

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH
BUDĚJOVICÍCH
PEDAGOGICKÁ FAKULTA**

KATEDRA PEDAGOGIKY A PSYCHOLOGIE

**Učitelé středních škol v interakci se studenty
s poruchami příjmu potravy**

Diplomová práce

České Budějovice 2012

Vedoucí bakalářské práce:
PhDr. Filip Abramčuk, Ph.D.

Vypracovala:
Miluše Procházková

Prohlášení

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

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

V Českých Budějovicích, dne 25. dubna 2011

.....
Miluše Procházková

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat vedoucímu své diplomové práce PhDr. Filipu Abramčukovi za odborné vedení mé kvalifikační práce. Dále bych ráda poděkovala všem respondentům jak z řad učitelů, tak z řad dívek studentek, kteří se mnou ochotně spolupracovali.

Anotace

Cílem práce je teoreticky a empiricky zmapovat interakci učitelů středních škol se studentkami s poruchami příjmu potravy.

Teoretická část bude obsahovat vymezení a popis klíčových pojmů a poznatků z oblasti poruch příjmu potravy a psychologie komunikace.

Empirická část bude zaměřena na popis a porozumění interakcím učitel - student s poruchou příjmu potravy. Výzkum bude proveden pomocí kvalitativní metodologie (s důrazem na hloubkové rozhovory a popř. pozorování). Získaná data budou adekvátně analyzována a interpretována kvalitativním způsobem.

Klíčová slova

poruchy příjmu potravy, škola, učitel, komunikace, interakce

Abstract

The aim of the work is theoretically and empirically to map the interaction of teachers of high schools with students with eating disorders.

The theoretical part will contain the definition and description of key concepts and knowledge in the field of eating disorders and the psychology of communication.

Empirical part will be focused on the description and understanding of the interactions of the teacher-student intake with a failure. The research will be carried out using qualitative methodology (with an emphasis on in-depth interviews and observations). Obtained data will be adequately analyzed and interpreted to the qualitative manner.

Key words

eating disorders, school, teacher, communication, interaction

Obsah:

I. Úvod	- 7 -
II. Teoretická část.....	- 9 -
1. Poruchy příjmu potravy	- 9 -
1. 1 Klasifikace poruch příjmu potravy	- 9 -
1. 2 Mentální anorexie (F 50.0)	- 9 -
1. 3 Mentální bulimie (F 50.2).....	- 11 -
1. 4 Jiné poruchy příjmu potravy (F50. 8)	- 13 -
1.5 Epidemiologie poruch příjmu potravy	- 16 -
1. 5 Etiologie poruch příjmu potravy	- 18 -
1. 6 Důsledky poruch příjmu potravy	- 23 -
2. Prevence poruch příjmu potravy	- 26 -
2.1 Primární prevence	- 26 -
2.2 Sekundární prevence	- 27 -
2.3 Terciární prevence	- 28 -
3. Poruchy příjmu potravy a škola	- 29 -
3.1 Informovanost pedagogických pracovníků.....	- 29 -
3.2 Učitel a primární prevence.....	- 30 -
3.3 Učitel jako pozorovatel.....	- 31 -
3.4 Učitel jako zúčastněný	- 31 -
3.5 Možnosti komunikace	- 35 -
3.6 Postoje učitelů.....	- 38 -
III. Výzkumná část.....	- 41 -
1. Metodologický rámec výzkumu	- 41 -
1.1 Cíle výzkumu a výzkumné otázky.....	- 41 -
1.2 Zkoumané soubory.....	- 42 -
1.3 Popis výzkumného prostředí.....	- 44 -
1.4 Etické zásady výzkumu.....	- 44 -
1.5 Aplikovaná metodika	- 44 -
2. Výsledky výzkumu	- 47 -
2.1 Výsledky prvního cíle	- 47 -
2.2 Výsledky druhého cíle	- 52 -
2.3 Výsledky třetího cíle	- 56 -

IV. Diskuze	- 58 -
V. Závěr	- 63 -
VI. Souhrn.....	- 64 -
VII. Použitá literatura.....	- 65 -
VIII. Přílohy.....	- 71 -

I. Úvod

V názvu mé diplomové práce dominuje slovní spojení poruchy příjmu potravy, jedná se tedy o klíčové téma práce. Při zpracovávání této práce šlo o to vytvořit určitý vhled do této problematiky určený například právě pedagogickým pracovníkům, kteří se své každodenní praxi mohou setkávat ať už s dívkami, ale i chlapci trpícími mentální anorexií nebo mentální bulimií.

Poruchy příjmu potravy jsou onemocněním v posledních letech velmi diskutovaným. Existuje řada úhlů pohledu na tuto problematiku. Úhel medicínský, úhel pohledu společenský a v neposlední řadě rodinný úhel pohledu. Hlavním cílem této práce je zachytit jakým způsobem může být realizována interakce. Interakci tedy chápu jako vzájemné působení dvou činitelů, v tomto případě učitelů a studentek, se zaměřením na vnější tzn. pozorovatelné projevy.

Diplomová práce je rozdělená do dvou částí. V teoretické, dá se také říci přehledové, části práce je vysvětlena klasifikace poruch příjmu potravy a diagnostická kritéria. Ve výčtu nemocí spadajících pod široký název poruch příjmu potravy není zařazena jen mentální anorexie a mentální bulimie, ačkoliv praktická část je cílena zejména na tyto dvě poruchy, ale jsou zde i další diagnózy. Je to i z toho důvodu, aby bylo zřetelné, že nemoci související s lidskou psychikou a potravou se stále diferencují a v odborných a vědeckých řadách se stále pracuje na vypracování terminologie a jednotlivých diagnostických kritérií.

Díky řadě výzkumných studií byl již dávno vyvrácen fakt, že poruchy příjmu potravy jsou pouze ženským onemocněním, toto a další možné příčiny jsem shrnula do kapitoly o etiologii poruch příjmu potravy.

V druhé kapitole jsou shrnuti druhy a možnosti prevence ve škole. Na téma primární prevence na základních a středních školách byla vytvořeno množství prací, v mé práci tedy nejde o vytvoření komplexního obrazu možností prevence poruch příjmu potravy, ale opět o představení vhledu do této oblasti. A to nejen na poli primární, ale také sekundární a terciární prevence.

Zejména třetí kapitola je věnována pedagogickým pracovníkům, a to jak základních, tak i středních škol. Pedagog je výchozím činitelem v oblasti výchovy a vzdělávání a spoluvytváří společně s ostatními učiteli a také s žáky vhodné klima nejen pro vznik vědomostí, schopností a rozvoj dovedností, ale také pro rozvoj sebevědomí a sociálních dovedností žáků. Učitel je zde vyobrazen ve třech rolích, které může

zastávat v souvislosti s výskytem některé z poruch příjmu potravy ve škole, a to učitel a možnosti prevence, učitel jako pozorovatel a učitel jako zúčastněný. Jedním z východisek této kapitoly byla některá témata z oboru poradenské psychologie.

Ve výzkumné, jinak také aplikační, části byla využita kvalitativní metodologie. A to z toho důvodu, aby bylo možné pokusit se proniknout hlouběji do této problematiky. Jedním ze zajímavých podnětů pro psaní práce byla i má vlastní zkušenost jako mladé začínající učitelky na střední škole.

V praktické části jsou tedy nejprve stanoveny výzkumné cíle a otázky, dále popsán výzkumný vzorek, výzkumné prostředí a dále výsledky celého výzkumu realizovaného na výzkumném vzorku učitelů středních škol a studentek trpícími poruchami příjmu potravy při studiu na střední škole.

II. Teoretická část

1. Poruchy příjmu potravy

1. 1 Klasifikace poruch příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy představují duševní onemocnění, která mají multifaktoriální příčiny. Vzhledem k tomu, že nejintenzivnější výskyt těchto poruch zaznamenáváme v posledních 50. letech, řadí někteří autoři poruchy příjmu potravy mezi civilizační choroby.¹

Při vymezení poruch příjmu potravy je nutné pracovat s 10. revizí Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10), ve které jsou duševní poruchy zařazeny do oddílu F. MKN-10 pracuje s pojmem poruchy příjmu potravy a dále jej rozděluje na dílčí pojmy: mentální anorexie a mentální bulimie. Devátá verze pracovala pouze s termínem a diagnózou mentální anorexie (Hort et al, 2008, s. 263).

Diagnostický a statistický manuál DSM-IV používaný v USA také rozlišuje pojem mentální anorexie a mentální bulimie.

V současné době není třídění duševních poruch založeno na původu onemocnění (etiologii), nýbrž na pozorovatelných projevech (symptomech).

1. 2 Mentální anorexie (F 50.0)

MKN-10 charakterizuje mentální anorexii jako poruchu, při které pacient úmyslně snižuje svou hmotnost. Tato porucha je provázena strachem ze ztloustnutí a zkresleným vnímáním vlastního těla. Primárně pacient prodělává změny psychické, sekundárně se objevují somatické potíže (endokrinní a metabolické změny a poruchy tělesných funkcí) vyplývající z malnutrice.²

¹ Civilizačními nemocemi rozumíme nemoci, jejichž vznik a rozvoj je podmíněn nebo výrazně ovlivněn civilizací, způsobem života, technikou, stresem, znečištěním životního prostředí apod.

Mezi tato onemocnění „moderní doby“ řadíme mj. cévní onemocnění, poruchy příjmu potravy (anorexie, bulimie) obezita, alergie atd.

Celkový výčet civilizačních chorob bude mít do budoucna progresivní tendence. (Vokurka, 2010)

² Malnutrice česky podvýživa, zejména ve smyslu špatného složení potravy, nedostatek bílkovin, vitamínu, apod. (Vokurka, 2010)

1. 2. 1 Diagnostická kritéria podle MKN-10 (F 50.0)

- A. Tělesná hmotnost je udržována nejméně 15% pod předpokládanou úrovní. Nebo má BMI hodnotu 17, 5 (kg/m²) a nižší.
- B. Snížení hmotnosti si způsobuje nemocný sám tím, že se vyhýbá jídlům, „po kterých se tloustne“, a že užívá jeden nebo několik z následujících prostředků: vyprovokované zvracení, užívání laxativ, anorektik a diuretik, nadměrné cvičení.
- C. Přetrvává strach z tloušťky a zkreslená představa o vlastním těle. Obava z tloustnutí vede jedince k stanovení si velmi nízkého hmotnostního prahu.
- D. Rozsáhlá endokrinní porucha, která se u žen projevuje jako amenorea³, u mužů jako ztráta sexuálního zájmu a potence. Zřejmou výjimkou je přetrvávání děložního krvácení u anorektických žen, které užívají náhradní hormonální léčbu.
- E. Jestliže je začátek onemocnění před pubertou, jsou projevy puberty opožděny, nebo dokonce zastaveny. Po uzdravení dochází často k normálnímu dokončení puberty, avšak menarche⁴ je opožděna (Krch et al, 2005, s. 16).

1. 2. 2 Diagnostická kritéria podle DSM-IV

- A. Odmítání udržet si vyšší tělesnou hmotnost, než je minimální úroveň pro danou věkovou skupinu a výšku, nebo nedostatečný přírůstek hmotnosti během růstu.
- B. Intenzivní strach z přibírání na váze a ze ztloustnutí, a to i v případě, že jsou pacientky velmi vyhublé.
- C. Narušené vnímání vlastního těla, nepřiměřený vliv tvaru postavy a hmotnosti na vlastní sebehodnocení nebo popírání závažnosti vlastní nízké tělesné hmotnosti.
- D. U žen absence minimálně tří za sebou následujících menstruačních cyklů, pokud není další důvod vynechání menstruace (Krch et al, 2005, s. 17).

1. 2. 3 Specifické typy mentální anorexie

Rozlišení restriktivního a bulimického typu mentální anorexie se objevuje v DSM-IV:

³Amenorea tedy vynechání menstruačního krvácení u ženy v období pohlavní zralosti a plodnosti mimo těhotenství. (Vokurka, 2010)

⁴Menarche tj. první menstruační krvácení v životě ženy. Jeden z projevů puberty, objevuje se mezi 10. a 17. rokem, v našich podmínkách obvykle okolo 12. až 13. roku. (Vokurka, 2010)

Nebulimický (restriktivní) typ. Tento druh anorexie se vyznačuje výrazným snižováním tělesné hmotnosti. Nevyskytují se zde opakované záchvaty přejídání. Často dochází k tomu, že po epizodě restriktivní přichází epizoda purgativní.

Bulimický (purgativní) typ. Během průběhu mentální anorexie dochází u pacienta k opakovaným záchvatům přejídání (Krch et al, 2005).

1. 2. 4 Atypická mentální anorexie (F 50.1)

Pro definitivní diagnózu mentální anorexie musí být přítomny všechny uvedené příznaky. Pokud chybí jeden nebo více příznaků, ale celkový klinický obraz odkazuje k mentální anorexii, jedná se o atypickou mentální anorexii (Hort et al, 2008).

MKN-10 upozorňuje na možnost chybného stanovení diagnózy, kdy pacient trpí somatickou poruchou spojenou s hubnutím, ne přímo poruchou příjmu potravy.

1. 3 Mentální bulimie (F 50.2)

Jak již bylo řečeno do Mezinárodní klasifikace nemocí, byla diagnóza mentální bulimie (F 50. 2) zařazena při její desáté revizi v roce 1992. V diagnostickém a statistickém manuálu Americké psychiatrické společnosti se mentální bulimie objevila už ve verzi DSM - III (1980) a zůstala i ve vydání DSM - IV (1994) pod kódem 307. 51 bulimia nervosa.

MKN-10 definuje mentální bulimii jako duševní poruchu, pro kterou je charakteristické, stejně jako pro mentální anorexii, přílišné zaujetí vlastním tělem, zkreslené vnímání vlastního těla a nadměrná kontrola tělesné hmotnosti. Pacienti prodělávají opakované záchvaty přejídání (binge eating) následované zvracením.

Záchvatovité přejídání je typické konzumováním nekontrolovatelného množství potravy, které je následováno stresem a výčitkami svědomí (Hartl, Hartlová, 2010, s. 455).

Jedním z diagnostických kritérií mentální bulimie je opakované přejídání (viz níže), ale jak uvádí Krch (2000, s. 21), přejedení je samo o sobě relativním pojmem. Každý člověk se minimálně jednou v životě přejedl. Zde je ale důležité rozlišovat mezi pocitem přejedení a skutečným přejedením typickým pro mentální bulimii. Při jedné epizodě záchvatovitého přejedení dokáže bulimická pacientka zkonzumovat potravu o energetické hodnotě 1000 - 3000 kcal.

1. 3. 1 Diagnostická kritéria podle MKN-10 (F 50. 2)

- A. Opakované epizody přejídání (nejméně dvakrát týdně po dobu 3 měsíců), při nichž je v krátkém čase konzumováno velké množství jídla.
- B. Neustálé zabývání se jídlem a silná, neodolatelná touha po jídle (žádostivost).
- C. Snaha potlačit „výkrmný“ účinek jídla jedním nebo více z následujících způsobů: vyprovokované zvracení, zneužívání projímadel, střídavá období hladovění, užívání léků typu anorektik, tyreoidálních preparátů nebo diuretik: diabetici se mohou snažit vynechávat léčbu inzulinem.
- D. Pocit přílišné tloušťky spojený s neodbytnou obavou z tloustnutí. Často je v anamnéze epizoda anorexie nebo intenzivnějšího omezování se v jídle (Krch, 2005, s. 19).

1. 3. 2 Diagnostická kritéria podle DSM-IV (307. 51)

- A. Opakující se epizody záchvatovitého přejídání. Epizodu záchvatovitého přejídání charakterizuje:
 - 1. Konzumace mnohem většího jídla během určitého časového úseku (například během dvou hodin), než by většina lidí dokázala sníst ve stejné době.
 - 2. Pocit ztráty kontroly nad jídlem během této epizody (například pocit, že nemohu přestat nebo rozhodovat o tom, co a v jakém množství jím).
- B. Opakované nepřiměřené kompenzační chování, jehož cílem je zabránit zvýšení hmotnosti, například vyvolané zvracení, zneužívání laxativ, diuretik nebo jiných léků, hladovky, cvičení v nadměrné míře.
- C. Minimálně dvě epizody záchvatovitého přejídání týdně po dobu alespoň tří měsíců.
- D. Sebehodnocení nepřiměřeně závislé na tvaru postavy a tělesné hmotnosti.
- E. Porucha se nevyskytuje jen výhradně během epizod mentální anorexie.

1. 3. 3 Specifické typy mentální bulimie

Rozdělení mentální bulimie na dva specifické typy, tj. purgativní a nepurgativní typ uvádí pouze DSM - IV.

Pacientky s purgativní formou mentální bulimie prodělávají pravidelně binge eating a následné zvracení. S cílem neustálého snižování váhy používají často diuretika a laxativa.

V rámci kompenzačního chování pacientky s nepurgativní formou mentální bulimie drží přísné diety, či pravidelná tělesná cvičení. Nepoužívají tedy pravidelně metodu zvracení či jiných látek (Krch, 2005, s. 19).

1. 3. 4 Atypická mentální bulimie (F 50. 3)

Podle MKN-10 je atypická mentální bulimie poruchou splňující některá kritéria mentální bulimie, ale celkový klinický obraz neodpovídá této diagnóze.

