školy v průběhu jejich školní docházky, tzn. přibližně pro věkové rozpětí 6 - 16 let. Prevence vyžaduje specializovanou formu pomoci, a proto je zajištěna přímá spolupráce s rodinou a dalšími organizacemi, jako je pedagogicko psychologická poradna apod.

Škola 3

Minimální preventivní program je na škole realizován tak, že se každý školní rok liší jeho zaměřením. Pro tento rok je zaměřený zejména na preventivní působení v oblasti nebezpečného chování a to zejména šikany. Poruchami příjmu potravy se preventivní program pro daný školní rok nijak konkrétněji nezabývá.

Téma PPP je zde zmiňováno až v konceptu Zdravá škola a to v rámci besedy o zdravé výživě a o zdravém složení jídelníčku realizovaných ve spolupráci se Zdravou pětkou a nadačním fondem Albert. V rámci projektu Zdravá škola jsou se žáky realizovány doplňkové aktivity, jako je například soutěž ve výzdobě školní jídelny apod.

Shrnutí

Po celkovém shrnutí druhé výzkumné otázky docházíme k závěrům, že ve všech třech školách jsou velmi výrazné rozdíly v zaměření i realizaci prevence proti poruchám příjmu potravy. Škola č. 1 má ve svém MPP zabudovaný systém prevence, který obsahuje problematiku PPP. Prevence je zde realizována jednak formou výuky, která je začleněna do několika předmětů a jednak formou dvouhodinové besedy na téma PPP pro sedmé ročníky.

Škola č. 2 má také svůj systém prevence, který je zaměřen na prevenci psychopatologických jevů a rizikového chování, kam zařazuje PPP. Prevence je zde prováděna též formou besedy a to v osmém ročníku, dále se ale na prevenci PPP program již nezaměřuje.

Na rozdíl od MPP předchozích škol, škola č. 3 nemá ve svém MPP uvedený žádný systém prevence v rámci PPP. Zabývá se pouze problematikou šikany na školách. Tato problematika je dávana do souvislosti až s konceptem Zdravá škola, který je pro školu charakteristický.

Ve dvou ze tří zkoumaných dokumentů MPP se škola angažuje v prevenci PPP, kterou má náležitě zakomponovanou ve svém MPP. Jedna škola tuto prevenci ve svém MPP absolutně postrádá, věnuje se jí ale v konceptu Zdravá škola, kde je tato problematika zařazena. Celkově bychom hodnotili míru začlenění problematiky PPP do školních kurikulárních dokumentů jako částečně uspokojující, ne však hluboce propracovanou, v některých případech dokonce velice nedostačující. Prevence by měla být realizována soustavně ve všech ročnících na druhém stupni ZŠ, protože právě

5.1.3 Výzkumná otázka č. 3

Jaké je specifické zaměření jednotlivých škol a hraje toto zaměření roli ve specifikaci PPP v rámci školních kurikulárních dokumentů?

Škola 1

Tato škola je sportovně založená, dle ŠVP je hodina výchovy ke zdraví, která je stěžejním předmětem na této škole pro výuku témat souvisejících s PPP, nahrazena v osmém ročníku sportovními předměty na úkor výchovy ke zdraví. Z hlediska prevence PPP je tento ročník velice zásadní a na této škole je zcela vynechána jakákoli tematika související s PPP. Důvod zde shledáváme především v tom, že tak významné téma nahrazují hodiny tělesné výchovy. V MPP je začleněno mnoho sportovních aktivit, které celkově ovlivňují prevenci rizikového chování. Oproti jiným školám je zde široká škála nabízených sportů a tělesných aktivit, kde si žáci upevňují postoj ke zdraví a s tím i spojené předcházení vzniku PPP.

Škola 2

Tato škola dle svého zaměření tvořivě pro život, není ani sportovně založena, ani se blíže nespecializuje na podporu zdraví. V ŠVP je téma PPP zmíněno pouze okrajově, a to v osmém ročníku v rámci výuky předmětu člověk a zdraví, a v MPP je začleněno mezi prevenci rizikového chování a sociálně patologických jevů. Není zde obohaceno o sportovní aktivity jako u sportovně založené školy, ani o aktivity na podporu zdraví jako u školy 3.

Škola 3

U školy 3 vycházíme ze zaměření Zdravá škola a hlubší témata této struktury v kurikulárních dokumentech. U této školy byly v ŠVP nalezeny bližší informace o začlenění problematiky PPP. Jsou zde specifikovány konkrétní výstupy žáků, týkající se PPP. Je zde zmiňován vliv médií a je zde celé téma zaměřené na zdravé stravovací návyky žáků. Zcela zde ale chybí provázanost s ostatními předměty, které by se u školy podporující zdraví dalo očekávat. V MPP téma problematiky PPP není zahrnuto vůbec, tento program se ani okrajově nezabývá problematikou PPP. Téma PPP je zde zmíněno až v konceptu

Zdravá škola, a to v rámci besedy o zdravé výživě a o zdravém složení jídelníčku, realizovaných ve spolupráci se Zdravou pětkou a nadačním fondem Albert.