Hort et al (2008, s. 272) uvádějí, že častým případem atypické mentální bulimie jsou pacientky mající normální váhu či trpící obezitou. Dochází u nich k epizodám záchvatovitého přejídání a následnému zvracení.

1. 4 Jiné poruchy příjmu potravy (F50. 8)

Řadíme sem picu (alotriofagii). Jedná se o poruchu chuti vedoucí k polykání nepoživatelných látek (Hart, Hartlová, 2010, s. 402).

Hort et al (2008, s. 282) uvádějí, že je pika spojená s raným věkem dítěte a v období staršího věku dítěte přetrvává jen zřídka. Objevuje se v nižších sociálních vrstvách. Dále se tato porucha může vyskytnout v rámci širší psychiatrické poruchy.

Podle MKN-10 do této kategorie řadíme i psychogenní ztrátu chuti k jídlu a další nespecifikované poruchy.

Rating Disorders Otherwise Specified (EDNOS), tj. jinak nespecifikované poruchy příjmu potravy jsou diagnostickou kategorií dle DSM-IV. Jedná se například o tyto případy:

- Jsou splněna všechna kritéria mentální anorexie, ale pacientka má pravidelnou menstruaci.
- Došlo k výraznému poklesu tělesné hmotnosti, jsou splněna všechna kritéria mentální anorexie, ale tělesná hmotnost stále odpovídá normě.
- Jsou splněna všechna kritéria mentální bulimie, ale k záchvatovitému přejídání dochází méně často, nebo jedinec jen jídlo žvýká a vyplivuje, ale nepolyká (Krch, 2005, s. 21).

Pod EDNOS bývá řazen i night eating syndrome (NES), tj. syndrom nočního jedlctví. Tato porucha není dosud zařazena do žádné klasifikace psychických poruch. Samotný pojem NES se používá od roku 1955 díky profesoru Stunkardovi. V roce 1991 došlo k rozdělení na dva podtypy a to:

- syndrom nočního jedlctví (NES)

- syndrom poruchy spánku s nočním jedlctvím (NSRED)

(Faltus, 2007, 291-296).

Pro NES jsou charakteristické záchvaty, kdy se pacient během noci několikrát probudí a neusne, dokud nesní zpravidla velmi kalorická jídla. Důležitým znakem této poruchy je to, že pacient není schopný tyto záchvaty ovládat vůlí. Vzhledem k tomu, že pacienti konzumují jídlo večer a v noci, vede toto chování k nárůstu tělesné hmotnosti a následné nespokojenosti se svým tělem.

Etiologie má více faktorů, a to biologických, genetických a zejména emočních. Příčinou, která se nejvíce podílí na vzniku této poruchy, je stres. Dále jsou jako příčiny uváděny: nuda, dlouhotrvající dieta atd.

Je dokázáno, že během noci dochází ke zvýšení hladiny kortizolu⁵ a poklesu melatoninu⁶ (jinak nazývaný spánkový hormon) a leptinu⁷. Rozkolísaná hladina těchto hormonů v organismu, vede k nekvalitnímu spánku a následný dosah má i na chuť k jídlu a může být příčinou NES.

Night sleep related eating disorder (NSRED) tj. syndrom poruchy spánku s nočním jedlctvím je řazen mezi kvalitativní poruchy spánku. Pacient se během záchvatu neprobudí a jeho jednání je zcela nevědomé. Konzumuje potraviny jedlé i nejedlé a druhý den si nic nepamatuje (Faltus, 2007, s. 291-296).

Je důležité zmínit, že poruchy příjmu potravy se objevují v poslední době i mezi populací trpící nadváhou a obezitou.⁸ Mezi obézními se nejčastěji vyskytují tyto poruchy příjmu potravy: záchvatovité přejídání (binge eating disorders), noční přejídání (night eating syndrome) - viz výše, kontinuální jedení (grazing). Žádná z těchto poruch příjmu potravy není dále specifikována v MKN-10.

⁵ Kortisol je steroidní hormon kůry nadledvin. Jeho koncentrace v krvi kortisolemie mění v průběhu dne cirkadiánní rytmus, nejvyšší je dopoledne, nejnižší v noci. (Vokurka, 2010)

⁶ Melatonin je hormon, k jehož sekreci dochází za úplné tmy. Je jedním z nejdůležitějších spánkových regulátorů. (Vokurka, 2010)

⁷ Leptin je látka hormonálního charakteru hrající roli v řízení příjmu potravy a energetickém metabolismu. Snižuje chuť k jídlu a zvyšuje energetický výdej. (Vokurka, 2010)

⁸ Obezita (otylost) je dle Vokurky (2010) definována jako nadměrné hromadění energetických zásob v podobě tuku. Dnes se používá Index tělesné hmotnosti (Body Mass Index, BMI) využívá jako základní ukazatele výšku v metrech a váhu v kilogramech podle vzorce: $BMI = \text{tělesná váha (kg)} / \text{tělesná výška}^2$ (m). V pořádku jsou hodnoty kolem 20 - 25, od 25 - 29 se jedná o nadváhu, hodnota BMI 30 a výše značí obezitu různých stupňů.

Pro stanovení diagnózy záchvatovitého přejídání (binge eating disorders) musí být dle DSM-IV splněna tato kritéria:

- A. Záchvat přejídání je definován jako konzumace většího množství jídla, než je obvyklé, a to v krátkém časovém období (méně než 2 hodiny). Během záchvatu ztrácí pacient kontrolu nad svým jídelním chováním.
- B. Záchvaty jsou spojeny se 3 a více následujícími znaky: pacient se nají do nepříjemné plnosti, konzumuje velké množství jídla bez pocitu hladu, jídlo je konzumováno rychleji než obvykle, jí o samotě, po přejedení následuje pocit viny.
- C. Přítomná úzkost je spojena se záchvatovitým přejídáním.
- D. Záchvaty přejídání se vyskytují ve frekvenci alespoň 2krát týdně za posledních 6 měsíců.
- E. Záchvatovité přejídání není spojeno s následným kompenzatorním chováním (Křavátová, 2010, s. 1093-1095).

Kontinuální jedení (grazing) je dle Křavátové (2010) nově popsán symptom. Pacient kontinuálně konzumuje menší množství potravy bez volní kontroly. Není důležité množství konzumovaného jídla, ale kvalita prožívání, tzn. subjektivně negativní vnímání ztráty kontroly nad svým jídelním chováním a nadměrným příjmem potravy.

Mezi méně známé poruchy příjmu potravy řadí Papežová (2010, s. 129) i tzv. Adonisův komplex. Autorka vysvětluje, že se jedná o poruchu příjmu potravy zahrnující:

- zkreslené vnímání vlastního těla
- abnormální jídelní návyky a obsedantní myšlení na vlastní svalstvo
- zneužívání steroidních hormonů, excesivní cvičení.

Tato diagnóza se tedy dotýká dospívajících a mladých dospělých mužů a větší riziko hrozí spíše u sportovců.

1.5 Epidemiologie poruch příjmu potravy

Epidemiologie je důležitým medicínským a psychologickým ukazatelem. Studuje distribuci (rozložení) a determinanty (souhrn činitelů) určitých nemocí napříč populací.⁹

Můžeme tedy říci, že epidemiologie je lékařský obor, který se zabývá příčinami vzniku a zákonitostmi šíření nemocí hromadného rázu.

Prvním epidemiologickým ukazatelem je prevalence - jednoduše vyjádřeno: jak často se dané onemocnění vyskytuje v populaci k určitému datu. Vzhledem k tomu, že se jedná o poměr počtu nemocných k celkovému počtu populace, bývá vyjadřována v procentech.

Druhým ukazatelem je incidence. Incidence vyjadřuje poměr počtu nově vzniklých případů dané nemoci ve vybrané populaci za určité časové období.

Dospět k přesným údajům prevalence a incidence je obtížné, protože nám, dle Papežové (2010), do vyhodnocování vstupuje řada determinantů.

- je důležité uvědomit si, že diagnóza mentální anorexie nebyla do roku 1980 řazena mezi psychická onemocnění, ačkoliv je zřejmý výskyt onemocnění i před tímto rokem
- změny a vývoj diagnostických kritérií¹⁰ (kategorických klasifikačních kritérií): DSM III (1980), DSM III - R (1987), DSM IV (1994), DSM - IV - TR (2000), což se dotýká zejména diagnózy mentální bulimie
- metodologie výzkumu
 - Studie využívající registry obvodních lékařů a hospitalizací. Je pravdou, že tato metoda je ekonomicky výhodná, ale má pouze relativní výpovědní hodnotu, neboť zaznamenává pouze léčené a hospitalizované pacienty a dále se badatel musí spoléhat na diagnózu stanovenou obvodním lékařem.

⁹ Populací rozumíme skupinu sdílející shodné rysy. (Papežová, 2010, s. 25)

¹⁰ DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), Diagnostický a statistický manuál Americké psychiatrické asociace APA. Poslední verze DSM-IV je z roku 1994. Obsahuje souhrn diagnostických kritérií psychiatrických chorob, podle nichž je možné stanovit diagnózu daného onemocnění. Analogicky existuje Mezinárodní klasifikace nemocí v 10. revizi MKN-10 z roku 1992 vzniklá v rámci WHO (Vokurka, 2010).

- Populační studie jsou ekonomicky náročnější metodou. Problémem zde může být zatajování onemocnění ze strany dotazovaných, nebo vědomé i nevědomé zkreslení odpovědí.

Mentální anorexie je psychické onemocnění, jímž trpí převážně mladé dívky a ženy. Hort et al (2008, s. 264) uvádí, že onemocnění převažuje tedy u ženské populace, a to v poměru 1:10. Incidence od 60. let stoupla z 2 případů na 100 000 obyvatel na 6-8 případů na 100 000 obyvatel v letech devadesátých. Nejvyšší incidence se objevuje u dívek ve věku 14 - 15 let a 17 - 18 let.

Krch et al (2005) uvádějí odhad incidence: 19 případů za rok na 100 000 žen a 2 případy za rok na 100 000 mužů. Nejvyšší incidence se objevuje u dívek věkové skupiny 13 – 19 let, kde činí varujících 50,8 případů na 100 000 dívek.

Hort et al (2008) zmiňuje prevalenci 0,5 - 1%.

Podle Krcha a kol. (2005, s. 39) se prevalence mentální anorexie může pohybovat mezi 0,2-0,8 % mladých dívek kritického věku.

Výskyt mentální bulimie je ve srovnání s mentální anorexií vyšší: Je nutné říci, že onemocnění většinou nastupuje v pozdějším věku v pozdní adolescenci či rané dospělosti.

Hort et al (2008, s. 273) uvádějí prevalenci 1 - 3%, plně rozvinutá mentální bulimie až 8%.

Podle Krcha et al. (2005, s. 42) se prevalence mentální bulimie může pohybovat mezi 1-5 % žen kritického věku. Protože se jedná (jak jsme výše připomněli) o zachycené případy, může být v praxi podíl nemocných žen mnohem vyšší. Odhaduje se, že tvoří asi 5 – 10 % prvního výběru.

Dále podle Krcha et al (2005, s. 38) vzrostl počet hospitalizovaných osob s diagnózou mentální bulimie v České republice od r. 1989 z původních 18 na 205 osob, což nepřímo svědčí o stoupající incidenci daného onemocnění.

Na závěr je třeba říci je prevalence i incidence tohoto onemocnění mají vzestupnou tendenci a objevují se napříč nejen evropských zemí.

Pro odborníky je alarmující vysoká mortalita, zvyšující se incidence a snižování věkové hranice nemocných pacientů.

1. 5 Etiologie poruch příjmu potravy

Etiologie¹¹ tedy příčiny vzniku poruch příjmu potravy jsou multifaktoriální a propuknutí těchto chorob je vždy podmíněno současně několika faktory. Existuje řada etiologických teorií, žádná však není považována za jedinou obecně platnou.

Je důležité říci, že neexistuje jedna příčina, jejíž odstranění by vedlo k vyléčení pacienta.

Krch (2004, s. 14) uvádí, že v posledních dvaceti letech se postupně ustálil konsenzus o multifaktoriální podmíněnosti PPP a hovoří se o koexistenci různých biologických, psychologických, rodinných a sociokulturních rizikových faktorů.

Co je to vlastně rizikový faktor? Dle LS můžeme říci, že rizikový faktor je ten, jehož přítomností se zvyšuje pravděpodobnost výskytu nemoci.

Dle Hadaše (2007, s. 20) je rizikový faktor měřitelná charakteristika každého subjektu ze specifické populace osob, která časově předchází výsledku, jež nás zajímá. Tato charakteristika dovoluje rozdělit populaci do dvou skupin: skupinu s vysokým rizikem a skupinu s nízkým rizikem.

Krch (2000, s. 35) uvádí základní rozdělení rizikových faktorů:

- kulturní: média, rodina, skandalizace obezity, orientace na výkon, orientace na vzhled, nadváha a obezita v rodině, nesprávné stravovací nároky v rodině
- individuální: úzkost, důslednost, nejistota dospívání, tloušťka, zdravotní problémy spojené s dietou

Komplexní výčet rizikových faktorů

- Genetické faktory

Téma genetické podmíněnosti je mezi odborníky hojně diskutováno. Je zřejmé, že rodinná zátěž - výskyt poruch příjmu potravy v rodině má velký vliv na pozdější rozvoj poruchy u pacientů.

Papežová (2010, s. 56) uvádí, že studie rodin mohou nejvýše ukázat, že daný znak se vyskytuje častěji u příbuzných než v kontrolní populaci. To ale není důkazem genetického původu.

¹¹ Nauka o příčinách, determinantách a podmínkách nemocí, příčina nemoci. (Vokurka, 2010)

Dle Krcha (2000, s. 55) se poruchy příjmu potravy objevují v rodinách anorektiček pětikrát častěji, ale přesto nemůžeme tvrdit, že existuje typicky anorektická rodina.

V mikrosvětě rodiny totiž může hrát roli celá řada dalších proměnných jako například již zmíněná nadváha, obezita, ale také alkoholismus, týrání či neúměrně velké nároky na dítě.

- Obecné faktory

Fairbun, Harisson, (2003, s. 410) uvádějí tyto obecné rizikové faktory:

- být ženou
- být ve věku dospívání či rané dospělosti
- žít v ekonomicky vyspělé zemi

Jakobi et al. (2004, s. 64) přidávají mezi obecné rizikové faktory i sociální rozměr:

- pohlaví
- rasa, etnická skupina
- příslušnost k určité profesní a zájmové subkultuře: tanečnice, tanečníci, modelky, sportovci, sportovkyně
- sexuální orientace, u mužů homosexualita

Jak uvádí Krch (2004, s. 14): stačí být ženou a riziko onemocnění poruchou příjmu potravy je mnohonásobně vyšší. Hoek (1993, 61-74) zdůrazňuje, že poměr žen a mužů s diagnózou mentální anorexie je 1:10 u mentální bulimie je tento poměr dvojnásobně vyšší 1:20.

Nejrizikovější věk pro onemocnění poruchou příjmu potravy je dospívání, adolescence eventuálně raná dospělost. Období dospívání je pro chlapce i dívky složitou etapou související se dospíváním nejen ze stránky biologické, ale také psychické i sociální. Jedná se o období, kdy zásadní roli hraje sebeuvědomění, přijetí vlastního Já a dále také přijetí sociálních rolí.

Poruchy příjmu potravy byly vnímány jako onemocnění výhradně západních zemí. Kocourková (1997, s. 58) toto tvrzení vysvětluje výraznou hodnotovou orientací obyvatel západních zemí. Mezi priority patří zaměření na osobnostní individualitu, snaha o dosažení úspěchu, prestiže a umění sebeovládání - všechny tyto složky tvoří nový moderní životní styl a umocňuje se tímto fungování rovnice dokonalý vzhled a aktivní člověk = úspěšný člověk.

Krch (2007, s. 35) dále zdůrazňuje, že poruchy příjmu potravy můžeme z určitého úhlu pohledu vnímat i jako exkluzivní poruchu. Zejména v dřívější době byla tato onemocnění vnímána jako nemoci středních a vyšších vrstev.

- premorbidní¹² charakteristiky osobnosti

Dle Fairburna, Harissona (2003, s. 410) do této skupiny patří tyto faktory:

- nízká sebedůvěra
- sklon k perfekcionismu (spíše u mentální anorexie)
- úzkostnost a úzkostné poruchy
- obezita (spíše u mentální bulimie)
- časná menarche (spíše u mentální bulimie)

Papežová (2010, s. 38) hovoří v souvislosti s osobnostními faktory o impulzivitě. Jedním z možných rizikových faktorů může být právě impulzivita, výsledky dosavadních výzkumů jsou však spíše sporné.

Jedna z řady etiologických teorií vzniku poruch příjmu potravy se snaží vysvětlit vznik těchto onemocnění, především mentální anorexie, zastoupením vyšší míry obsedantně-kompluzivních rysů.

Je pravdou, že mezi projevy anorektických pacientek patří perfekcionismus a vlastnosti jako snaha o dokonalost, pečlivost, kladení vysokých požadavků na sebe sama, potřeba být ze všech nejlepší. A současně negativní emoce a následné projevy hladovění, pokud se výše zmíněné nedaří.

Do jisté míry je možné tvrdit, že riziko propuknutí poruch příjmu potravy se zvyšuje, pokud se u dívky (chlapce) objevují perfekcionistařské rysy.

U nemocných je dále třeba rozlišit úzkostné a depresivní stavy. Jak tvrdí Kocourková (1997, s. 50) depresivní stavy jsou průvodním jevem dlouhodobého hladovění.

V okamžiku, kdy pacientka začne postupně přebírat kontrolu nad jídlem, správným a pravidelným stravováním, depresivní stavy¹³ ustupují, ale úzkost z příbytku na váze, rodinné situace, průběhu léčby atd. zůstává. (Krch, 2004)

¹² Nemorbidní - před onemocněním. P. osobnost pacienta - vlastnosti a rysy před vypuknutím nemoci, zejména duševní. (Vokurka, 2010)

¹³ Deprese je duševní stav charakterizovaný nadměrným smutkem. Vyznačuje se smutnou a depresivní náladou, nechutenstvím, poruchami spánku atd. (Vokurka, 2010)

Kocourková (1997, s. 50) v souvislosti s touto problematikou zmiňuje tzv. suicidální potenciál. Sebevražedné sklony a sebevražda jako taková se u pacientek vyskytuje v minimálním procentu (1%).

- rodinné faktory

Fairburn, Harisson, (2003, s. 410) do této skupiny řadí:

- výskyt poruch příjmu potravy u některého člena rodiny
- deprese u člena rodiny
- obezita u člena rodiny (spíše u mentální bulimie)
- abusus návykových látek u člena rodiny, zejména abusus alkoholu (spíše u mentální bulimie)

V okamžiku, kdy poruchou příjmu potravy trpěl sourozenec či matka, riziko onemocnění stoupá. V rámci rodiny se jedná také o držení diet, stravovací návyky.

Rodina jako místo, kde probíhá první socializace, nám pomáhá nejen zorientovat se v sociálních rolích a normách, ale předává nám také určité vzorce. Vzorcem, který mám nyní na mysli je vzorec stravovací. Prvotní informace a později (v dospívání a dospělosti) používané stereotypy získáváme právě v rodině - skladba jídelníčku, pravidelnost stravování, ale také kultura stolování. To, že se například celá rodina každé ráno sejde k snídani, je okamžikem, jenž může vytvořit stereotyp: snídat je nutné, jíst společně je přirozené.

Tento stravovací vzorec funguje samozřejmě opačně, pokud matka drží pravidelně kratší či delší diety, může dcera získat pocit a následně převzatý stereotyp, že držet diety je přirozené.

- premorbidní zkušenosti a zážitky
 - nepříznivé rodinné zázemí (vysoká očekávání)
 - konflikty v rodině, omezené kontakty s rodinou
 - kritické poznámky členů rodiny, přátel, známých k jedincově způsobu stravování, jeho vzezření, tvaru těla, jeho váze
 - společenské tlaky (lidí ve škole v zaměstnání, ve volném čase) na to, aby byl jedinec štíhlý
 - jedincovo experimentování s dietami
 - sexuální zneužívání jedince

(Fairburn, Harisson, 2003, s. 410).

Kocourková (1997) i Krch (2005) poukazují na práce Minuchina (1978), který pracoval s rodinami dětí majících psychosomatické obtíže.¹⁴ Pokusil se charakterizovat tuto rodinu a najít její specifika. Jejich nepružnost, nepřizpůsobivost, přehnané ochranné tendence a neschopnost dostatečně projevovat city a konflikty jsou společným znakem. Je ale důležité říci, že neexistuje přesně daný typ anorektické či bulimické rodiny. Jak již z výše uvedeného vyplývá, jedná se o omezení či úplnou nefunkčnost jednotlivých rolí rodiny.

Toto se později může projevit v problému se separací. Separace tedy oddělování je přirozenou součástí každého lidského života, odchod a odpoutání se od rodiny je přirozenou součástí společenského lidského cyklu.

Papežová (2010, s. 43) upozorňuje na zajímavý paradox: „Nemoc jednak chrání dívku před nároky dalšího životního období a jednak ji umožňuje demonstrovat ambivalenci, kterou vůči odchodu z domova prožívá: ačkoli svoji rodinu odmítá spolu s nabízeným jídlem, fakticky její nemoc závislost na původní rodině prohlubuje.“

Zajímavým fenoménem majícím vliv na vznik poruch příjmu potravy je akulturace. Právě proces přejímání cizích kultur je často rizikovým a může být jedním z faktorů podílejících se na vzniku těchto onemocnění (Papežová, 2010, s. 44).

Velmi důležitým vlivem je tlak společnosti, zejména pak vrstevníků eventuálně přátel na způsob a množství stravování, tělesnou váhu a celkový vzhled. Neboť toto vše se podílí na ne/spokojenosti s vlastním tělem.

V rámci tohoto rizikového faktoru je třeba vysvětlit termín body image. Body image tedy tělesné sebepojetí charakterizuje S. Grogan (2000) jako způsob, jakým člověk přemýšlí o svém těle, jak ho vnímá, cítí. Autorka upozorňuje na ideál tzv. spoutaného těla - tzn. tělo pevné, zkrocené, vypracované. Opět se tu zřetelně rýsuje stereotyp, že zdravý a úspěšný člověk musí být štíhlý.

Řadou výzkumů (Krch 2005, Lébllová 2010) došlo k potvrzení tvrzení, že pacientky trpící některou z poruch příjmu potravy mají velmi pokřivený body image ve smyslu zkresleného vnímání vlastního těla.

Jak již bylo výše řešeno kult štíhlosti je přítomen všude - je zřetelný z médií, z reklamy i ze světa modelingu.

¹⁴ Psychosomatický znamená vztahující se současně k duši a tělu. Vzájemné ovlivňování duše a těla. (Vokurka, 2010)

Stanovit jednotnou příčinu poruch příjmu potravy nelze, může se jednat o jednu, či kombinaci různého množství vědomých či nevědomých rizikových faktorů.

Výzkum epidemiologie poruch příjmu potravy je v současné době bohatý, jeho hlavním cílem je: „... vývoj účinných preventivních programů.“ (Papežová, 2010, s. 48)

1. 6 Důsledky poruch příjmu potravy

1. Somatické důsledky poruch příjmu potravy

Němečková (2002) rozřadila somatické důsledky do několika skupin, z každé skupiny jsem vybrala pro názornost některou poruchu, v závorce za každou somatickou komplikací je zaznamenána pravděpodobná příčina a frekvence jejího výskytu (Papežová 2010, s. 150).

- kardiovaskulární komplikace
 - brachykardie (často, hladovění), hypotenze (často, hladovění, nedostatek tekutin)
- renální komplikace (ledviny - elektrolyty)
 - otoky končetin (často, hyperaldosteronismus)
- gastrointestinální komplikace
 - zácpa, nadýmání (často, hladovění abúzus laxativ a anamnéze), zpomalené žaludeční vyprazdňování (často, hladovění)
- kosterní komplikace
 - osteoporóza, patologické zlomeniny (zřídka, hladovění, nízká hladina kalcia, fosforu, pohlavních hormonů)
- endokrinní komplikace
 - amenorea (často, snížení LH, FSH)
- hematologické komplikace
 - anémie (méně často, hypoplazie kostní dřeně - hladovění)
- neurologické komplikace
 - křeče a svalová slabost (méně často, porucha vodního metabolismu a elektrolytů při zvracení, nízká hladina B1, B12), nescifické změny EEG (často, hladovění), poruchy kognitivních funkcí (méně často, hladovění)
- metabolické komplikace

- zhoršení regulace tělesné teploty, nízká hladina kalcia
- dermatologické komplikace
 - suchá praskající kůže, nehty (často, dehydratace, ztráta podkožního tuku, avitaminóza), lanugo - tvář, trup (často, příčina nejasná), Russelovo znamení (často, mozol na dorzu ruky - vyvolávání vomitu)

Papežová (2010, 150-151) v rámci somatických důsledků poruch příjmu potravy jmenuje dále:

- plicní komplikace
 - pneumonie (zřídka, aspirace zvratků)
- stomatologické komplikace
 - kazivost zubů (často, kyselý obsah zvratků)
- reprodukční komplikace
 - infertilita a/nebo rizikové těhotenství (často, snížení pohlavních hormonů, perinatální komplikace)

2. Psychosociální důsledky poruch příjmu potravy

Papežová (1995, 46) uvádí, že psychosociálních důsledků poruch příjmu potravy je velké množství. Pro přehlednost je řadí do těchto okruhů:

- emoční problémy
 - Vzhledem k tomu, že jídlo není ani radostí, ani prostředkem nutným k přežití, stává se primárním stresorem. S tímto souvisí i zhoršování nálady, které mohou směřovat až k depresivním stavům.
- mozek, duševní pochody
 - O vlivu nemoci na kognitivní funkce bylo řečeno již výše u neurologických komplikací. Je obtížné se koncentrovat.
- vliv na společenský život
 - Pacientky postupně ztrácí přátele a dostávají se do izolace. Vzhledem k tomu, že většinu času věnují představám či myšlenkám o jídle, nezbyvá jim čas ani energie na jiné koníčky.

Kocourková et al (1997, s. 265) uvádějí, že v případě mentální anorexie i bulimie dochází s rozvojem nemoci ke zhoršování vztahu pacientky s rodinou a

postupnému vyvolávání a vyostřování konfliktů souvisejících s potravou. Nemocní se do potavy v žádném případě nenechají nutit a začne se roztáčet kolotoč lží, manipulace s jídlem, schovávání a vyhazování potravin.

Pro rodiče je tato situace mimořádně složitá, protože v této fázi postupně pochopí, že svému dítěti nemohou věřit a musí být v neustálém střehu. Studnice nápadů nemocných vymýšlet stále nové a nové způsoby, jak se vyhnout jídlu je opravdu hluboká.

U mentální bulimie zdůrazňuje Kocourková et al (1997, s. 273) dále i aspekt ekonomický: „I v případě mentální bulimie dochází k sekundární devastaci vztahů s blízkými osobami, hlavně s rodiči. V některých rodinách dokonce přistupují k zamykání spíží a lednic, což vzájemné konfliktní vztahy ještě vyhrocuje. Mentální bulimie je porucha, která je zároveň ekonomicky velmi náročná.“

Vágnerová (2008, s. 449) hovoří o změnách psychických a o změnách v chování:

- psychické změny
 - přecitlivělosti, podrážděnost
 - úzkostnost a poruchy nálad
 - počáteční euforie přechází do deprese, objevují se i sebevražedné myšlenky
 - nejistota, nízké sebevědomí
 - pozastavení psychických projevů puberty
 - staženost do izolace od přátel, později i od rodiny
 - porucha tělesného schématu (zkreslená představa o vlastním těle)
- změny v chování
 - neobvyklé jídelní návyky
 - rozbourání předchozího jídelního režimu
 - extrémní fyzická aktivita
 - zneužívání projímadel a diuretik
 - sebepoškozování
 - sklon k abúsu návykových látek (alkohol, drogy)

2. Prevence poruch příjmu potravy

Prevenčí rozumíme předcházení určitému jevu, ochranu před určitým jevem, v tomto případě se jedná o prevenci poruch příjmu potravy. Prevence se provádí buď na úrovni jedince, nebo na úrovni celé populace. Rozlišujeme tři druhy prevence:

- primární prevence
- sekundární prevence
- terciární prevence

2.1 Primární prevence

Primární prevenci můžeme charakterizovat jako: „... činnosti, které mají za cíl snížit počet nových onemocnění, tj. snížit incidenci nemocí. Týká se období, kdy ještě nemoc nevznikla a jejím účelem je zabránit vzniku nemoci.“ (Bednářová, 2010, s. 48)

Primární prevenci diferencujeme na:

- specifická primární prevence: Tato prevence je cílená na předcházení konkrétních jevů - v tomto případě poruchy příjmu potravy
 - Příklad: „Nebezpečí a neúčinnost redukčních diet, obecné informace o PPP (zejména pro rodiče).
- nespecifická primární prevence: Je směřována obecně ke zdravému životnímu stylu, aktivnímu způsobu života a sportu.
 - Příklad: „Všeobecná prevence: výchova k přiměřenosti a umírněnosti v postojích, důraz na nebezpečí jednostranných nebo extrémních postojů ve výživě, životním stylu ve sportu. Dobrá školní jídelna, naopak omezení automatů na sladkosti, slazené nápoje ve školách.

V souvislosti s nespecifickou primární prevencí upozorňuje Krch (2005, s. 8-12) na fakt, že nejlepší prevencí je předcházet obezitě. Tohoto lze právě dosáhnout omezením automatů na lahůdky, sladkosti a sladké nápoje. Děti na prvním i druhém stupni by měly mít dost času na oběd.

Papežová (2010, s. 140) uvádí, na jaké úrovni se primární prevence odehrává a které faktory ji ovlivňují.

- výchova v rodině
- působení společenských vlivů

- kultura stravování
- sebehodnocení dětí a dospívajících
- vliv médií a kulturních vzorů

Krch (2005) upozorňuje na situaci, kdy jednou z příčin poruch příjmu potravy je strach. Strach z nadváhy, strach z jídla, strach z dospělosti, strach z přijetí sexuální role. Proto apeluje na to, aby u děvčat a chlapců nebyl tento strach zbytečně podněcován. Pravdou je, že citlivost každého jedince na výše uvedené je odlišná.

To, co u někoho může působit jako „červený knoflík“, může u jiného jedince projít bez povšimnutí.

Kocourková (1997, s. 63) poukazuje na s model jídelních poruch vytvořený Shawem a Rajem v roce 1984, v němž hovoří o těchto faktorech:

- predisponující faktory
- spouštěcí faktory
- udržující faktory

Tím „červeným knoflíkem“ tedy spouštěcím faktorem může být postupná změna dívčí postavy na ženskou, náročná životní situace v rodině, poznámka ze strany vrstevníků či rodičů či tendence k nápodobě např. kulturních vzorů či vrstevníků - idolů.

Primární prevence tedy slouží k tomu, aby nedošlo k vyvolání strachu a k zapnutí pomyslného „červeného tlačítka“ a nastartování některé z poruch příjmu potravy.

2.2 Sekundární prevence

Papežová (2010, s. 140) hovoří o úkolech sekundární prevence:

- detekce a ovlivnění ohrožených skupin tj.
 - děti léčené pro obezitu
 - děti se somatickým onemocněním provázeným dietou a hubnutím
 - děti ze zájmových aktivit souvisejících s kontrolou váhy a vzhledu (modeling, tance, gymnastika a další)

2.3 Terciární prevence

Terciární prevence je v první řadě záležitostí zdravotnickou. Je zaměřená na prevenci opětovného vzniku poruch příjmu potravy, minimalizaci poškození vzniklých těmito poruchami.

Shrnutí funkcí terciární prevence dle Papežové (2010, s. 140):

- prevence relapsu¹⁵
- obnovení plného zdraví včetně fertility¹⁶
- zamezení přenosu jídelní patologie na další generaci

Papežová (2010, s. 314) hovoří o existenci řady programů v rámci prevence poruch příjmu potravy, ale současně upozorňuje na některé nedostatky v jejich efektivitě a apeluje na nutnost zájmu o nové trendy (webové stránky) a jejich aplikaci.

¹⁵ Relaps znamená opětovné objevení příznaků nemoci, která byla v klidovém období tzv. remisi. (Vokurka, 2010)

¹⁶ Fertilita tedy schopnost ženy přivést na svět životaschopné dítě. (Vokurka, 2010)

3. Poruchy příjmu potravy a škola

Role školy ve vztahu k poruchám příjmu potravy je nesporná. Vzhledem k tomu, že škola nese funkci výchovně - vzdělávací, nelze tedy z mikroorganismu školy vydělovat jakékoli psychické poruchy a škola nelze redukovat pouze na místo, kde dochází k interakci mezi učiteli a studenty, pouze ve smyslu předávání vědomostí a zpětnou vazbu na zkoušení vědomostí.

Čáp (2001, s. 264-265) konstatuje, že od učitele se očekává, že bude žáky

- vzdělávat: Zprostředkovávat jim vědomosti, dovednosti, způsoby myšlení, činnosti určitého vědního, technického, popřípadě uměleckého oboru, podle učitelovy aprobační.
- vychovávat: Rozvíjet jejich zájmy a postoje, schopnosti, charakter, a to na podkladě soustavného poznání žáků, jejich typologických i individuálních rozdílů.

Zároveň ale uznává, že sloučit tyto dva momenty není vůbec snadné.

3.1 Informovanost pedagogických pracovníků

V kvantitativním výzkumu věnovaném informovanosti pedagogických pracovníků základních škol o poruchách příjmu potravy (Kelnar, 2010), bylo 44 učitelů ze 3 mimobrněnských a 2 brněnských škol tázáno na 27 otázek týkajících se poruch příjmu potravy.