Shrnutí

Zde byly porovnávány školní kurikulární dokumenty z hlediska specifického zaměření školy a to konkrétně sportovní založení školy 1, tvořivá škola 2 a zaměření Zdravá škola u školy 3. Celkově jsme shledali drobné rozdíly dle zaměření škol, ale žádné zásadní odlišnosti tyto školy ve svých kurikulárních dokumentech neobsahují. Škola 1 má propracovanější systém sportovních aktivit, což může mít pozitivní vliv na prevenci PPP. V ŠVP je ale hodina výchovy ke zdraví, kam by se dalo začlenit téma PPP, v osmém ročníku plně nahrazena sportovní výukou, což shledáváme jako negativní z hlediska prevence PPP. Škola 2 má méně propracovanou strukturu zařazení tématu PPP do ŠVP. A škola 3 se touto problematikou v MPP nezabývá vůbec. Začleněna je pouze v konceptu Zdravá škola, který nepodléhá naší analýze.

5.2 Výsledky rozhovoru s metodiky prevence jednotlivých škol

Vyhodnocení výzkumných otázek 4, 5, 6

Na základě rozhovorů s metodiky prevence ze všech tří plzeňských škol si zde uvedeme jednotlivé otázky, které byly kladeny v rámci rozhovoru a následné odpovědi jednotlivých metodiků prevence. Tyto odpovědi zanalyzujeme a okomentujeme jejich přínos pro náš výzkum. Získaná data jsou zpřehledněna a rozčleněna na jednotlivé otázky a k nim přiřazené odpovědi respondentů. Každá otázka je doplněna slovním komentářem výzkumníka.

Školní metodici prevence, kteří se zúčastnili výzkumného šetření, jsou označeni jako metodik č. 1, metodik č. 2 a metodik č. 3 a korespondují tak s označením škol 1, 2, 3 ve smyslu, že metodik č. 1 pochází ze školy č. 1 apod. V důsledku zajištění anonymity jsou bližší údaje o jednotlivých dotazovaných omezeny.

Otázka č. 1 - Ze kterých dokumentů vycházíte při tvorbě a realizaci MPP?

Odpověď:

Metodik č. 1- Při tvorbě a realizaci MPP vycházíme z obecných dokumentů vydaných MŠMT a z vlastních zkušeností a poznatků.

Metodik č. 2- K tvorbě a realizaci MPP využíváme metodické doporučení pro prevenci rizikového chování vydané MŠMT.

Metodik č. 3- K tvorbě a realizaci přistupujeme z hlediska praktických zkušeností a navazujeme na strategie a zákony vydané MŠMT

Komentář výzkumníka:

Odpovědi na první otázku hodnotíme velice kladně, všichni metodici odpověděli pohotově a dozvěděli jsme se, že při tvorbě MPP vycházejí z jasně stanovených dokumentů MŠMT. Mezi základní dokumenty, ze kterých vychází preventivní činnost škol, jsou: „Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí a mládeže, „Strategie prevence rizikových projevů chování u dětí a mládeže v působnosti resortu školství, mládeže a tělovýchovy a eventuálně ještě „Bílá kniha - národní program rozvoje vzdělávání v České republice“. Tyto konkrétní dokumenty jsme se dozvěděli od metodika č. 2, ostatní metodici nebyli schopni hned vyjmenovat dokumenty, se kterými pracují a měli by s nimi přicházet každodenně do styku.

Otázka č. 2 - Je prevence PPP jmenovitě zakomponována do MPP?

Odpověď:

Metodik č. 1- Ano, prevenci PPP je v MPP věnován speciální úsek a je zde zakomponovaná v souvislosti podpory zdravého životního stylu a vytváření kladných postojů žáků ke svému tělu.

Metodik č. 2- Ano, téma PPP je zde zakomponováno v souvislosti předcházení rizikovým jevům v chování žáků.

Metodik č. 3- Ne, v MPP_ naší školy není jmenovitě zakomponována problematika PPP, náš program je zaměřený především na prevenci proti šikaně. Tomuto tématu se věnuje koncept školy s názvem Zdravá škola.

Komentář výzkumníka:

Metodici pohotově reagovali na tuto otázku a vyjádřili se k zakomponování PPP do MPP. Metodici č. 1 a 2 odpověděli kladně a konkrétně objasnili, jakým způsobem je téma PPP zařazeno do MPP. Metodik č. 3 odpověděl negativně z důvodu, že tato problematika v MPP zakomponována není. Škola se jí věnuje jiným způsobem.

Otázka č. 3 - Kdo se podílí na tvorbě MPP na Vaší škole?

Odpověď:

Metodik č. 1- Na tvorbě MPP se podílím zejména já, ve spolupráci s výchovným poradcem, ředitelem i ostatními učiteli.

Metodik č. 2 – MPP sestavuji samostatně s použitím odborných materiálů.

Metodik č. 3 – V některých případech se radím s výchovným poradcem či kontaktuji odborná centra, jinak program vypracovávám samostatně.

Komentář výzkumníka:

Z odpovědí je zřejmé, že na vytváření MPP se podílejí zejména sami metodici, v případě metodika č. 1 a 3 jsou ke spolupráci přizváni i ostatní kolegové, zejména výchovný poradce a ostatní učitelé. Každá škola by měla mít sestavený tzv. preventivní tým, který se podílí na sestavě MPP. Tento tým většinou tvoří sami metodici prevence, výchovný poradce, školní psycholog, ostatní učitelé a v neposlední řadě také ředitel, který zastává kontrolní a hodnotící funkci. V případě metodika č. 1 byli tito členové částečně zmíněni, z odpovědi metodika č. 2 jsme se dozvěděli, že převážně on sám vypracovává MPP, přesto předpokládáme alespoň spolupráci s ředitelem školy, který odpovídá za tento dokument. U metodika č. 3 jsme zaznamenali také spíše individualistický přístup, až v případě nejasností se radí s ostatními. Nejkladněji zde hodnotíme přístup metodika č. 1 a jeho spolupráci při tvorbě s dalšími pedagogickými pracovníky.