Výsledky výzkumu ukázaly, že 43 z celkového počtu 44 učitelů ví, co je to mentální anorexie a mentální bulimie a že učitelé dokážou popsat i danou poruchu

Velmi zajímavá byla otázka, směřující k postojům učitelů, „Je podle Vás mentální anorexie a mentální bulimie módní výstřelek hysterických mladých dívek a žen?“ Odpovědi učitelů nebyly již tak jednoznačné jako ve výše zmíněné otázce: sedm učitelů odpovědělo, že s tímto tvrzením souhlasí, třicet učitelů nesouhlasilo a 7 učitelů nevědělo, nebo o této problematice ještě nepřemýšlelo.

Poruchy příjmu potravy jako fenomén dnešní doby a jeho zvětšující se incidence byla potvrzena i v této práci: 4 učitelé měli ve své třídě jeden případ mentální anorexie či mentální bulimie, 38 učitelů mělo ve třídě případ mentální anorexie či mentální bulimie více než jednou a pouze 2 učitelé se za svou praxi nesetkali v rámci třídy s tímto typem žákyň/žáků.

V této práci byla použita kvantitativní metodologie, to znamená, že informace z ní vyplývající jsou statistického rázu a nejdou do hloubky této tematiky. Pro potřebu vytvoření základní představy o informovanosti, postojích učitelů a četnosti výskytu poruch příjmu potravy je však dostačující.

3.2 Učitel a primární prevence

Na půdě školy má své místo především prevence primární. Jak bylo zmíněno výše, jedná se o specifickou a nespecifickou primární prevenci.

O primární prevenci bylo to hlavní řečeno výše. Na tomto místě tedy shrnu, co může škola a samozřejmě jednotliví učitelé učinit.

- poskytnutí dostatek správných informací žákům o výskytu, příčinách i důsledcích poruch příjmu potravy
- vedení žáků k zdravým stravovacím návykům
- podpora pozitivního sociálního klimatu ve škole
- vytvoření podmínek pro osobnostní rozvoj každého žáka
- posílení sebedůvěry s cílem omezení projevů sebedestructivního chování

(Krch, Marádová, 2003, s. 22).

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy vydalo v roce 2004 metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních.

Koncepce státní politiky pro oblast dětí a mládeže, uveřejněná i na webových stránkách, MŠMT řeší tyto základní okruhy:

- vymezení aktuální terminologie, která je v souladu s terminologií v zemích EU a začlenění prevence do školního vzdělávacího programu a řádu
- definuje Preventivní program
- doporučuje postupy škol a školských zařízení při výskytu vybraných rizikových forem chování dětí a mládeže

Znamená to tedy, že informovanost a osvěta je velmi důležitá. Krch (2005) ale zdůrazňuje jeden možný negativní aspekt: „Přímé varování před mentální anorexií a bulimií většinou nepomáhá a mnoho našich pacientek začalo zvracet nebo nadměrně hubnout po tom, co se seznámily s příběhem nějaké bulimičky nebo si přečetly něco o anorexií.

To co pomáhá, je varování, že diety, zvracení a projímadla jsou nejenom nebezpečná, ale dlouhodobě i neúčinná.“

3.3 Učitel jako pozorovatel

Učitel je v pozici, kdy může zachytit signály ze strany žáka/žákyně, že něco není v pořádku. Samozřejmě je situace jiná, když se jedná o třídního učitele, učitele, který žáka/žákyni učí 5 hodin týdně, nebo učitele majícího hodinovou dotaci vyučovaného předmětu ve výši 2 hodin týdně.

Papežová (2000, s. 74) tyto signály uvádí:

- Především při hrách a při tělesné výchově, můžete zaznamenat, že dítě ztrácí váhu.
- U mladších dívek (před pubertou) můžete pozorovat, že nerostou stejně jako zbytek třídy.
- Dítě dříve sociálně aktivní se začíná stranit ostatních a je posmutnělé.
- Místo účasti na hrách s ostatními se tisknou na topení, aby si zachovaly teplo, a skrývají se pod vrstvami oblečení, aby zvládly pocit chladu.
- Straní se ostatních také tím, že běhají na hřišti nebo cvičí nějakým jiným způsobem.
- Vynechávají školní jídla, jí pouze zeleninu a ovoce.

U mentální bulimie se některé příznaky mohou shodovat, některé jsou specifické:

- Bulimičky mají sklon jíst hltavě a všechno „patlat“ dohromady.
- Bulimičky bývají hodně podrážděné a depresivní.
- Po jídle mohou odbíhat na toaletu, kde zůstávají dlouho zavřeny.
- Zneužívají projímadla a diuretika (Krch, 2004).

3.4 Učitel jako zúčastněný

Učitel se dostává do kontaktu s žáky každý den i mimo své hodiny. Učitele jako zúčastněného se v tuto chvíli nechápe jen jako pozorovatele, ale i člověka, který koná. Jak? Toto bude rozvedeno níže.

Obtížnou otázkou je i to, jak jednat s žákyní/žákem trpící některou z poruch příjmu potravy. Co je důležité vědět a možnosti jak jednat uvádí i Krch.(2004):

- Z anorexie a bulimie není možné nikoho vyléčit bez jeho vlastního přičinění. Učitelé mohou (po domluvě s rodiči) vykonávat jakousi funkci supervizorů jídla, ale nemohou přejímat zodpovědnost za žáka/žákyni.
- Žáka/žákyni nelze chránit před následky poruchy a přitom nehledat možné příčiny jejího vzniku, které mohou být, mimo jiné i ve škole.“
- Učitel ani spolužáci by neměli nahrazovat terapeuta, ale mohou být (po dohodě s rodiči) vzorem - mohou pomoci s dohledem, přiměřeným dozorem a zpětnou vazbu.

Třídní učitel má v této problematice nezastupitelnou roli. Metodický doporučení MŠMT vymezuje roli třídního učitele sice ve vztahu k primární prevenci, ale z charakteristiky jeho práce je i zřejmé, jak postupovat dále.

- Třídní učitel spolupracuje se školním metodikem prevence při zachycování varovných signálů, podílí se na realizaci Preventivního programu a na pedagogické diagnostice vztahů ve třídě.
- Motivuje k vytvoření vnitřních pravidel třídy, která jsou v souladu se školním řádem, a dbá na jejich důsledné dodržování (vytváření bezpečné atmosféry a pozitivního sociálního klimatu ve třídě), podporuje rozvoj pozitivních sociálních interakcí mezi žáky třídy.
- Zprostředkovává komunikaci s ostatními členy pedagogického sboru a je garantem spolupráce školy se zákonnými zástupci nezletilých žáků třídy.
- Získává a udržuje si přehled o osobnostních zvláštностech žáků třídy a o jejich rodinném zázemí.

Co tedy dělat konkrétně? Co vlastně spadá do kompetencí školy a co už je v kompetenci rodiny? Prioritou je samozřejmě úzká spolupráce rodiny a školy nejen při pokusu o léčení, ale také v rámci vzdělávacího plánu žáka/žákyně.

Papežová (2000, s. 74) rozvíjí čtyři skutečnosti, které je třeba řešit:

- Tělesná výchova a cvičení.
 - Žákyni trpící některou z poruch příjmu potravy v pokročilejším stádiu, kdy už je evidentní fyzická slabost a projevy nemoci, by měla být tělesná výchova, potažmo cvičení, zakázáno. Je to z důvodu jejího vlastního nebezpečí a samozřejmě také

nebezpečí pro učitele, kterému by mohla zkolabovat při hodině. Univerzálně zakázat tělesnou výchovu nelze, ale žákyně může být osvobozena od tělesné výchovy na základě žádosti rodičů či přímo pediatra nebo lékaře.

- Stravování
 - Problematika stravování ve škole je složitá a určité nastavení pravidel lze uskutečnit opět pouze po dohodě s rodiči. A to ať už se jedná o přestávky a s nimi související svačiny nebo o obědy ve školní jídelně.
 - Možnosti stravování ve škole:
 - Jíst jako ostatní s ostatními. Jedná se o nejjednodušší způsob, který je ale lehce zneužitelný ze strany dívek, ale může fungovat pozitivně, protože dívka uvidí okolo sebe pozitivní vzory ve smyslu postoje ke stravě.
 - Vybrat kamarádku, která bude s postiženou sedět v jídelně a ubezpečí se, že jídlo sní. Tato varianta vyžaduje, aby nemocná respektovala kamarádku jako autoritu.
 - Jíst s členem učitelského sboru. Otázkou je, zda by to měl být jeden stálý učitel, nebo by se učitelé střídali a zda by vůbec žákyně byla ochotná takto realizovat svůj oběd každý školní den.
 - Jíst v oddělené místnosti. Náročná alternativa z hlediska organizačního. Mimo jiné by pravděpodobně bylo třeba u jídla nějakého dozoru.
 - Jíst s učitelským sborem.
 - Jíst mimo jídelnu s kamarádkou, která na nemocnou dává pozor.
- Domácí úkoly
 - Perfekcionistické rysy u anorektických žákyně/žáků jsou známé. Může se tedy stát, že některé úkoly zaberou více času, než ostatním žákům. Učitel by v tomto případě měl s žákyní spolupracovat individuálně.
- Zkoušení

- Mentální anorexii mohou provázet poruchy myšlení nebo kognitivních funkcí. Ústní zkoušení je možné zkonzultovat s rodiči a nastavit určitá pravidla.
- Poradenství o povolání
 - Anorektické dívky mají ve školním prostředí velmi dobré výsledky. Problém může ale nastat při studiu na vysoké škole, protože dochází nejen ke změně životního stylu a zažitých stereotypů, ale také ke změně učebního tempa a učebního obsahu. Požadavky na studenty na některých typech vysokých škol nejsou tak strukturované jako na základních a středních školách. Je i obtížnější aplikovat individuální přístup na úrovni učitel - student.
 - Je pravdou, že některé dívky svou budoucí životní práci směřují k povoláním majícím co dočinění s jídlem, nebo přímo s poruchami příjmu potravy.

Představila jsem učitele v jeho třech základních rolích ve vztahu k poruchám příjmu potravy. Učitel a primární prevence, učitel jako zprostředkovatel a učitel jako zúčastněný. Učitel je osobou, která je v každodenním styku s dětmi či dospívajícími, a proto platí tvrzení, že by měl mít oči otevřené.

„Návod“ pro učitele, co dělat, když objeví žáka/žákyni trpící poruchami příjmu potravy: vždy vyrozumět rodiče, eventuálně pediatra, po možné domluvě s rodiči i psychologa (spolupráce s pedagogicko-psychologickou poradnou).

Na závěr této kapitoly nabízím shrnutí výše řečeného uveřejněné v Metodickém doporučení MŠMT (ZŠ). Jedná se o shrnutí toho, kdo je a není učitel, co může a nemůže udělat, a co vlastně spadá do jeho kompetence:

- Učitel není terapeut, zprostředkuje ale dítěti a rodině zpětnou vazbu o některých jídelních zvyklostech dítěte.
- Může pomoci předcházet šikaně pro fyzický vzhled a výkon (zejména učitelé tělocviku).
- Doporučit popř. zprostředkovat kontakt s psychologem nebo lékařem.
- Opatrně se pouštět do oblasti „zdravé výživy“ a redukce hmotnosti (doporučení mohou být jednostranně, přehnaně interpretována).

3.5 Možnosti komunikace

K tomu, aby byla realizována komunikace mezi učitelem a žákem na důvěrná a pro žáka citlivá témata, musíme vycházet z předpokladu vzájemného vztahu mezi oběma osobami. Mareš, Křivohlavý (1990, s. 21) totiž upozorňují na fakt, že pro lidskou komunikaci je specifické tzv. vytváření komunikačních bariér. Takovou bariérou může být například uzavřenost partnera. Sociální psychologové uvádá jako příklad nekomunikabilitu člověka - tzn, nesnahu, neochotu člověka komunikovat s každou osobou. Druhým příkladem je ale neochota komunikovat s určitou osobou z důvodu nedůvěry či antipatie.

Interakce ve smyslu vzájemného působení dvou činitelů - v tomto případě tedy učitele a studentky, může mít řadu forem. Křivohlavý, Mareš (1990, s. 121) hovoří o tzv. interakci typu pomoci, jejímž obsahem je „... apatie k postiženému, či sympatie s postiženým, vcítění se do jeho situace a skutečná ochota mu pomoci

Podle Míčové (2005) v komunikaci nemocných s poruchou příjmu potravy, je vhodné vyvarovat se některých výrazů týkajících se vzhledu, laikovi se může zdát, že neustálým opakováním narážek týkajících se vzhledu dopomůže k uvědomění nemocným, že jsou hubení a začnou s tím konečně něco dělat. Opak je pravdou, nemocní poruchou příjmu potravy většinou ví, že jsou hubení nebo to nevidí a nic na světě je o tom nepřesvědčí. Tím, že se jim to bude donekonečna opakovat, se v tom utvrdí, nikam to nevede, jejich sebevědomí a důvěra se sníží mnohem více.

Fontana (2003, s. 322-323) uvádí několik základních pravidel, kterých by se měl učitel v rámci komunikace se studentem v problémových situacích, držet.

- Direktivita. Hlavním cílem není vést dítě krok po kroku, ale nasměrovat ho a pomoci začlenit problém do kontextu.
- Nesoudící přístup.
- Odpovědnost. Za své chování nesou studenti odpovědnost sami.
- Soustředění. Soustředit se na jádro problému.
- Nevтіravost. Pokud studenti nechtějí rozebírat své problémy do hloubky, učitel je nenutí.

Již bylo řečeno: učitel není na pozici terapeuta, a tudíž léčba samotná v jeho kompetenci není. Přesto může s nemocnou žákyní mluvit a v ten okamžik se dostává do situace, kdy každá věta, kterou řekne, může uškodit. Proto jsem na toto místo zařadila

několik zajímavých podnětů z oblasti psychologie komunikace a poradenské psychologie.

3.5.1 Aktivní naslouchání

V rámci komunikace učitel - žákyně je využitelný komunikační styl aktivního naslouchání. Aktivní naslouchání se realizuje přitakáním, souhlasem či parafrázováním toho, co řekla žákyně. Tento komunikační styl pomáhá k vytvoření otevřeného a sdílného vztahu mezi učitelem a žákyní.

Techniky aktivního naslouchání (Quisová, 2009, s. 43):

- Povzbuzení (Jsem rád/a, že jste za mnou přišel/přišla)
- Objasnění (Kdy se to stalo?)
- Parafrázování (Jestli tomu dobře rozumím, tak ...)
- Zrcadlení (Vidím, že vás to hodně trápí.)
- Shrnutí (Pojďme shrnout, co jsme do téhle chvíle probrali.)
- Ocenění (Cením si vašich názorů)

3.5.2 Nejčastější chyby v komunikaci

Papežová (2010, s. 323-325) uvádí nejčastější chyby v komunikaci, které jsou opět směřované na vztah terapeut - pacientka, ale pro naše potřeby je modifikujeme do vztahu učitel - žákyně.

- Rady, přednášení, argumentování.
 - Ve vztahu terapeut - pacientka by neměla existovat hierarchie, tzn. neomezená moc a pravda terapeut. Na úrovni učitel - žák existuje hierarchie v rámci školy, učitel má autoritu (ať už přirozenou nebo vynucenou) a navazování otevřeného vztahu je obtížnější. Terapeut ani učitel by se někdy neměl stavět do role člověka, který všechno ví a všechno zná.
- Příliš mnoho práce.
 - Chyba, kdy terapeut vynakládá na léčbu více času, síly a iniciativy než pacient. To samé se může stát právě na úrovni učitel - žák. Učitel začne vyvíjet iniciativu a snaží se pomáhat (dozory při jídle, neustálé otázky na jídlo atd.), pokud se navíc toto děje bez předchozí domluvy s rodiči, je efektivita pomoci téměř nulová.

- Otevřená frustrace z nespolupráce pacienta.
 - Frustrovaným se může cítit terapeut, když pacientka nereaguje na léčbu, jak on by si přál. A začne toto dávat najevo zíváním, přerušováním pacientky. V rámci školy se toto může odehrávat například v této situaci: třídní učitel vyvíjí velkou iniciativu, ale nedostává se mu žádné zpětné vazby.
- Přílišné přijímání odpovědnosti za pacientovo chování.
 - Pokud nemá pacientka (žákyně) v léčbě pozitivní výsledky, začíná si terapeut (učitel) klást za vinu nedostatečné pokroky.
- Jednání podle předpokladů a ne podle vlastního pozorování a vnímání.
 - Terapeut (učitel) jedná podle vlastních předpokladů. Například: učitel již za svou délku učitelské praxe vyučoval 1 žákyni s mentální anorexií, kde se mu osvědčilo, po předchozí domluvě s rodiči, provádět určitý druh supervize stravování (přestávky, jídelna). Nyní předpokládá, že tento způsob řešení bude u současné nemocné stejně efektivní, ale nezohledňuje individualitu dalšího případu.
- Ztráta hranic a duální vztahy.
 - Udržet hranici mezi osobním a profesionálním vztahem bývá někdy obtížné. Prolínání pracovního a osobního prostoru nevede k pozitivním efektům.