Otázka č. 4 - Setkali jste se v poslední době s konkrétním případem PPP na vaší škole a jak byl tento případ řešen?

Metodik č. 1- Ano, v nedávné době jsme zaznamenali případ, kdy žákyně sedmé třídy naší školy začala trpět mentální anorexií. Případ byl aktuálně řešen s rodiči postižené, třídním učitelem, výchovným poradcem a odborným centrem, na které jsme se obrátili s prosbou o včasnou intervenci.

Metodik č. 2- Na škole byly zaznamenány hned dva případy PPP, konkrétně jedna žákyně osmé třídy trpěla onemocněním mentální anorexie a u jedné žačky ze sedmé třídy se projevovaly znaky mentální bulimie. Oba případy jsme vyšetřovali nezávisle na sobě. Okamžitě byli kontaktováni rodiče postižených i ostatní rodiče s preventivním upozorněním v podobě varovného dopisu zaslaného elektronickou poštou, který mimo jiné obsahoval kontakty na instituce, kam se obrátit v případě podezření na toto onemocnění. Také ve třídách, kde se vyskytovali žáci s onemocněním, proběhla neplánovaná přednáška vedená mnou (metodik prevence) a třídním učitelem.

Metodik č. 3- Nevzpomínám si, že by se na naší škole konkrétně vyskytl nějaký případ PPP. Toto téma jsme v praxi nikdy neřešili.

Komentář výzkumníka

Z odpovědí metodika č. 1 a 2 je zřejmé, že se s tímto konkrétním případem setkali. Uvedli nám řešení i postup, kterým na vzniklou situaci reagovali. Metodik č. 1 správně zareagoval, a to kontaktováním rodičů postižené a odborného centra, které požádal o spolupráci. Tento postup hodnotíme jako správný na základě vyhlášky o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních. Zde je uvedeno, že součástí koordinační činnosti školního metodika prevence je kontaktování odpovídajícího odborného pracoviště v případě akutního výskytu rizikového chování.

Metodik č. 2 reagoval obeznámením rodičů a aktuální neplánovanou intervencí, což hodnotíme kladně z hlediska pohotovosti reakce. V dopisech pro rodiče uvedl kontakt na centra, kam se mohou rodiče obrátit, a poskytl svou pomoc. Chybí nám zde ale nahlášení problému odbornému centru samotnou školou. Metodik č. 3 se vyjádřil k této problematice, že škola se v nedávné době nesešla s žádným konkrétním případem PPP, proto na něj nemohla ani adekvátně reagovat.

Otázka č. 5 - Je dle vašeho názoru prevence PPP ve Vašem MPP dostačující?

Odpověď:

Metodik č. 1 - Dostačující dle mého názoru je. Škola má ucelený MPP, ve kterém je zakomponovaná mimo jiné také problematika PPP. Tomuto tématu je věnována beseda s odborníky a téma se prolíná i mnoha předměty jako je výchova ke zdraví, přírodopis, ale i třeba zeměpis a pracovní činnosti. Tato tematika prochází tak všemi ročníky a tvoří tak ucelený pohled na tuto problematiku.

Metodik č. 2 - V podstatě ano. V MPP se věnujeme postupně různým druhům rizikového chování a je zde zahrnuta i beseda s odborníky na toto téma.

Metodik č. 3 – MPP je specializován především na prevenci šikany z důvodu zaznamenání častého výskytu tohoto nebezpečného chování na naší škole. S PPP jsme se doposud nijak konkrétně nesetkali, proto nemáme důvod na něj konkrétně cílit naši prevenci.

Komentář výzkumníka

Jednotliví metodici se shodují na tom, že v MPP je problematika začleněna dostačujícím způsobem a pokud tam není, jako u metodika č. 3, je to pádně odůvodněno. U metodika č. 1 nacházíme sdělení o způsobu začlenění prevence do MPP dvěma způsoby a to implementací tématu do osnov výuky a prevencí v rámci volnočasových aktivit a odborných besed na dané téma. Toto začlenění v MPP hodnotíme jako nejefektivnější. Metodik č. 2 zahrnuje toto téma mezi ostatní témata vztahující se k rizikovým formám chování. A metodik č. 3 zdůvodnil, proč toto téma nezařazuje do MPP.

Otázka č. 6 – Je možné prevenci PPP v rámci MPP zlepšit a jakým způsobem?

Odpověď:

Metodik č. 1 – Vždy jde něco zlepšit, ale momentálně si myslím, že je této problematice věnované dostatečné místo v MPP a v dohledné době neplánuji změnu ohledně bližšího začlenění PPP do MPP.

Metodik č. 2 – Zlepšení vidím především ve finančních prostředcích poskytnutých školám. Besedy s odborníky jsou většinou placené a škola si nemůže dovést zvyšovat své výdaje. Pokud by se tato skutečnost změnila, rád zařadím do MPP více takových aktivit.

Metodik č. 3 – Prevencí PPP se věnuje koncept zdravé školy, proto začlenění této problematiky do MPP není dle mého názoru nutné ani aktuální.