Quisová (2009, s. 10) doplňuje výčet možných komunikačních chyb:

- bleskové diagnózy
- zevšeobecňování, bagatelizace
- monologizace
- racionalizace (klient pouze jako „případ“, chybí jistá dávka emočnosti)
- abstrakce (nesrozumitelná mluva v termínech)
- chození kolem horké kaše (vzbuzuje v pacientovi nejistotu a obavu z neřešitelnosti situace)

3.6 Postoje učitelů

Čáp (2001, s. 149) definuje postoj jako získaný motiv vyjadřující jedincův vztah k určitému objektu. Postoj zahrnuje tři složky:

- poznání objektu a názory na něj
- citové hodnocení tj. sympatie a antipatie, láska a nenávisť či lhostejnost
- pobídka k jednání či chování v souladu s názorem a emočním hodnocením, popřípadě návyk, navyklou formu takového chování či jednání.

Mareš, Křivohlavý (1990, s. 132) upřesňují definici učitelova postoje jako hodnotícího vztahu. Učitelův postoj je tvořený nejen rozumovým poznáním, ale také citovým hodnocením žáka.

Učitelé mají k většině žáků často vyhraněné postoje ať už kladné či záporné. To je dáno také existencí komunikačních chyb a stereotypů a v neposlední řadě předsudků.

Postoj učitelů k žákům se promítá do celé podoby pedagogické interakce. Postoj může být ovlivněn například následujícími faktory: komunikativnost a celkově sociabilita žáka, tedy sdružování, společenskost, schopnost vstupovat do vzájemných vztahů v rámci třídy a v rámci celé školy - ostatní žáci školy mimo kmenovou třídu, třídní učitel a ostatní předmětoví učitelé. Postoj učitele může být dále ovlivněn kontextem, tzn., že ho ovlivňuje celá třída.

Mareš, Křivohlavý (1990, s. 134-136) zmiňují fakt, že v roce 1974 byla uveřejněna přehledová studie autorů Broophyna a Gooda, která zjišťovala, jaké mohou být postoje učitelů k žákům a jakým způsobem se projevují. Nejedná se tedy přímo o postoje k žákům s poruchami příjmu potravy, ale spíše o vytvoření možné typologie učitelů k učebním stylům žáků. Tuto diferenciaci je možné rámcově využít i pro potřeby mého výzkumu.

- výrazně kladný postoj učitele k určitým žákům
 - Žáci jsou aktivní a iniciativní.
 - Projevy ve vyučování: tito žáci se často hlásí a odpovídají správně. Učitel jim nedává průběžně zpětnou vazbu, pokud je vyvolá, poskytne jim delší prostor k samostatnému projevu.
 - Učitel dává najevo těmto žákům svou důvěru a sympatie a verbálně i neverbálně je dává za vzor ostatním žákům.
- mírně kladný postoj učitele k určitým žákům

- Žáci, kteří nejsou při hodinách příliš aktivní, při odpovědích se dopouštějí často chyb.
- Většinou se jedná o žáky pomalé, průměrné, ale snaživé.
- Učitel jim průběžně pomáhá a poskytuje zpětnou vazbu, často volí osobní kontakt a individuální přístup.
- Zaměřuje se spíše na žákovo učení než chování.
- Učitel dává najevo své přesvědčení, že se žáci mohou zlepšit.
- neutrální postoj učitele k určitým žákům
 - Žáci, kteří jsou při hodinách pasivní a nehlásí se, pokud je učitel vyvolá, odpovídají poměrně správně.
 - Většinou s nimi nejsou kázeňské problémy.
 - Vyhýbají se kontaktu s učitelem, nebo se jej snaží omezit na minimum.
 - Velmi široká a vnitřně strukturovaná skupina žáků.
 - Sociální komunikace mezi učitelem a daným žákem je velmi omezená. Tento fakt pramení z učitelova neutrálního postoje, kdy v podstatě nemá prostor pro poznání žáka.
 - Představy učitelů o těchto žácích jsou velmi zkreslené a učitelovy kontakty jsou neosobní, s minimem citové účasti.
- záporný postoj učitele k určitým žákům
 - Žáci, kteří jsou při hodinách živí, rušiví a často vyrušují.
 - Při hodinách se nehlásí, pokud odpovídají, často se dopouštějí chyb.
 - Časté jsou kázeňské problémy, agresivita a mezery ve vědomostech.
 - Jedná se o podprůměrné žáky, kteří neprospívají.
 - U učitelů vzniká záporný postoj k těmto žákům.
 - Vzhledem ke kázeňským prohřeškům mají učitelovy kontakty s žákem charakter nesouhlasu, napomínání, vyhrožování či trestu.
 - Učitelé se vyhýbají veřejné komunikaci s těmito žáky a jsou k jejich práci mnohem kritičtější než k práci ostatních.

Tuto kapitolu bych ráda uzavřela slovy Mareše a Křivohlavého (1990, s. 136)

„Způsob, jímž učitel s žáky mluví, jak se přitom tváří atd., nemůže neovlivnit jejich školní výkon, jejich osobnostní vlastnosti. Žák (ať už patří mezi oblíbené, nebo neoblíbené), mění svůj vztah k učiteli, k danému předmětu, ke škole. Mění svůj způsob učení, začne jinak hodnotit sám sebe i své okolí. Přitom nejde vždy o změny k lepšímu.“

III. Výzkumná část

1. Metodologický rámec výzkumu

Pro tuto práci byla zvolena kvalitativní forma výzkumu. Tato forma se jevila jako nejvhodnější z důvodu malého počtu respondentů. Umožňuje jít do hloubky problému a jeho podrobný popis.

1.1 Cíle výzkumu a výzkumné otázky

Pro tento kvalitativní výzkum jsem vytvořila tři základní cíle a z nich vyplývající otázky, na které bych chtěla získat odpovědi.

- 1. cíl: Prvním cílem bylo vysledovat a popsat zkušenosti s poruchami příjmu potravy, a to obecně z hlediska informovanosti učitelů, ale také z hlediska pedagogické praxe.
 - Otázka číslo 1: Jaké jsou zkušenosti učitelů s poruchami příjmu potravy z hlediska informovanosti a orientace v této problematice?
 - Otázka číslo 2: Jakým způsobem zachytili poruchu příjmu potravy u studentky, kterou učili?
 - Otázka č. 3: Věděli spolužáci či učitelé o nemoci studentky? (otázka cílená na studentky)

- 2. cíl: Druhým cílem bylo zmapovat, jakým způsobem se učitelé angažovali v problému poruch příjmu potravy z hlediska pedagogického. V rámci tohoto cíle jde také o posouzení efektivity tohoto angažování z pohledu studentek s poruchami příjmu potravy.
 - Otázka číslo 4: Jakým způsobem, pokud ano, se učitelé angažovali v problému poruch příjmu potravy?
 - Otázka číslo 5: Jak posuzují míru efektivity pomoci studentky s poruchami příjmu potravy?
 - Otázka číslo 6: Jakým způsobem probíhala komunikace s rodinami nemocných studentek?

- 3. cíl: Třetím cílem bylo zjistit explicitní a implicitní vyjádření postoje učitelů ke studentkám s poruchami příjmu potravy v rámci rozhovoru.
 - Otázka číslo 6: Jaký je postoj učitelů ke studentkám s poruchami příjmu potravy? (srovnání obecného názoru s konkrétní zkušeností z učitelské praxe).

1.2 Zkoumané soubory

K výběru mnou sledovaných souborů jsem použila kombinaci dvou metod, a to metodu záměrného (účelového) výběru a metodu sněhové koule.

U první jmenované metody se jednalo konkrétně o prostý záměrný (účelový) výběr. Jedná se o nejrozšířenější metodu výběru při aplikaci kvalitativního přístupu. Do zkoumaného souboru tedy byli vybráni respondenti splňující níže uvedená kritéria a současně souhlasili s výzkumem.

V mém případě šlo tedy o oslovení učitelů a učitelek středních škol a také studentek s poruchami příjmu potravy. Metoda prostého záměrného (účelového) výběru byla realizována pomocí krátkého dotazníku, který zjišťovat základní informaci a to, zda respondent v průběhu své učitelské praxe přišel alespoň jednou do styku (tzn. přímo studentku učil, byl jejím třídním učitelem, neučil jí, ale věděl, že je nemocná) se studentkou s poruchami příjmu potravy. Pokud byla odpověď kladná a učitel do dotazníku uvedl i kontaktní údaje, tudíž s výzkumem souhlasil, byl zařazen do výzkumu.

Pro výběr účastníků jsem si stanovila následující kritéria:

- Učitelé, kteří v rámci své učitelské praxe přišli alespoň jedenkrát do styku se studentkou s poruchami příjmu potravy.
- Bývalé či současné studentky středních škol, které buď trpěli, nebo trpí některou z poruch příjmu potravy (mentální anorexie, mentální bulimie).

S metodou prostého záměrného (účelového) výběru jsem kombinovala také velmi často používanou metodu - metodu sněhové koule. V případě této metody byl takzvanou nultou fází kontakt s učitelem v rámci dotazníkového šetření. Učitelé, kteří na

základě odpovědí v tomto šetření postoupili do dalšího výkonu, poté nominovali další učitele, o kterých věděli, že vyhovují nastaveným kritériím.

Participantů na tomto výzkumu tedy pocházeli z řad učitelů středních škol a také z řad - ať už stávajících či bývalých - studentek různých typů středních škol.

Tabulka č. 1: Popis prvního výzkumného souboru - učitelé středních škol

	Věk	Délka praxe v letech	Aprobace	Typ školy
U1 - M	41	14	ČJ-D	Gymnázium
U2 - Ž	50	24	ČJ-HV	Technické lyceum
U3 - Ž	55	34	ČJ-D	Gymnázium
U4 - Ž	25	1	Z-Bi	Gymnázium
U5 - Ž	25	1,5	ZSV-AJ	Střední zdravotnická škola
U6 - Ž	25	1	ZSV-AJ	Technické lyceum
U7 - Ž	48	22	MA-Z	Střední zdravotnická škola
U8 - Ž	45	19	FY-IT	Gymnázium
U9 - Ž	30	4	TV-BI	Střední zdravotnická škola
U10 - M	38	12	ČJ-NJ	Gymnázium

První výzkumnou skupinu (viz tabulka č. 1) tvořilo 10 učitelů z 3 typů středních škol (gymnázium, obchodní akademie, technické lyceum). Z hlediska pohlaví se jednalo o 8 žen a 2 muže. Průměrný věk účastníků byl 38, 2 let a jejich průměrná délka praxe 13, 2 let.

Tabulka č. 2: Popis druhého výzkumného souboru - studentky středních škol

	Věk	Počátek nemoci	Uzdravení	Druh nemoci	Typ SŠ
S1	25	v 18 letech	23	MA	Obchodní akademie
S2	26	v 15 letech	25	MA/MB	Gymnázium
S3	25	ve 14 letech	stále	MA/MB	Gymnázium
S4	25	v 15 letech	20	MA	Gymnázium
S5	24	v 19 letech	21	MB	Gymnázium

Druhou výzkumnou skupinu (viz tabulka č. 2) tvořilo 5 dívek, které v době, kdy trpěly některou z poruch příjmu potravy (mentální anorexie, mentální bulimie) navštěvovaly střední školu.

1.3 Popis výzkumného prostředí

Výzkum byl realizován rozhovory s učiteli. Rozhovory s učiteli probíhali v prostředí školy, kde daný učitel učí, a to v kabinetu. Jedná se o tři druhy středních škol: gymnázium, střední zdravotnická škola a technické lyceum.

Rozhovory s dívkami se uskutečnily v jejich domácím prostředí.

1.4 Etické zásady výzkumu

Účast na výzkumu byla zcela dobrovolná. Participantů měli možnost kdykoliv od výzkumu odstoupit. Stejně tak pokud z nějakého důvodu nechtěli, nemuseli odpovídat na všechny otázky nebo mluvit o některých pro ně citlivých či ryze osobních tématech. Žádný z respondentů - učitelů tuto možnost však nevyužil. Z respondentů - studentek tuto možnost využila jedna dívka, která odmítla přesně odpovědět na otázku o délce trvání jejího onemocnění, v průběhu rozhovoru ale zodpověděla i tuto otázku.

Od každého z participantů jsem dostala dobrovolný ústní souhlas. A to vždy poté, co byli seznámeni s průběhem výzkumu a za jakým účelem jsou data sbírána, kde budou použita a kdo všechno k nim bude mít přístup. Dále také byli informováni o tom, které osobní údaje budou ve výzkumu uvedeny (pohlaví, věk).

Klientkám i studentkám byla také zaručena anonymita. K ochraně jejich osobních dat poslouží přiřazení kódu, který se u učitelů skládá z hlásky U, označení pohlaví hláskou M - muž a Ž - žena a jejich pořadí ve výzkumu. Studentky jsou označeny hláskou S a také číslem označujícím jejich pořadí ve výzkumu. Vzhledem k tomu, že ve výzkumném souboru studentek šlo o samé ženy, není třeba v kódu označení odlišovat pohlaví.

Participantům ještě před začátkem výzkumu byla slíbena menší odměna za ochotu spolupracovat. A to, že až bude práce dokončena, zašlu každému dotazovanému kopii, aby se mohli seznámit s výsledky výzkumu a s dalšími fakty z něj vyplývajícími. Tento fakt byl participantům sdělen již před začátkem výzkumu, aby je toto sdělení motivovalo pro začlenění do výzkumu.

1.5 Aplikovaná metodika

1.5.1 Sběr dat

Pro tento výzkum byly použity pouze kvalitativní postupy, konkrétně se jedná o kvalitativní evaluaci. Tedy hodnocení daného jevu - poruch příjmu potravy. Přesně se

jednalo o typ responzivní evaluace - hodnocení jak poruchy příjmu potravy působí na studentky trpící některou z poruch příjmu potravy a jejich učitele zda lze v tomto působení nalézt nějaké vzorce či schémata (Miovský, 2009).

Vzhledem k zvýšení validity dat byly použity tyto tři metody:

- Polostrukturované interview s učiteli.

Byly vytvořeny okruhy otázek pro učitele (viz příloha 1), které vycházely z poznatků literatury zabývající se touto problematikou a z celkové teoretické části této diplomové práce, zároveň však také z předpokladů vzniklých zkušeností (učitelská praxe začínajícího učitele). Každému účastníku výzkumu z řad učitelů byly položeny všechny otázky a dle potřeby a příležitosti i některé navíc.

Pro výzkum byly poté vybrány jen ty sekce, které se k němu nějakým způsobem vztahovaly, protože učitelé jinak sdělovali i řadu dalších informací navíc.

Otázek z tematických okruhů pro učitele bylo více a byly zaměřené především na zkušenosti učitelů s poruchami příjmu potravy z hlediska pedagogického a také celkově na jeho zkušenosti s danou problematikou.

- Polostrukturované interview se studentkami

Druhou využitou kvalitativní metodou bylo opět polostrukturované interview. V tomto případě se studentkami trpícími na střední škole některou z poruch příjmu potravy. Stejně jako u výzkumného vzorku učitelů byly vytvořeny okruhy otázek pro studentky (viz příloha 2) vycházejících opět z literatury a teoretické části práce. Také byly položeny všechny otázky, dle příležitosti i některé navíc.

Otázek z tematických okruhů pro studentky bylo méně a byly zaměřené na zkušenost studentek s učiteli v období, kdy byly nemocné a studovaly střední školu.

- Textové dokumenty

Je pravdou, že metoda textových dokumentů má své klady i zápory. Jedná se totiž o statistická data, kdy jsem již jako výzkumník nemohla ovlivnit jejich obsah.

Konkrétně se jednalo o deník, který si vedla jedna z respondentek v období nemoci a je zde několik zmínek i o škole a učitelích. Dále se jedná o korespondenci, kterou si vyměňovala třídní učitelka z gymnázia se studentkou hospitalizovanou z důvodu anorexie v Praze.

Tyto tři výzkumné metody by měly zvyšovat validitu dat. Této metodě se říká triangulace metod získávání dat. Další způsob minimalizující zkreslení vznikající při

procesu získávání dat je triangulace zdrojů dat. V případě tohoto výzkumu je triangulace zdrojů dat uskutečněna kombinací těchto zdrojů: data získaná od učitelů, data získaná od studentek a také tzv. sekundární literatura, např. dříve realizované výzkumy na toto téma, a to výzkum Davida Kelnara na téma informovanosti pedagogických pracovníků základních škol o poruchách příjmu potravy.

Tři druhy použitých metod slouží také k tomu, aby všechna získaná data byla co nejucelenější.

Získávání dat od učitelů, jak již bylo řečeno, proběhlo vždy v prostorách školy, tedy v kabinetě, kde byl přítomný pouze učitel a výzkumník. Interview se studentkami proběhlo v jejich domovech, čímž byl také zaručený klid pro rozhovor.

Deník dívky psaný při hospitalizaci a také korespondence mi byly zapůjčeny po uskutečnění rozhovorů.

1.5.2 Metody analýzy dat

U všech participantů byl s jejich souhlasem pořízen audiozáznam, který byl pak doslovně transkribován (včetně zachycení mimiky a tónu hlasu). Z tohoto záznamu (protokolu) byly nakonec použity ty pasáže rozhovorů týkající se přímo výzkumu a výše uvedených výzkumných otázek. Poté jsem přepsané rozhovory vyhodnotila metodou otevřeného kódování.

Metoda otevřeného kódování je operace, při které dochází k rozebrání údajů, kdy je text rozbit na různě dlouhé jednotky (např. slovo, věta odstavec) a těmto jednotkám jsou přidělena jména (kód). Kód je slovo nebo krátká fráze, která vystihuje jednotlivou část textu a odlišuje je od ostatních (Švaříček, Šed'ová a kol., 2007).

Kategorie kódů byly dále vytvořeny podle jejich podobnosti a vnitřní souvislosti. Tímto vznikla struktura a systém práce, neboť jednotlivé kódy byly seřazeny a sloučeny do různých kategorií.

K dalšímu zpracování dat byly použity dílčí postupy analýzy kvantitativních dat a to: metoda vytváření trsů, metoda zachycení vzorců, metoda prostého výčtu a metoda kontrastů a srovnávání. (Mioviský, 2009).

Všechny tyto postupy odpovídají potřebám výzkumu, jeho analýze a interpretaci dat.

2. Výsledky výzkumu

Výsledky výzkumu jsou prezentovány podle tří vytyčených cílů a výzkumných otázek, které jsou popsány v kapitole 2.1. V rámci každého z výzkumných okruhů jsou výsledky dle potřeby rozděleny do dalších kategorií.

2.1 Výsledky prvního cíle

První výzkumný cíl byl rozdělen do tří okruhů korespondujících s třemi výzkumnými otázkami.

2.1.1 Výsledky první výzkumné otázky

První výzkumnou otázkou bylo, jaké jsou zkušenosti učitelů z hlediska obecné informovanosti a orientaci v problematice poruch příjmu potravy.

U učitelů byly rozlišeny celkem čtyři informační toky, ze kterých se nejdříve dozvěděli o poruchách příjmu potravy z odbornějšího pohledu. Byly sem zařazeny zdroje informací, které se vyskytly alespoň u dvou participantů během polostrukturovaných rozhovorů. Patřily sem tyto primární informační zdroje: vysoká škola, odborné semináře pro učitele na středních školách, samostudium, vlastní praxe.

1. vysoká škola

Vysokou školu jako primární informační zdroj uvedli tři respondenti. Je zajímavé, že se jednalo o mladé začínající učitele s praxí maximálně do 2 let po vysoké škole. Odborného seznámení s poruchami příjmu potravy se těmto učitelům dostalo v rámci pedagogicky a psychologicky zaměřených předmětů.

Dva respondenti z výše uvedených, ale také upozornili na nedostatečnost a neúplnost informací na vysoké škole. Možným problémem z jejich pohledu je přílišně zaměření na teorii poruch příjmu potravy, ale naprosto nedostatečné je vysvětlení možností praxe.

„ ... ty informace na vysoký byly poměrně povrchní, takže ... jo, dozvěděla jsem se nějaký věci odbornějšího rázu, ale že by mě to nějak připravilo na realitu praxe, tak to fakt ne.“

„Jako ono to zajímavý je ... poslouchat o tom a tak, ale pak když jsem začala učit a měla tam tu holčinu s ... anorexií, tak mi byly všechny ty ... poznatky z vejšky úplně na nic, prostě nestačily ...“

U respondentů s větší délkou praxe tj. v tomto případě praxe nad 20 let, se celkem třikrát objevilo tvrzení, že v době, kdy studovali vysokou školu, poruchy příjmu potravy nebyly, jedna z respondentek toto tvrzení upřesňuje tím, že poruchy příjmu potravy pravděpodobně existovaly, jen se o nich nemluvalo.

„ ... já jsem o tom poprvé slyšela ... asi někdy v devadesátých letech na vysoký, to tím totiž trpěla spolužačka ... ale v rámci studia jsem se nedozvěděla vůbec nic, to bylo jako by tohle vůbec nebylo...“

2. odborné semináře pro učitele na středních školách

Významným činitelem v informovanosti učitelů jsou odborné semináře. Všech deset učitelů se již zúčastnilo odborného semináře týkajícího se poruch příjmu potravy. Učitelé se ale odlišují v posouzení efektivity a přínosnosti těchto seminářů.

„ to funguje tak, že do školy přijede nějaký odborník ... tak si sedneme ve sborovně ... a prostě se o tom mluví ... o tom jevu, jako jak my s tím máme pracovat, nebo jak reagovat třeba na ty problémy, který vzniknou ...“

„... my jsme si sedli jako učitelé všichni dohromady, ... měli jsme tady z psychologický poradny, ... pracovníci o ničem...“

3. Samostudium

Dva respondenti uvedli, že informace získané na vysoké škole jim přišly nedostatečné, proto si je chtěli doplnit vlastním samostudiem. Jeden učitel přímo uvedl, že ho tato problematika nezajímá, a tudíž nemá důvod si iniciativně doplňovat a hledat další informace. Ostatní učitelé nové informace sami aktivně nevyhledávají, ale pokud se jim dostane do ruky odborný článek, tak si ho přečtou.

„... tak já si myslím, že už určité poznatky mám jak z praxe, tak z jiných zdrojů ... ale i tak si sem tam přečtu nějaký článek, který se mi dostane do rukou...“

4. Vlastní praxe

Důležitým informačním zdrojem je především také vlastní praxe učitelů. Ve chvíli, kdy se objeví ve škole studentka s poruchou příjmu potravy, cítí většina učitelů povinnost učinit jakési kroky. Jedna z respondentek uvedla, že o této problematice vůbec nic nevěděla, ale když se kolegyni ve třídě objevila dívka s mentální anorexií, řešily tuto situaci spolu a základní informace získávala právě od kolegyně.

„... takže ona přišla K., to je ta moje kolegyně, co učí zeměpis, že má ve třídě tenhle problém ... no a já tu holčinu měla na češtinu, ... takže jsme to řešily spolu ... já toho moc o anorexii nevěděla, jenom že je moc hubená ... takže v podstatě mi ty základní informace řekla ta kolegyně...“

Z analýzy rozhovorů vyplývá, že učitelé v dnešní době jsou informováni o poruchách příjmu potravy, liší se tedy zejména hloubka jejich poznatků a zdroje, ze kterých získali primární eventuálně sekundární informace.

2.1.2 Výsledky druhé výzkumné otázky

Druhá výzkumná otázka byla již cílena na konkrétní zkušenost učitelů, a to jakým způsobem zachytili poruchu příjmu potravy u studentky, kterou učili. U učitelů byly identifikovány celkem čtyři způsoby, jakým způsobem zjistili výskyt mentální anorexie či mentální bulimie u dané studentky. Jak bude řečeno níže, často dochází k prolínání těchto způsobů, protože učitelé sami mají často určité podezření, ale raději si ho potvrdí ještě z jiných zdrojů.

1. Pozorování samotných učitelů

Vzhledem k tomu, že zejména mentální anorexie je poruchou, kterou provází výrazná změna fyzického vzhledu, uvedlo šest učitelů, že si postupné změny, nejprve fyzické, dále pak i psychické, všimli nejprve sami.

„... anorektičku jsem měla v mý bejvalý třídě milovaný ... tak to sem vlastně ve svý podstatě ji odhalila já, trvalo to tak třičtvrtě roku a fakt jsem po ní šla, ale natvrdo ... bylo vidět, že je hubenější a hubenější a po prázdninách když přišla, tak ... černý kruhy pod očima, úplnej věchýteček, ... no tak jsem na ní šla rovnou: ty nejíš, vid'?...“

„... no tak ta žákyně v podstatě začala být hrozně unavená, to znamená, že mi ve škole usínala, hodně často odbíhala na záchod a ... tak jsem po tom šel a zjistil jsem, že prostě .. no, že má problémy tady s tím...“

„... tak jsem si všimla, že se mění ... hm ... snažila se v těch hodinách být ... neviditelná, už se nehlásila nebo ani neodpovídala, zdála se mi unavená a podobně...“

2. Spolužáci

Spolužáky studentek s poruchami příjmu potravy, oslovili učitelé vždy spíše za účelem potvrzení svého podezření. Z dotazovaných učitelů tuto možnost využili všichni dotazovaní. Oslovení spolužáků buď předcházelo, nebo následovalo po přímém oslovení dané studentky učitelem. Je zajímavé zdůraznit, že téměř všichni respondenti brali výpovědi spolužáků jako daný fakt, pouze dva z dotázaných učitelů upozornili na možnost zkreslení informací získaných právě od spolužáků.

„... no a pak jsem si pozvala holky a oni mi to řekly ... že sice chodí do jídelny, ale že tam nic nesní ... tak jedno jablko třeba za celý den a tak ...“

„... když ji odvezli do nemocnice, tak jsem občas zašel do třídy a tam jsem se ptal holek, jestli ví něco nového, jestli je už J. líp ...“

„... vyloženě informace od spolužáků ne, ... přišlo mi to, že zbytečně budu upozorňovat na její problém, nějakým způsobem ji vypichovat: podívejte se, co s ní je, ... tak to ne...“

„... no tak tenhle přístup já naprosto neuznávám, myslím si, že za prvně kamarádka ... co to je kamarádka? To je jedna věc, jestli vůbec je to kamarádka, když se spolu baví, když spolu sedí, jestli jsou kamarádky a myslím si, že tohle jsou právě věci ... a tohle se mi vůbec nelíbí, protože řešit něco přes nějaký kamarádky: a co je s Mařenkou? a že je divná, tak tam se můžu dozvědět informace, který jsou úplně mylný, takže tedy já si myslím je potřeba jít napřímo...“

3. Rodina

Učitelé uváděli, že všech případech s rodinou spolupracovali, ale pouze v jednom případě se o nemoci své studentky dozvěděli od matky dané studentky. Jednalo se o případ mentální bulimie, kde vnější projevy nebyly tak markantní jako u mentální anorexie.

„ ... ta měla pravděpodobně bulimii, ale to jsme ve škole nepozorovali, že by měla nějaký problémy ... to jsme se dozvěděli díky její matce, že tohle dělá ... “

4. Kolegové ve škole

Pouze jedna respondentka uvedla, že se o nemoci své studentky (nebyla třídní učitelkou) dozvěděla z rozhovorů svých kolegů.

„ ... no, jenom vím ... jako že takový to: Slyšeli jste o tom?, ta XY má prej anorexii... “

2.1.3 Výsledky třetí výzkumné otázky

Otázka, zda učitelé a spolužáci věděli o tom, že studentka trpí mentální anorexií nebo mentální bulimií byla cílená přímo na studentky. Tato otázka má ve svém výzkumu své místo, je to z toho důvodu, aby bylo zřejmé, zda mohou studentky svou nemoc před spolužáky a učiteli utajit.

Odlišnosti se objevují v souvislosti s druhem poruchy příjmu potravy. Jak už bylo několikrát řečeno u mentální anorexie je proměna vzhledu velmi viditelná, u mentální bulimie je možnost vypátrat projevy nemoci složitější. Všech pět respondentek uvedlo, že spolužáci i učitelé si poruchy buď všimli v souvislosti s velkým váhovým úbytkem, nebo když nejprve vynechávaly obědy a později na ně přestaly úplně chodit.

V případě mentální bulimie se tuto informaci dozvěděli učitelé, když bylo třeba řešit individuální vzdělávací plán.

U obou poruch platí, že někteří spolužáci byli informováni přímo od daných studentek, protože byli kamarády, nebo protože nemocná považovala za vhodné, aby to věděli.

„... u mentální anorexie to všichni věděli téměř hned, protože to bylo i dost vidět ... u bulimie ... jen pokud jsem to musela říct učitelům kvůli individuálnímu plánu ... nebo kvůli hospitalizaci ... nebo jsem to řekla některým spolužákům, protože jsem chtěla ... ono ... pak už to věděli všichni ... “

„ tak on to nejdřív nevěděl nikdo, ... pro všechny jsem byla hlavně nemocná s játrama a tak ... časem se to ve škole prosáklo, protože jsem byla dlouho hospitalizovaná ... “

„ ... zvláštní je, že si toho učitelé i spolužáci všimli ... podle mě v jídelně ... já tam chodila fakt každé den, ale skoro všechno jsem vracela, tak jim to přišlo divný ... a pak to hlavně bylo už dost vidět na postavě ... “

2.2 Výsledky druhého cíle

2.2.1 Výsledky první výzkumné otázky

Jakým způsobem se angažovali učitelé v problému poruch příjmu potravy u svých studentek? Z rozhovorů vyplynulo, že učitelé se angažovali ve dvou rovinách. A to za první v rovině výchovné a za druhé v rovině vzdělávací.

1. Výchovná rovina

Angažovanost na osobní a výchovné rovině byla realizovaná v menším počtu případů. Projevovala se snahou učitelů o důvěrné rozhovory, snahou o to zjistit, jak se studentka cítí i otázkami směřovanými na příčiny nemoci. Extrémní polohou těchto snah je i důsledná kontrola svačin či obědů studentky.

„takže já jsem, třeba když jsem jí testovala, jestli jí nebo nejí, tak jsem třeba šla a koupila jí koblihu: A teď ji sněz, Pavlo! ... a ona ji přede mnou snědla ... musela ji teda sníst přede mnou ... ona byla vcelku poslušná, když jsem na ni uhodila ... ale na druhou stranu ... já jsem za ní nemohla každou přestávku nebo každé den ... “

„ ... nám na chodbách fungují dozory ... a ona si za mnou třeba chodila povídat i sama ... ne stěžovat ale povídat ... “

„ ... vzala jsem si jí stranou a ptala se jí: Proč nesvačíš?, Ty nemáš svačtinu?, Kdy jdeš na oběd?, Co bylo k obědu? ... a tak ... nevím, jestli to bylo co k čemu ... “

U každého z deseti respondentů zaznělo, že poruchy příjmu potravy jsou problémem zejména rodiny, škola může pomoci, ale léčba je hlavně v režii rodiny.

„ ... věc, kterou musí z 90% vyřešit rodina, škola nepomůže, škola může maximálně pohlídat třeba pitnej režim, nebo zabezpečit to, že jídlo může mít, ale hlídat a nějakým způsobem nutit někoho ... tohle je absolutně stoprocentně věc rodiny, já na to můžu upozornit jako kantor a mám asi nějakým způsobem s tím pracovat, to jo ... “

2. Vzdělávací rovina

Polovina učitelů uvádí, že ačkoliv se jednalo o nemocné studentky, do okamžiku kdy byly hospitalizované, se porucha nedotkla jejich studijního výkonu, tudíž nebylo třeba přistupovat k nim individuálně. A i když byly studentky hospitalizované, byly schopné si látku velmi rychle doplnit a doučit a nemusely tedy opakovat celý ročník.

„... prospěchově se jednalo o průměrnou holku, takže tam to taky nějak extra dolů nešlo, takže tam jsem taky žádný úlevy nedával ... “

„... bylo s podivem, že ona takhle nemocná, v podstatě absolutně vyčerpaná ... to bylo vidět, jak nemá energii ... a výsledky měla nejlepší ze třídy ... “

„... vyloženě školní výsledky, jako třeba prověrky nebo tak, to snad ani ne, že by se prospěch rapidně zhoršil, tak to nemůžu říct ... “

2.2.2 Výsledky druhé výzkumné otázky

Tato otázka je úzce spjatá s předchozí. Výstupem by mělo být určité srovnání úhlů pohledu na výše uvedenou angažovanost učitelů. V první řadě je popsán určitý výčet možné pomoci z úhlu pohledu studentek, v druhé řadě posouzení efektivity této pomoci.

Všech pět respondentek odpovědělo, že se ve škole ze strany učitelů setkaly jak s tzv. metodou „nátlaku“, tak s pomocí s učivem v podobě určitých úlev či tvorbě individuálního vzdělávacího plánu.

„... to mi jedna učitelka třeba říkala, jak jsem strašně hubená, jak vypadám hrozně ... pak přitvrdila otázkama typu: Jíš?!, Musíš mít rozum! ... “

„... třídní učitel se mi snažil pomáhat v rámci učiva, to můžu říct, že jo ... nemůžu říct, že by mě nějak topil... vůbec jsem necítila, že mě lidsky odsuzuje, ale na druhou stranu:

k tomu, že jsem měla nějaký problém, se vůbec nevyjádřil, opravdu řešil pouze moji dlouhodobou absenci ve škole, ale že bych od něj cítila, že mě odmítá či podporuje, tak to ne ...“

Každá studentka zdůraznila fakt, že zásadní roli v přijetí či nepřijetí jejich „pomáhání“ tvořila osobnost učitelů a dokonce i předmět, který vyučovali. Jedna respondentka uvedla, že jí povídání s učitelkou českého jazyka nevadilo, protože ji respektovala jako člověka a také měla ráda její předmět.

„... jasně, že záleželo na konkrétním kantorovi, ... já v té době měla důvěru tak k jednomu, maximálně ke dvěma ... tam ten můj přístup k tomu, že si se mnou chtěli o tomhle povídat byl, do jisté míry, i pozitivní ...“

Všechny respondentky došly k závěru, že v rámci přístupu učitelů převládal spíše neutrální přístup, i když se objevovaly i extrémní typu „nátlaku“ a „pohledu přes prsty“.

„ ... prostě byli všichni takoví ... milí, ale to je tak všechno ...“

Vzhledem k tomu, že respondentky mají střední školu již absolvovanou, hodnotí efektivitu pomoci s určitým časovým odstupem a nadhledem. Pokud tedy hodnotí efektivitu pomoci, shodují se na hodnocení typu žádná či nedostatečná, ale upozorňují i na další aspekty - jako na to, že ve škole by pomoc stejně aktivně nehledaly.