Komentář výzkumníka

Při zodpovězení poslední otázky se zde objevil fakt, že metodici nemají tendence ani zájem měnit jejich dosavadní zaběhnuté MPP a nechtějí více prohlubovat začlenění problematiky do PPP. Důvody jsou různé. Jedním z důvodů jsou nedostatečné finanční prostředky školy, které zmínil metodik č. 2. Dalším důvodem je představa o kompletnosti dosavadního začlenění PPP do MPP zmíněná metodikem č. 1. Tento způsob prevence v podobě soustavnosti a dlouhodobosti preventivních aktivit je považován za nejefektivnější metodou edukace v oblasti primární prevence PPP. Metodik č. 3 vůbec nezařazuje téma do MPP a ani o tom neuvažuje

5.2.1 Výzkumná otázka č. 4

Setkala se někdy škola konkrétně s případem poruchy příjmu potravy, a jak byl tento problém řešen z pohledu školního metodika prevence, a zda byly tyto postupy v souladu s uvedenými informacemi v MPP?

Škola 1

Na první škole byl při rozhovoru s metodikem prevence uveden konkrétní případ z poslední doby, kdy se škola opravdu setkala s PPP, a to konkrétně s dívkou trpící mentální anorexií. Tato žákyně navštěvovala sedmý ročník patřičné školy. Problému se ujal sám metodik a spolu s třídním učitelem a výchovným poradcem kontaktovali rodiče postižené dívky. Dále došlo také ke kontaktu s pedagogicko-psychologickou poradnou a rodiče obdrželi kontakt na odborníka, na kterého se mohou obrátit, a s kterým mohou dále spolupracovat.

Tento postup byl v souladu s MPP téže školy. Kladně zde hodnotíme především okamžité zareagování metodika prevence a jeho spolupráci s ostatními pedagogy, rodiči i odborníky.

Škola 2

Metodik prevence této školy nám také uvedl hned několik případů PPP, které za poslední dobu zaznamenal ve své škole. Konkrétně to byl případ mentální anorexie a mentální bulimie u dívek sedmé a osmé třídy. Na podezření o tomto onemocnění u dívek zareagoval metodik velice pohotově a téměř okamžitě. Kontaktoval rodiče postižených dívek, ale i ostatní rodiče formou preventivního dopisu zaslaného všem rodičům elektronickou poštou. Byly zde vyjmenovány varovné signály projevů tohoto onemocnění i kontakt na odborníky, kteří se touto problematikou zabývají. Dále proběhla na škole neplánovaná přednáška na toto téma aplikovaná do tříd, kde se tento problém objevil. Tuto reakci hodnotíme velice kladně, chybí nám zde ale přímý kontakt školy se speciálním centrem, se kterým by se měla škola okamžitě spojit při podezření na toto onemocnění.

Škola 3

Při rozhovoru s metodikem prevence této školy nám bylo sděleno, že škola se v nedávné době nesečkala s žádným případem tohoto onemocnění. Na škole se větší míře vyskytují jiné formy rizikového chování, na které se zaměřuje aktuální prevence.

Shrnutí

Ve výzkumném šetření za pomoci metody kvalitativního dotazování jsme došli k závěrům, že na škole 1 a 2 se v poslední době vyskytl problém s onemocněním PPP. Na škole č. 2 dokonce několik takovýchto případů. Škola č. 3 se s tímto problémem na škole nesečkala. Oba metodici, jak metodik č. 1, tak metodik č. 2 nám popsali svůj postup jednání v této situaci. První postup byl téměř ukázkový a plně se shodoval s postupem, který má škola popsáný v MPP. U druhé školy postrádáme propojení školy s odborníky a jejich kontaktování, avšak kladně hodnotíme zejména okamžité zareagování metodika prevence na tuto problematiku. Oba tyto metodici se aktivně podíleli na řešení této rizikové formy chování.

5.2.2 Výzkumná otázka č. 5

Je dle metodiků prevence v MPP dostatečně zahrnuté téma PPP a v čem by se mohla zlepšit tato prevence?

Škola 1

V MPP první školy je dle metodika prevence č. 1 téma PPP dostatečně začleněno. MPP zde zmiňuje i integraci tématu do ostatních předmětů jako je nejen výchova ke zdraví, ale i přírodopis, zeměpis nebo pracovní činnosti. Téma probírané ve výuce jednotlivých předmětů je ještě doplněno besedou vedenou odborníky. Metodik prevence se tedy domnívá, že takto začleněná prevence je dostačující, a nemusí se na ní aktuálně nic zlepšovat.

Škola 2

Dle metodika prevence je v MPP toto téma začleněno a to podle jeho slov stačí. Škola nemá dostatek finančních prostředků, aby rozšiřovala prevenci v tomto směru. Kdyby škola získala více financí věnovaných této problematice, začlenil by metodik prevence více besed a programů pro žáky s touto problematikou. Zlepšení by viděl v komplexnějším pojetí této problematiky do různých ročníků.

Škola 3

Škola má dle slov metodika prevence této školy ucelený systém prevence zabývající se touto problematikou, ne však zařazenou do MPP. Preventivní program školy se ubírá jiným směrem a je zaměřen na řešení aktuálních problémů, se kterými se škola setkává.