„ ... ve škole žádná efektivita toho všeho fakt nebyla ... ale ani bych to nechtěla ... to, že mi přizpůsobovali školu, bylo dostačující ...“

„ ... na školní úrovni hodnotím míru pomoci jako poměrně nedostatečnou ... hlavně z hlediska pozornosti, snaže něco řešit, či se o to aspoň pokusit ... ale pravdou je, že škola byla poslední místo, kde bych pomoc hledala a učitelé nebyli zrovna ti, od kterých bych ji brala ...“

„ ... ono dneska těžko hodnotit ... kdokoliv by za mnou přišel i s pomocnou rukou, tak ho asi odmítnu ... fakt jsem si to chtěla řešit sama a po svém ... když mně někdo vyloženě nutil do jídla, tak jsem prostě šla do obrany ...“

2.2.3 Výsledky třetí výzkumné otázky

Již bylo několikrát uvedeno, že i sami učitelé apelují na funkci a roli rodiny v problematice poruch příjmu potravy.

Učitelé uváděli, že pokud se tato porucha ve škole objeví, musí škola především kontaktovat rodiče studentky a dále s nimi spolupracovat.

„ ... je třeba okamžitě informovat rodiče, škola do toho nemůže moc štourat, hlavně když by se proti tomu rodiče nějak stavěli ... “

Všichni dotazovaní učitelé uvedli, že rodiče vždy se školou spolupracovali. V některých případech se stalo, že se školou komunikoval jen jeden z rodičů, a to matka studentky. Učitelé uváděli, že z jejich pohledu rodiny studentek byly příliš pracovně zaneprázdněné, nebo z jiných důvodů neměli rodiče na své děti čas. Zkušenosti učitelů s rodiči jsou velmi různorodé, ale jak již bylo řečeno spojnicí je z jejich hlediska rys nefunkčnosti rodiny.

„... my s maminkou nespolečně pracovali poprvé ... tak jako byla ráda, že se vo tom nějak bavíme, ale nic v podstatě pro to neudělala ... “

„ ... maminka byla zdravotní sestra, pak ještě jeden úvazek, takže ona moc doma nebyla ... takže říkala, že si všimla, že dcera je nějaká hubená, ale že nemá čas kontrolovat jí, jestli jí ... to byla taková přezaměstnaná rodina ... “

„ ... rodiče byli vstřícní ... u jedné nemocné studentky se zrovna rozváděli, takže do školy chodila jen matka ... “

Rodiče spolupracovali vždy s třídním učitelem, tudíž mladí začínající učitelé z mého výzkumu, kteří zatím nemají přímou zkušenost s třídnictvím, spolupráci s rodinami nepopisovali. Pouze jeden z těchto mladých učitelů komunikoval s rodinou o doplnění učiva svého předmětu.

2.3 Výsledky třetího cíle

2.3.1 Výsledky první výzkumné otázky

Zjišťování postoje učitelů z jednotlivých témat polostrukturovaného rozhovoru bylo náplní této výzkumné otázky.

Pro zjištění obecného názoru učitelů sloužila otázka směřovaná na jejich názor a povědomí týkající se poruch příjmu potravy a kultu těla.

Každý z deseti respondentů odpověděl, že poruchy příjmu potravy vnímá jako nemoc. Jako příčiny uváděli učitelé různé důvody, v první řadě upozorňovali na nefunkčnost rodiny, dále na kult těla a v neposlední řadě tlak médií.

„... je to určitě nemoc ... jen nedovedu posoudit, zda jen fyzicky nebo spíše psychicky ... ale rozhodně takového člověka neodsuzuji ...“

„... dneska už je taková doba, že se ví o tom, že takovýchle nemocí jsou ...“

„ ... tak je to hodně diskutované téma spjaté s moderní dobou a podporovaným kultem krásy ... jedná se o nemocného člověka, který se musí léčit s individuálním přístupem ...“

„ ... je to nemoc, je to nemoc podle mě ... je spojená s tlakem z médií a z toho všeho ... prostě, kdo je tlustej, nebo kdo si myslí, že je tlustej, tak je nepřijatelný pro tuhle společnost podle mě ...“

Dva z tázaných učitelů přímo upozornili na fakt, že poruchy příjmu potravy jsou zatížené řadou společenských předpokladů a jejich příčinou nemusí být právě hlavně média, svět modelingu a celkově kult těla.

„... myslím, že tyhle holky si chtějí něco kompenzovat, nemusí vždycky jít o to být hubená v první řadě ...“

„ ... řekla bych, že to hubnutí není vždycky kvůli kráse ... takovým lidem je prostě potřeba pomoc ...“

Konkrétní názor učitelů na mentální anorexii a mentální bulimii byl zjišťován otázkou na danou studentku s touto nemocí, jíž učitel vyučoval. Sedm učitelů si stáli za obecným názorem na tuto problematiku, který uvedli na začátku interview, tzn., že poruchy příjmu potravy jsou nemocí a žákyním je třeba pomáhat. Co se týče jejich postoje, tvrdili, že ten se k dané studentce nezměnil.

„ ... vzhledem k tomu, že na škole nebylo třeba tyhle věci řešit důrazněji, tak si myslím, že jsem jí brala pořád stejně ... “

U dvou participantek byl zaznamenán postoj s tendencí ulevovat, u jedné dokonce vztah z roviny učitelka - studentka, přerostl do důvěrnější roviny, kdy si studentka s učitelkou dopisovala i z léčebny a posílala jí i dárky.

„ ... po tom, co jsem zjistila, že je nemocná, tak jsem se přistihla, že mám tendenci jí ulevovat ... ona prostě měla dost problémů sama se sebou ... “

„ ... jako já jsem k ní měla vždycky takovej osobní vztah ... já tady mám její fotku někde ... nemám ... jenom hlava, obrovský oči, černý kruhy a pod tím takový dětský tělíčko ... možná tady mám dárečky, co mi posílala, psaly jsme si ... ušila mi takový srdce, to dělali v rámci terapie ... tak ho udělala svojí ségře, mámě a mně ... “

Pouze u jednoho z učitelů se objevila určitá diskrepance mezi prvotní výpovědí a osobním postojem potvrzeným zkušeností. V první otázce tento participant uváděl, že poruchy příjmu potravy vnímá jako nemoc, ve druhé směřované na jeho praxi, ale uvedl, že sám neví, zda je mentální anorexie a mentální bulimie nemoc a že hlavní podíl viny nese nemocná sama.

„ ... těžko říct, jestli je to nemoc ... nemám rád, když se z toho dělaj velký bubliny ... takže jsem ani nechtěl, aby se to řešilo na poradě ... určitě bych to nerozmazával ... já se k ní choval furt stejně, ale určitě jsem jí nedával žádný úlevy, je to věc, kterou si zavinila sama ... říkal jsem si, že v tomhle stádiu to nemělo mít vliv na to, aby se nemusela učit ... nebo mít nějaký úlevy ... “

IV. Diskuze

V diskuzi se vyjádřím k obsahu mých zjištění a v souvislosti s tímto i k metodologickým problémům, které vznikly v průběhu vzniku práce a souvisejí s praktickou částí mé diplomové práce.

Výsledky výzkumu, ke kterým jsem došla, budou ovlivněny třemi hlavními faktory:

1. souborem učitelů a studentek, se kterými jsem pracovala,
2. metodami zvolenými k získávání dat,
3. metodami zvolenými pro zpracování dat.

Vycházela jsem nejen ze studia literatury, ale také ze své pedagogické zkušenosti a současně také ze zkušenosti studentky střední školy.

Počet participantů tvořící výzkumný soubor učitelů středních škol byl deset, studentek středních škol pět. Je pravdou, že celkový počet učitelů i studentek stačil k tomu, aby bylo dosaženo teoretické saturace. Výpovědi učitelů se začaly shodovat a tím bylo dosaženo teoretické nasycenosti dat. Na druhou stranu je důležité říci, že deset participantů je málo na to, aby bylo možné výsledky zobecnit na celou populaci učitelů a studentek v rámci středních škol. Data získaná tímto způsobem není možné považovat za relevantní.

Tento výzkum je tedy možné chápat spíše jako pilotní studii, která by měla dát odpověď na otázku, zdali je potřebné se tímto tématem opravdu zabývat. Literatury (viz teoretická část) zabývající se touto tematikou poruch příjmu potravy je velké množství, jedná se ale o úhly pohledu různých vědních disciplín: medicína, klinická psychologie, vývojová psychologie či sociální psychologie.

Vymezení možností spolupráce školy s dívkami trpícími některou z poruch příjmu potravy má v současné době velké mezery, a to stejně tak v praxi učitelů, jak právě i v literatuře. Myslím si, že oblast tohoto tématu není moc prozkoumaná a bylo by vhodné věnovat mu více pozornosti.

Výzkumný soubor tvořený učiteli a studentkami byl velmi heterogenní. V této skupině bylo celkem deset učitelů. Z toho dva muži a osm žen. Dalšími odlišnostmi byl věk participantů a délka praxe. Nejstarší učitelkou současně s nejdelší délkou praxe byla participantka ve věku 55 let s praxí ve školství v délce 34 let. Nejmladší participantkou byla 25letá začínající učitelka s osmiměsíční praxí. Průměrný věk dotazovaných učitelů byl 38, 2 roku a průměrná délka praxe 13, 2 let.

Vzhledem k tomu, že do výzkumu byli zařazeni celkem tři mladí začínající učitelé s praxí maximálně do 2 let a zbytek byl tvořen učiteli s praxí delší než dva roky, objevil se předpoklad, že se ve výzkumu objeví rozdílné názory vyplývající z věkových rozdílů. Tento předpoklad se potvrdil jen zčásti a u některých otázek. Mohlo to být způsobeno především faktem, že přístup a názor učitelů ke studentkám s poruchami příjmu potravy pramení spíše z jejich osobnostních vlastností a věkem může být pouze lehce ovlivněn.

Další proměnnou vstupující do tohoto empirického výzkumu také mohly být vlastní zkušenosti učitelů s mentální anorexií či mentální bulimií (např. osobní zkušenost, rodinná zkušenost, zkušenost ze svého blízkého okolí). Tento výzkum zkoumá poruchy příjmu potravy z pedagogického hlediska a z hlediska možností spolupráce školy, proto nebylo třeba brát tento fakt v potaz. Navíc se žádný z učitelů nevyjádřil k tomu, že by takovouto přímou zkušenost měl.

Data získaná od učitelů byla do jisté míry homogenní. Obávám se však, že se u nich objevil efekt morčete, způsobený přílišnou motivací a snahou vyhovět mi. Jedním z důvodů určité míry zkreslení informací ze strany učitelů, mohla být i snaha o odpovědi typu „takhle to má být“ (vymezení sociální role učitele dle pravidel daných školou a společností) tzn. očekávání ze strany druhých (i mně jako osoby výzkumníka), než o odpovědi typu „takhle to dělám já“ (pravdivé odpovědi tvořené nejen sociální rolí učitele, ale také jeho osobnostními rysy).

Informace získané od studentek není také možné považovat za úplně relevantní, protože jich bylo dotázáno pouze pět. Je ale zajímavé, že na tomto výzkumném vzorku studentek bylo dosaženo větší homogenity získaných dat než u učitelů. Jejich názory se shodovaly a byly použity především jako doplňkové.

Všechny studentky měly střední školu již vystudovanou. Čtyři respondentky v současné době studují vysoké školy a jedna již pracuje. Hodnocení efektivity pomoci učitelů ze strany učitelek tedy mohlo být poznamenáno časovou prolukou právě mezi ukončením střední školy a současností. Průměrná doba této proluky u čtyř studentek činila 5 let.

Studentky dále uvedly, že se již s mentální anorexií či mentální bulimií neléčí a považují se v tomto ohledu za zdravé, pouze jedna studentka uvedla, že se stále s danou nemocí léčí.

Druhou, neméně důležitou oblastí, je oblast metod zvolených k získávání dat od respondentů. Pro tento výzkum byla použita metoda polostrukturovaného interview

učitelů, polostrukturovaného interview studentek a metoda textových dokumentů. I přesto, že volba tří metod měla zajistit získání, co nejvíce kvalitních informací, není tento způsob dokonalý. Je to dáno především tím, že jsem neprovedla předvýzkum, a nezjistila, na co se konkrétně ptát a na jaká témata v rozhovoru se zaměřit.

Při tvorbě okruhů k rozhovorům jsem vycházela z dostupné literatury, a proto toto polostrukturované interview zajisté obsahovalo položky, které byly nadbytečné, anebo naopak některé důležité informace zůstaly opominuty.

Vliv na kvalitu získaných dat měl určitě i fakt, že výzkumník, tedy já, byl nezkušený a zajisté udělal během výzkumu spousty neprofesionálních chyb.

Třetím faktorem ovlivňující výsledky výzkumu, byl způsob a metody zvolené pro zpracování dat. Na výběr bylo mezi způsobem kvantitativního výzkumu, kvalitativního či smíšeného výzkumu. Pro účely mého výzkumu jsem vybrala způsob kvalitativního výzkumu, který skýtá obrovské možnosti ve smyslu proniknutí do dané problematiky hlouběji než u kvantitativního výzkumu, ale samozřejmě skýtá i řadu úskalí. Jak je často uváděno, je jedním z možných problémů bohaté množství dat, ale problémovým se může stát jejich systematický popis a zpracování. Umění rozlišit podstatné od nepodstatného je plně v režii výzkumníka a odvíjí se od vypracování výzkumných cílů, potažmo výzkumných otázek.

Metoda prostého výčtu je metodou na hranici mezi kvantitativním a kvalitativním přístupem, tuto metodu jsem využila pro zachycení frekvence a četnosti daného jevu, tato metoda slouží k vytvoření představy poměru, např. „kolik učitelů z výzkumného souboru“, „kolik studentek z výzkumného souboru“. Ačkoliv, jak již bylo řečeno, se jedná o kvalitativní výzkum, je v tomto případě aspekt kvantity možností pro ucelenější a komplexnější interpretace výzkumu.

Metodou vytváření trsů mělo být v rámci výzkumu docíleno kategorizace dat z toho důvodu, aby určité oblasti zpracovávané tematiky dostaly svou strukturu a systém vyplývající z odpovědí respondentů.

Metoda kontrastů byla velmi užitečná pro zdůraznění velké role osobnostních rysů učitelů v případech řešení poruch příjmu potravy na střední škole.

Prvním cílem bylo pomocí rozhovorů s učiteli a studentkami vysledovat a popsat zkušenosti s poruchami příjmu potravy za prvé z hlediska obecné informovanosti, za druhé z hlediska pedagogické praxe. Z mého výzkumu jasně vyplývá, že všeobecná informovanost o poruchách příjmu potravy je na velmi dobré úrovni. Učitelé ví, co jsou to poruchy příjmu potravy, odlišují mentální anorexii a

mentální bulimii a často se pokoušejí o vyjmenování možných příčin těchto nemocí, eventuálně některých diagnostických kritérií. V průběhu rozhovoru bylo zřetelné, že řada učitelů se při popisu nemocí pohybuje v mezích předsudků a společenských stereotypů. Jednalo se například o předsudek, že poruchy příjmu potravy jsou nemocí jen dívek, dívky hubnou jen proto, aby se líbily chlapcům, nebo že hlavní příčinou jsou média a „kult modelek“. V tomto ohledu je tedy zajímavé řešit spíše hloubku než šíři obecných vědomostí učitelů.

Vzhledem k tomu, že hlavním kritériem pro účast ve výzkumu byl fakt, že učitel již v rámci své pedagogické praxe přišel minimálně jednou do styku se studentkou s poruchou příjmu potravy, zajímalo mně, jakým způsobem získal informaci o nemoci dané studentky. Ve výsledcích výzkumu uvádím výčet čtyř způsobů. Je ale pravdou, že primárním způsobem je vlastní pozorování učitele a další zdroje většinou slouží jako potvrzení učitelova podezření. Všechny tyto čtyři způsoby se v učitelské praxi prolínají, proto rozčlenění do čtyř kategorií má spíše podpořit systematičnost práce.

Druhým výzkumným cílem bylo zjistit, jakým způsobem se učitelé angažují v konkrétním problému poruch příjmu potravy a jejich tvrzení srovnat s tvrzením studentek. Obecně lze říci, že dotazovaní učitelé se opravdu v tomto problému angažovali. Opět se liší jen způsob pojetí „pomoci“. Pro snadnější orientaci jsem si vytvořila určité kategorie možných přístupů učitelů, a to na základě jejich výpovědí i výpovědí studentek. Konkrétně se jedná o 1. „nátlak“, 2. neutrální přístup, 3. negativní přístup. Jednotlivé přístupy učitelů byly komparovány s výpověďmi studentek. Jak již bylo řečeno, možným problémem, byla časová proluka od ukončení školy k realizaci výzkumu. Na druhou stranu čas poskytl respondentkám nadhled a některé se pokoušely i o jistý typ nadčasového hodnocení tehdejších přístupů učitelů.