Shrnutí

Tato otázka byla zodpovídána zejména na základě výpovědi jednotlivých metodiků prevence na školách spolu s informacemi získanými analýzou MPP. Tvrzení i činnosti metodika prevence č. 1 hodnotíme nejkladněji. Tato škola má vyvinutý systém prevence této problematiky, zdaleka však není dostačující z hlediska nárůstu počtu onemocněných za poslední dobu. I přes tvrzení metodika č. 1, že není třeba nic zlepšovat, se domníváme, že systém prevence zaměřený na tuto problematiku by se měl postupně prohlubovat a

zaměřovat i do nižších ročníků, kde toto onemocnění může také vznikat. Slova metodika č. 2 už tak kladně nehodnotíme. V rámci prevence, která je zařazena do MPP je prevence velice nedostačující, aplikovaná pouze v jednom ročníku školy a rozhodně by se měla rozšiřovat a prohlubovat za pomoci právě metodika prevence. Z vyjádření o nedostatečnosti finančních prostředků nejsme nadšeni. Myslíme si, že škola se na prevenci PPP může zaměřit i jinou cestou, než drahými placenými besedami. Postoj metodika č. 3 nemůžeme blíže hodnotit, protože on sám, ani MPP této školy se naší problematikou nezabývají. Postoj metodika č. 3 nám ale přijde příliš odmítavý vůči novým nápadům a možnostem prevence.

5.2.3 Výzkumná otázka č. 6

Shodují se výpovědi metodiků prevence s informacemi, které byly získány na základě analýzy školních kurikulárních dokumentů?

Škola 1

Na této škole byla nalezena shoda mezi výpovědí metodika prevence a analýzou náležitého MPP. Tato shoda se projevuje jak z hlediska tvorby MPP, tak naplňování jejich cílů i řešení krizových situací. Za pomoci rozhovoru s metodiky jsme si ověřili informace získané analýzou MPP.

Škola 2

Tato škola obsahuje drobné odlišnosti mezi výpovědí metodika a vlastním MPP. Jedná se zejména o nejasnosti ohledně tvorby MPP, kdy se metodik dle jeho slov neobrací při tvorbě programu na všechny osoby jmenované v MPP. Může se jednat ale jen o pouhé nedostatečné vysvětlení a rozpomenutí. Při reakci na konkrétní případ metodik nenahlásil případ dané instituci, avšak adekvátně reagoval ve spolupráci s rodiči i postiženými žáky podle souladu s MPP.

Škola 3

Ano, tato shoda je naprosto totožná, bohužel v trochu negativním smyslu. Na základě analýzy MPP jsme zde nenašli zařazení problematiky PPP. Pozornost je zde věnována

zcela jinému tématu. To potvrdil i metodik prevence č. 3. Dle jeho slov se v MPP tímto problémem nezabývá z důvodu neaktuálnosti problému na dané škole. Uvádí však, že tato problematika je zakomponována v jiném dokumentu školy v souladu s konceptem školy podporující zdraví, kterým se naše analýza blíže nezabývá.

Shrnutí

Dle srovnání výpovědí jednotlivých metodiků prevence a důkladné analýzy školního kurikulárního dokumentu MPP jsme našli většinové shody z hlediska zaměření na prevenci PPP. V některých bodech se objevují drobné nejasnosti a nepřesnosti převážně na straně výpovědí metodiků, ale tyto nejasnosti nebyly dále analyzovány a hloubkově zkoumány. V celkovém zhodnocení výpovědi spíše odpovídají informacím, obsaženým v MPP všech třech škol.

5.3 Shrnutí naplnění cílů výzkumu

Ve výzkumné části byly kladeny jednotlivé cíle, které jsme se pomocí kvalitativního výzkumu pokusili naplnit. Cílem výzkumu bylo zmapovat zakomponování problematiky PPP do školních kurikulárních dokumentů. Tento cíl se podařilo naplnit pomocí obsahové analýzy těchto dokumentů. Zjistili jsme, že u všech tří škol je tato problematika zařazena do ŠVP každé školy, a to různými způsoby. U školy 1 je toto téma převážně vyučováno v devátém ročníku v hodinách předmětu výchova ke zdraví. Je ale dále začleněno i do ostatních předmětů, jako je přírodopis, pracovní činnosti a zeměpis. Je tím docíleno, že se žáci s tímto tématem setkávají v každém ročníku druhého stupně základní školy. U školy 2 je téma PPP vyučováno v předmětu člověk a zdraví a je zde zmíněno v souvislosti s výukou přírodopisu v tématu o trávicí soustavě. Škola 3 zařazuje toto téma do výuky samostatného předmětu výchova ke zdraví, a to do šestých ročníků, kde je působení primární prevence v tomto směru nejefektivnější.

Dalším cílem bylo zjistit, do jaké míry se preventivní programy škol zabývají právě problematikou PPP. Z výzkumu bylo zjištěno, že škola 1 a 2 má ve svém MPP zakomponované toto téma a řádně zpracovanou prevenci vůči tomuto jevu. U školy 3 absolutně chybí toto téma v MPP a tento dokument se jím vůbec nezabývá.

Jako další cíl bylo zvoleno porovnání jednotlivých kurikulárních dokumentů a jejich společné a odlišné znaky ve vztahu k PPP a specifickému zaměření jednotlivých škol. Byly zjištěny nepatrné rozdíly mezi školami, zjistili jsme například, že škola 1 zařazuje v rámci prevence mnoho sportovních aktivit, při kterých se utužují vztahy. Prevence se zde lépe aplikuje. Tvořivá škola 2 nemá v rámci svého zaměření žádná specifika týkající se tématu PPP. A škola 3 tyto specifika má, ale v konceptu Zdravá škola, který dále nebyl podrobně zkoumán.

Posledním cílem bylo ověření dosažených informací v praxi školy, a to prostřednictvím rozhovorů s jednotlivými metodiky prevence. Tyto rozhovory byly vyhodnoceny jako shodné s informacemi získanými analýzou dokumentů. Dozvěděli jsme se spoustu nových doplňujících poznatků, které tvoří ucelený pohled na danou problematiku v prostředí škol. Byly nám popsány konkrétní případy PPP řešené na školách, postup řešení i systém opatření zakomponovaných v MPP.

5.4 Diskuze a doporučení

Na tomto místě bychom se měli zamyslet nad celou problematikou PPP zařazenou ve školních kurikulárních dokumentech. Tyto dokumenty vymezují rozsah výuky v jednotlivých ročnících i předmětech. Otázkou zůstává, do jaké míry je toto začlenění v předmětech dostatečné a v jakých ročnících by vlastně mělo být téma PPP vyučováno. Dle teoretických poznatků této práce jsme si klasifikovali nejohroženější skupinu, a to žáky v pubescentním a adolescentním věku. Jsou to žáci, kteří navštěvují druhý stupeň základní školy. Podle tohoto východiska by ideální prevence, která souvisí s výukou PPP, měla být realizována od co nejnižšího věku a nejlépe ve všech ročnících druhého stupně. Témata, která se týkají PPP, by na sebe měla plynule navazovat a vzájemně se doplňovat. K zamyšlení je zde i fakt, jestli zařadit toto téma do ŠVP i v nižších ročnících. Vzhledem ke snižujícímu se věku žáků trpících PPP, by toto téma bylo vhodné k celkovému výzkumu a následné diskuzi. My ale zůstaneme u druhého stupně základní školy, kde je ideální buď navázat na témata z prvního ročníku a najít v nich souvislosti, které bychom mohli propojit s tématem PPP, nebo začít s výukou tohoto tématu hned v šestých ročnících.

Diskutabilní také zůstává myšlenka, do jaké míry je informovanost o této problematice v souladu s prevencí. Mohly by se vyskytnout názory, že bližším rozebíráním

tohoto tématu nabízíme žákům jakýsi návod na to, jak být štíhlý a jak tohoto cíle dosáhnout. V dnešní době ale preferujeme otevřenost a komunikaci, zvláště o tématech takto diskutabilních. Žáci by si sami měli udělat představu o tom, co je a co není škodlivé a úkolem prevence je tyto představy směřovat tam, kde nalézáme jejich těžiště.

Jako konkrétní návrhy a doporučení si zde zmíníme několik poznatků, ke kterým jsme došli při bližším seznámení s touto tematikou. Do ŠVP je vhodné zakomponovat konkrétní výstupy z tématu PPP, ne pouze zmínku, že toto téma v hodinách existuje. ŠVP by měl být návodem pro učitele, do jaké míry téma zpracovávat. Pro tento případ navrhujeme několik výstupů, které by mohly být uváděny v ŠVP:

- Žák vysvětlí, co jsou to poruchy příjmu potravy.
- Žák vyjmenuje základní druhy poruch příjmu potravy.
- Žák dokáže formulovat, jakým způsobem lze ve svém okolí rozpoznat osobu, trpící poruchami příjmu potravy.
- Žák rozvíjí schopnost vnímat sebe sama jako dokonalou bytost.
- Žák chápe klamavost médií ve vztahu k ideálu krásy.
- Žák chápe následky a závažnost poruch příjmu potravy.
- Žák se řídí zásadami prevence těchto patologických jevů.
- Žák ví, na koho se obrátit v případě potřeby pro sebe nebo své okolí.

Dále bychom doporučili začlenění tématu v mezipředmětových vztazích. Téma PPP by se mohlo objevit v ŠVP i v jiných předmětech, než v předmětu primárně určenému k výuce těchto témat. Konkrétně se toto téma dá propojit téměř se všemi předměty a v ŠVP by se toto propojení mělo rozhodně objevit. Zmíníme zde předměty a jednotlivé návrhy pro výuku zařazenou v ŠVP:

- výchova ke zdraví – didaktické hry a aktivity na toto téma
- přírodopis - téma trávicí soustava
- pracovní činnosti – vaření, zdravá výživa
- chemie - nauka o složkách potravy jako jsou bílkoviny, sacharidy, tuky
- český jazyk - slohové práce na toto téma jako například úvaha nad dnešním ideálem krásy
- matematika – výpočet BMI

- výpočetní technika - vyhledávání informací a obrázků k této tématice na internetu
- výtvarná výchova – kresba plakátu, například pozvánka na školní besedu na téma poruchy příjmu potravy
- dějepis – vývoj ideálu krásy od středověku dodnes, slavné osobnosti trpící mentální anorexií
- zeměpis – rozvojové země a problematika poruch příjmu potravy

Také v preventivních programech škol by se prevence měla více soustředit na PPP, obzvláště na školách, kde se s takovými případy již setkali. Obáváme se, že jedna beseda v celém školním roce pro vybraný ročník v rámci prevence nestačí. Volili bychom soustavný projekt, který se bude realizovat v každém školním roce a budou do něj zapojeni žáci všech ročníků druhého stupně, případně i mladší žáci, dále učitelé i rodiče. Takový projekt by měl být složen z několika dvouhodinových bloků, jejichž náplní budou přednášky, besedy a aktivity pro žáky i rodiče. Výstupy projektu by byly pak prezentovány v projektovém dnu školy. Výstupy by obsahovaly výstavy prací žáků, jako jsou plakáty, nástěnky, prezentace a výstavy fotografií. Tento projekt by mohl být začleněn do preventivního programu školy a realizován metodiky prevence spolu s ostatními pedagogy a odborníky zabývajícími se touto problematikou.

Toto téma je v dnešní době natolik aktuální, že by celkově do školních kurikulárních dokumentů mělo být zahrnuto více podrobností o PPP, které by mělo být komplexně provázané s ostatním učivem. Je důležité žákům poskytovat objektivní informace, týkající se ohrožení zdraví v důsledku PPP. Zejména je vhodné u žáků rozvíjet jejich sebedůvěru a sociální dovednosti, které jim budou pomáhat ve zvládnutí problémů vlastního dospívání bez ohrožení poruchami příjmu potravy.

Závěr

S nárůstem mediálního vlivu na mladou generaci, zejména na dospívající jedince, je vyvíjen čím dál tím větší tlak z okolí. Tito mladí lidé jsou zahlceni módními novinkami o hubnutí, zdravé stravě, je jim vštěpována obrana proti obezitě. Nikdo si ale neuvědomuje, co v těchto mladých zrajících lidech, kteří si právě dotvářejí svoji osobnost, probouzí za pocity. Tito jedinci se chtějí líbit, chtějí být úspěšní a obdivovaní, nebo si jen přejí zapadnout mezi své vrstevníky. Tyto mladistvé, zejména v kritickém období nastupující puberty, ve své touze po dokonalosti, ohrožuje právě riziko vzniku poruch příjmu potravy.

Snahou této práce bylo seznámit se s celým spektrem PPP, charakterizovat období dospívání, které je vzhledem ke vzniku onemocnění vyhodnoceno jako nejkritičtější a zaměřit se na začlenění tematiky do školních dokumentů a konkrétněji do oboru výchova ke zdraví.

Jako budoucí pedagog jsem se pokusila nahlédnout do obsahu výuky, která v sobě nese toto téma prostřednictvím školních kurikulárních dokumentů. Byly zde analyzovány a porovnávány dokumenty tří škol, a to konkrétně školní vzdělávací program a minimální preventivní program každé školy. Pomocí analýzy jednotlivých dokumentů a osobních rozhovorů s metodiky prevence jsem se snažila naplnit cíle práce a zodpovědět jednotlivé výzkumné otázky.

Výsledkem mého výzkumu byla zjištěná fakta, jak jednotlivé školy začleňují téma PPP do svých kurikulárních dokumentů. Podrobná analýza těchto dokumentů odhalila mnohé nedostatky v prevenci i včasné informovanosti žáků o této problematice. Značná je také různorodost v přístupu jednotlivých škol k prevenci PPP.

Na závěr celé práce byly formulovány návrhy a doporučení, jakým způsobem v praxi začlenit téma PPP do školních kurikulárních dokumentů. Doufám, že na základě této práce a zoufale stoupajícímu počtu případů žáků, trpících poruchami příjmu potravy na základních školách, se zvýší opatření prevence a tomuto tématu bude věnována větší pozornost, která se odrazí v podkladech pro výuku, jako jsou právě školní kurikulární dokumenty.

Resumé

Tato diplomová práce je zaměřena na problematiku poruch příjmu potravy a její začlenění do školních kurikulárních dokumentů. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části je popsáno celé spektrum těchto poruch, které čtenářům vytváří komplexní představu o celé problematice. Čtenáři jsou zde seznámeni se základními pojmy, týkajícími se poruch příjmu potravy. Pozornost je věnována také aspektům vzniku tohoto onemocnění se zaměřením na rizikové období adolescence, ve kterém se tyto poruchy objevují nejčastěji. Důraz je zde kladen na systém prevence a jeho začlenění do vzdělávacího oboru výchova ke zdraví. Součástí praktické části je kvalitativní výzkum, který se skládá z obsahové analýzy školních kurikulárních dokumentů ve vztahu k problematice poruch příjmu potravy a vyhodnocení rozhovorů se školními metodiky prevence. Tento výzkum má za úkol zjistit, do jaké míry a jakým způsobem je téma poruchy příjmu potravy zařazeno ve školních kurikulárních dokumentech. Na základě vyhodnocení výsledků výzkumu byla sepsána praktická doporučení. Práce by měla obohatit povědomí o této problematice a zároveň sloužit k zamyšlení, zda je toto téma dostatečně začleněno ve školním kurikulu.

Resumé

This thesis focuses on issue of eating disorders and their integration into the school curriculum documents. The thesis is divided into theoretical and practical parts. The theoretical part describes the whole spectrum of disorders and readers create to themselves a comprehensive idea of the whole issue. Readers are introduced to the basic concepts related to eating disorders. Attention is also paid to aspects of the disease origin, with a focus on risk period of adolescence in which these disorders occur most frequently. The emphasis is put on prevention system and its integration into the educational section of Health Education. The practical part contains qualitative research, which consists of a content analysis of documents of school curricula in relation to the issue of eating disorders and evaluation of discussions with the school's methodists of prevention. This research aims to determine the degree and manner of subsumption of the topic of eating disorders into the school curricula. Based on the evaluation results of the research, practical recommendations were drawn up. The thesis should enhance awareness of the issue and also serve to ponder whether this topic is sufficiently incorporated in the school curriculum.

Seznam literatury

- CLAUDE- PIERRE, Peggy. *Tajná řeč a problémy poruch příjmu potravy*. Praha: Pragma, 2001. ISBN 80-7205-818-5.
- CROOKOVÁ, Marion. *V zajetí image těla*. Oldag, 1995. ISBN 80-85954-02-8.
- DVOŘÁKOVÁ, Petra. *Já jsem hlad*. Brno: Host-vydavatelství, 2009. ISBN 978-80-7294-318-0.
- FALTUS, František. *Anorexia mentalis*. Praha: Avicenum, 1979. ISBN 08-030-79.
- FRAŇKOVÁ Slávka, PAŘÍZKOVÁ Jana, MALICHOVÁ Eva. *Jídlo v životě dítěte a adolescenta*. Praha: Karolinum, 2013. ISBN 978-80-246-2247-7.
- FRAŇKOVÁ Slávka, ODEHNAL Jiří, PAŘÍZKOVÁ Jana. *Výživa a vývoj osobnosti dítěte*. Praha: HZ Editio spol. s.r.o., 2000. ISBN 80-86009-32-7.
- HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum*. Praha: portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.
- HORT V., HRDLÍČKA M., KOCOURKOVÁ J., MALÁ E. a kol. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-472-9.
- HŘÍCHOVÁ Miloslava, NOVOTNÁ Lenka, MIŇHOVÁ Jana. *Vývojová psychologie pro učitele*. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, 2000. ISBN 80-7082-626-6.
- KRCH, František David. *Mentální anorexie*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-598-9.
- KRCH, František David. *Bulimie, jak bojovat s přejídáním*. 3. Doplněné a přepracované vydání. Praha: Grada publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2130-9.
- KRCH, František David. *Poruchy příjmu potravy*. 2. vydání. Praha: Grada publishing, 2005. ISBN 80-247-0840-X.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Praha: portál, 2001. ISBN 80-7178-774-4.
- KERNOVÁ V., KOMÁREK L. a kol. *Všech pět pohromadě, výchova ke správné výživě dětí a mládeže*. Liberec: Venkovský prostor o.p.s., 2012. ISBN 978-80-903897-7-9.
- MACHOVÁ Jitka., KUBÁTOVÁ Dagmar. a kol. *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada publishing, 2009. ISBN 978-80-247-2715-8.
- MARÁDOVÁ, Eva. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007. ISBN 978-80-86991-09-2.
- MACEK, Petr. *Adolescence*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-348-X.

MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada publishing a.s., 2006. ISBN 80-247-1362-4.

MIOVSKÝ, Michal, ZAPLETALOVÁ Jana. *Cílové skupiny primárně preventivních programů. Primární prevence rizikového chování ve školství*. Praha: VFN v Praze, 2010. ISBN 978-808-7258-477.

NOVÁK, Michal. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Brno: Akademické nakladatelství Cerm, 2010. ISBN 978-80-7204-657-7.

PAPEŽOVÁ, Hana. *Anorexia nervosa*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2000. ISBN 85121-32-8.

PAPEŽOVÁ, Hana. *Spektrum poruch příjmu potravy*. Praha, Grada publishing, 2010. ISBN 978-80-247-2425-6.

ŘÍČAN Pavel, KREJČÍŘOVÁ Dana a kol. *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada Publishing, 1995. ISBN 80-7169-512-2.

Seznam internetových zdrojů:

ANABELL. Občanské sdružení Anabell. *Bigorexie*. [on-line]. 2002-2012 [cit. 2014-3-12].

Dostupné z WWW: <http://www.anabell.cz/index.php/clanky-a-vase-pribehy/poruchy-prijmu-potravy/16-ideal-krasy/207-bigorexie>

STOP ANOREXIA A BULIMIA . *Jakou trpím ppp?* [on-line]. 2014 [cit. 2014-3-13].

Dostupné z WWW: http://www.stopanorexia.estranky.cz/clanky/jakou-trpim-ppp/_slovník.html

Portál o poruchách příjmu potravy, informace a služby s odbornou garancí. *Ortorexie, bigorexie, drunkorexie*. [on-line]. 2014 [cit. 2014-4-30]. Dostupné z WWW:

<http://www.idealni.cz/clanek/ortorexie-bigorexie-drunkorexie/>

RVP- Metodický portal. *Vymezení Rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělávání v systému kurikulárních dokumentů* [on-line]. 2012 [cit. 2014-5-13]. Dostupné

z WWW: <http://digifolio.rvp.cz/view/view.php?id=6443>

MSMT. *Rámcové vzdělávací programy*. [on-line]. 2013-2014 [cit. 2014-5-20]. Dostupné

z WWW: <http://www.msmt.cz/vzdelavani/skolstvi-v-cr/skolskareforma/ramcove-vzdelavaci-programy>

Seznam použitých zkratk

MA - mentální anorexie

MB - mentální bulimie

MKN - mezinárodní klasifikace nemocí

MPP - minimální preventivní program

MŠMT - ministerstvo školství mládeže a tělovýchovy

PPP - poruchy příjmu potravy

RVP - rámcový vzdělávací program

ŠVP - školní vzdělávací program