V rámci učitelských sborů samozřejmě existují učitelé, kteří vnímají svou roli pedagoga jako člověka, který především předává vědomosti a školu definují jako instituci nesoucí hlavně vzdělávací funkci. Tito učitelé se do problematiky poruch příjmu potravy neangažují. V rámci výzkumu žádný z respondentů - učitelů tento názor nezastával, ale z jejich výpovědí implicitně vyplynulo, že mezi kolegy tací učitelé jsou. Tento druh výzkumu, má tedy do budoucna ještě otevřené a nedořešené otázky. Samotné zahrnutí učitelů tohoto typu do výzkumu by jistě zajímavě obohatilo jednotlivé výstupy.

Ve třetím cíli došlo ke srovnání obecného názoru a postojů učitelů s jejich konkrétní pedagogickou praxí. Nutno říci, že učitelé v rozhovorech byli velmi ostražití,

aby díky některým výpovědím nedošlo k negativnímu zkreslení jejich osoby. Díky tomu, že otázky směřované k tomuto výzkumnému cíli byly rozloženy v celém rozhovoru, jejich ostražitost postupně polevovala. Jednotlivým výpovědím se tak v postupně plynoucím rozhovoru dostávalo pravdivějšího a autentičtějšího rázu.

V této práci jsem si nekladla za cíl vytvořit striktní kategorie a modely fungování spolupráce mezi učiteli a studentkami, ale spíše nastínit možnosti vzájemné spolupráce a umožnit „vidět“ dva úhly pohledu na stejnou věc.

Možnosti zdroje informací pro učitele jsou v současné době do jisté míry omezené. Existuje bohatá literatura, na školách jsou dostupné metodické pokyny, kde se učitelé mohou seznámit se základními možnostmi intervence, ale všem těmto informacím chybí hloubka.

Jak si tedy odpovědět na otázku, zda má význam studovat tuto problematiku hlouběji? Myslím si, že vzhledem k stále stoupajícímu množství případů poruch příjmu potravy, stoupá i pravděpodobnost setkání učitelů s těmito dívkami v mikroorganismu školy, je třeba tento tematický okruh prozkoumat hlouběji.

Několikrát jsem zmínila, že tato diplomová práce má řadu nedostatků, mezi které rozhodně patří fakt, že se výzkumu nezúčastnili učitelé s přístupem, kterému jsem přidělila název „zavřené oči“, i proto si myslím, že dalším krokem pro rozpracování této tematiky je zahrnutí této skupiny do výzkumu.

V. Závěr

Diplomová práce je věnována poruchám příjmu potravy, zejména mentální anorexii a mentální bulimii. Soustředila jsem se zejména na psychologický a sociální rozměr této problematiky. Porucha příjmu potravy totiž není jen záležitostí nemocné dívky. Je „ohniskem“ dané poruchy, která má dále zasahuje rodinu, kamarády a samozřejmě i školu - spolužáky i učitele.

Toto téma je v posledních letech velmi diskutované, a přesto existují v rámci poruch příjmu potravy témata čekající na důkladné prozkoumání. Vztah školy, potažmo učitelů a nemocných dívek je určitě jedním z nich.

V závěru své diplomové práce bych ráda shrnula nejdůležitější poznatky, které vyplynuly z provedeného výzkumu týkajícího se interakce učitelů středních škol a studentek s poruchami příjmu potravy.

Teoretická část je vzhledem do sledované problematiky a souhrnem základních informací: klasifikace poruch příjmu potravy, diagnostická kritéria, etiologie, incidence a důsledky poruch příjmu potravy. Dále jsou v práci popsány teoretické možnosti školy a učitelů, a to jak ve vztahu k prevenci, zachycení nemoci a eventuální intervence ze strany učitele.

Praktická část vychází z výše uvedeného teoretického rámce. Stanovila jsem si tři základní výzkumné cíle a z nich vyplývající výzkumné otázky. Výsledky jsem rozdělila podle tří výše zmíněných cílů a uvedla jsem k nim odpovídající kategorie.

Na základě empirického výzkumu vyplynula následující fakta. Učitelé jsou o poruchách příjmu potravy informováni na velmi dobré úrovni, ale jejich vědomostem chybí větší hloubka. Učitelé zaznamenávají výskyt onemocnění mezi studentkami čtyřmi způsoby: pozorováním, od spolužáků, od kolegů a od rodiny. Dalším zajímavým zjištěním je informace, že učitelé se v této problematice mají potřebu angažovat. Jejich angažovanost se liší zvoleným přístupem a je ovlivněná postojem k dané studentce.

Toto všechno jsem zjišťovala pomocí kvalitativních metod, jako byly polostrukturované rozhovory s učiteli a studentkami a textové dokumenty. Zkoumaný soubor tvořilo deset učitelů a pět studentek.

V diskuzi jsem se pokusila jednotlivé výsledky vyložit a mimo jiné i zmínit možné chyby a nepřesnosti, kterých jsem se během výzkumu mohla dopustit.

VI. Souhrn

Svou práci na téma Učitelé středních škol v interakci se studenty s poruchami příjmu potravy jsem rozdělila na dvě části. V teoretické části jsem se nejprve zabývala základními a obecnějšími tématy týkajícími se poruch příjmu potravy, dále také možnostmi a druhy prevence a v neposlední řadě jsem popsala možnosti zapojení školy, potažmo učitelů, do této problematiky.

Druhá výzkumná část této práce vycházela z teoretického rámce. Stanovila jsem si tři základní cíle a z nich vyplývající výzkumné otázky. Prvním cílem bylo popsat zkušenosti učitelů s poruchami příjmu potravy, dále jsem se zabývala mírou zapojení učitelů do této problematiky v rámci školy a následně jsem srovnala tvrzení učitelů s posouzením efektivity angažovanosti z pohledu studentek.

Posledním cílem bylo zjistit, zda se shodují obecné postoje učitelů k poruchám příjmu potravy s konkrétními zkušenostmi.

Výsledky jsem poté rozdělila dle tří předem stanovených cílů a v diskusi se vyjádřila i k možným nedostatkům výzkumu.

VII. Použitá literatura

BEDNÁŘOVÁ, L. Primární prevence poruch příjmu potravy. Brno: Masarykova univerzita. Fakulta pedagogická, 2010, vedoucí diplomové práce Petr Kachlík.

BOVEY, S. Zakázané tělo - být tlustý není hřích. Olomouc: Votobia, 1995. s. 145. ISBN 80-85885-61-1.

CLAUDE-PIERRE, P. Tajná řeč a problémy poruch příjmu potravy. Praha: Pragma, 2001. 264 s. ISBN 80-7205-818-5.

COOPER, P. J. Mentální bulimie a záchvatovité přejídání. Olomouc: Votobia, 1995. s. 207. ISBN 80-85885-97-2.

COHEN, R. M. Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi. Praha: Portál, 2002. s. 192. ISBN 80-7178-497-4.

ČÁP, J., MAREŠ, J. Psychologie pro učitele. Praha: Portál, 2001. 655 s. ISBN 80-7178-463-X.

ČERNÁ, R. O poruchách příjmu potravy pro otce a partnery. Praha: O. s. Anabell, s. 64. ISBN neuvedeno.

FAIRBURN, C. G., HARRISON, P. J. Rating Disorders. The Lancet, 2003, vol 361, s. 407-416. ISSN 0140-6736.

FALTUS, F. Syndrom nočního jedlictví. Česká a slovenská psychiatrie, 2007, roč. 10, č. 6, s. 291-296.

FONTANA, D. Psychologie ve školní praxi. Příručka pro učitele. Praha: Portál, 2003. s. 383. ISBN 80-7178-626-8.

GROGAN, S. Body image - psychologie nespokojenosti s vlastním tělem. Praha: Grada, 2000. s. 184, ISBN 80-7169-907-1.

HADAŠ, L. Poruchy příjmu potravy: psychosociální přístup rodinné terapie. Brno: Masarykova univerzita. Fakulta sociálních studií, 2007, 212 l. Vedoucí disertační práce Jiří Mareš.

HARTL, P., HARTLOVÁ, H. Psychologický slovník. Praha: Portál, 2000, s. 776.

HOEK, H. W. Review of the Epidemiological Studies of Eating Disorders. International Review of Psychiatry, 1993, vol. 5, no, 1, p. 61-74. ISSN 0954-0261.

HOEK, H. W., HOEKEN, D. V. Review of the Prevalence and Indidence of Rating Disorders. International Journal of Rating Disorders, 2003, vol. 34, no. 4, p. 383-396. ISSN 0276-3478.

JAKOBI, C., HAYWARD, C., de ZWAAN, M. et al. Coming to Terms with Risk Factors for Eating Disorders: Application of Risk Terminology and Suggestions for a General Taxonomy. Psychological Bulletin, 2004, vol. 130, no. 1, p. 19-65. ISSN 0033-2909.

JANDOUREK, J. Sociologický slovník. Praha: Portál, 2001. s. 288.

KELNER, D. Informovanost pedagogických pracovníků základních škol o problematice poruch příjmu potravy. Fakulta pedagogická, 2010, 84 l. vedoucí diplomové práce Dagmar Přinosilová.

KOCOURKOVÁ, J. et al. Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání. Praha: Galén, 1997. s. 156. ISBN 80-85824-51-5.

HORT, V., HRDLIČKA, M., KOCOURKOVÁ, J. et al. Dětská a adolescentní psychiatrie. Praha: Portál, 2008. s. 494. ISBN 978-80-7367-404-5.

KRAVATOVÁ, E., SLABÁ, Š, SVAČINA, Š. Poruchy příjmu potravy u obézních - problematika psychiatrická, nebo interní. Vnitřní lékařství, 2010, roč. 56, č. 10, s. 1093-1095.

KRCH, F. D. Poruchy příjmu potravy. *Medicína pro praxi*, 2007, roč. 9, č. 4, s. 320-322.

KRCH, F. D. Poruchy příjmu potravy. *Prevence*, 2005, roč. 2, č. 3, s. 8-12.

KRCH, F. D. Poruchy příjmu potravy - rizikové faktory. *Psychiatrie pro praxi*, 2004, roč. 4, čís. 1, s. 14-16.

KRCH, F. D. Vztah mezi tělesnou spokojeností a kvalitou života českých adolescentů. *Psychiatrie*, 2000, roč. 4, č. 4, s. 231-235.

KRCH, F. D., RICHTEROVÁ, I. *Chci ještě trochu zhubnout*. Praha: Motto, 1998, s. 96, ISBN 80-85872-86-2.

KRCH, F. D. *Mentální anorexie*. Praha: Portál, 2010, s. 259, ISBN .978-80-7367-807-4.

KRCH, F. D. *Bulimie - jak bojovat s přejídáním*. Praha: Grada, 2007, s. 195, ISBN 80-247-2130-9.

KRCH, F. D. et al. *Poruchy příjmu potravy. 2. aktualizované a doplněné vydání*. Praha: Grada, 2005 s. 256. ISBN 02470840X.

KRCH, F. D., MARÁDOVÁ, E. *Poruchy příjmu potravy. Příručka pro učitele*. Praha: VÚP, 2003. s. 32.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak si navzájem lépe porozumíme*. Praha: SPN, 1988, s. 240. ISBN - nevedeno.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002, s. 198. ISBN 80-247-0179-0.

KŘIVOHLAVÝ, J., MAREŠ, J. Sociální a pedagogická komunikace ve škole. Praha: SPN, 1990, s. 161, ISBN 8004218547.

LEIBOLD, G. Mentální anorexie - příčiny, průběh a nové léčebné metody. Praha: Svoboda, 1995, s. 140. ISBN 80-205-0499-0.

LÉBLOVÁ, P. Poruchy příjmu potravy - vztah k imaginaci a závislosti na poli. Masarykova univerzita, 2009, vedoucí diplomové práce Mojmír Svoboda.

MALONEY, M., KRANZOVÁ, R. O poruchách příjmu potravy. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 1997. s. 153. ISBN 80-7106-248-0.

MÁLKOVÁ, I., KRCH, F. D. SOS - nadváha - průvodce úskalím diet a životního stylu. Praha: Portál, 2001. s. 236. ISBN 8071785210.

MINUCHIN, S. Familie und Familientherapie. Freiburg: Lambertus, 1997.

MIOVSKÝ, M. Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkum. Praha: Grada, 2009. s. 332. ISBN 80-247-1362-4.

NĚMEČKOVÁ, P. Poruchy příjmu potravy. Psychiatrie pro praxi, 2002, roč. 3, s. 124-128.

PAPEŽOVÁ, H. Anorexia nervosa. Praha: Psychiatrické centrum, 2000. s.76. ISBN 9788085121322.

PAPEŽOVÁ, H. Bulimia nervosa. Praha: Psychiatrické centrum, 2003. s. 109. ISBN 8085121816.

PAPEŽOVÁ, H. Spektrum poruch příjmu potravy. Interdisciplinární přístup. Praha: Grada, 2010. s. 424. ISBN 978-80-247-2425-6.

PAPEŽOVÁ, H. Standarty léčby poruch příjmu potravy v České republice. Česká a slovenská psychiatrie, 2005, čí. 101, Supplementum 1, s. 12-13.

PEGGY, C. - P. Tajná řeč a problémy poruch příjmu potravy. Praha: Pragma, 1998. s. 264. ISBN 80-7205-818-5.

QUISOVÁ, S. Sociální komunikace v pomáhajících profesích. Opava: Slezská univerzita v Opavě, 2009. s. 73. ISBN 978-80-7248-551-2.

SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE. Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování. Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka. Praha: Psychiatrické centrum, 2000.

ŠEVČÍKOVÁ SLADKÁ, J. Z deníku bulimičky. Praha: Portál, 2003. s. 128. ISBN 8071787957.

ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. et al. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Praha: Portál, 2007. s. 377. ISBN 978-80-262-0085-7.

Ulč, I. et al. Úzkost a úzkostné poruchy. Praha: Grada, 1999. s. 85. ISBN 80-7169-790-7.

VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2008. s. 872. ISBN 978-80-7367-414-4.

VODÁČKOVÁ, D. a kol. Krizová intervence. Krize v životě člověk. Formy krizové pomoci a služeb. Praha: Portál, 2004. s. 544. ISBN 80-7367-342-8.

VOKURKA, M., HUGO, J. Velký lékařský slovník. Praha: Maxdorf nakladatelství, 2010. s. 1160. ISBN 978-80-7345-202-5.

VOMASTEK, P. Z deníku anorektika. Praha: Nakladatelství Tomáš Houška, 2000. s. 244. ISBN 80-86065-10-3.

VYBÍRAL, Z. Psychologie lidské komunikace. Praha: Portál, 2000. s. 320. ISBN 9788071789987.

Internetové zdroje

MÍČOVÁ, L. Mentální anorexie. Dostupný z

[.http://stripky.cz/nemoci/vyziva/anorexie_pribeh.html](http://stripky.cz/nemoci/vyziva/anorexie_pribeh.html), 4.1.2012.

MŠMT, Metodické doporučení pro primární prevenci rizikového chování u dětí a mládeže. Dostupný z

<http://www.msmt.cz/file/20278/>. 12. 2. 2012.

VIII. Přílohy

Příloha číslo 1: Seznam otázek pro učitele

Příloha číslo 2: Seznam otázek pro studentky

Příloha číslo 1: Seznam otázek pro učitele

Obecná data:

- pohlaví
- věk
- aprobace
- celková délka praxe
- typ školy, na které v současnosti vyučujete

1. Víte, které nemoci lze zařadit mezi poruchy příjmu potravy? Jaký je Váš názor na tuto nemoc? Co si myslíte o člověku, který je ochoten kvůli vzhledu riskovat zdravím?
2. Kdy jste poprvé slyšel/a o poruchách příjmu potravy?
3. Co jste se dozvěděl/a o poruchách příjmu potravy na vysoké škole?
4. Probíhají v rámci školy odborné semináře na tato témata?
5. Zjišťujete se informace týkající se poruch příjmu potravy iniciativně sám?
6. Existuje v rámci školy manuál či metodický pokyn týkající se poruch příjmu potravy? Pokud ano, víte co je v něm obsaženo?
7. Jaký je počet dívek (chlapců), o kterých jste věděl, že trpí některou z poruch příjmu potravy a vyučoval jste je?
8. Popište případ studenta/studentky s poruchou příjmu potravy, se kterým/kterou jste se v rámci své pedagogické praxe setkal/a?
9. Jaký byl průběh tohoto onemocnění?
10. Od koho zjistila/a, že student/studentka trpí poruchou příjmu potravy?
11. Pozoroval/a jste určitý vliv nemoci na školní výsledky?
12. Jak dlouho toto onemocnění trvalo?
13. Byl/a jste třídním učitelem/učitelkou? Pokud ne, jaký předmět a s jakou hodinovou dotací jste studenta/studentku vyučovala?
14. Zaregistroval/a jste, jak reagovali ostatní učitelé?
15. Byl/a jste v kontaktu s rodiči? Jaký je Váš názor na vzájemnou spolupráci?
16. Pokusil/a jste si zjišťovat informace o studentovi/studentce mezi spolužáky? Pokusili se spolužáci informovat vás sami?

17. Jaké jsou vaše zkušenosti mimo rámec výuky (přestávky, dozory, mimoškolní aktivity, kroužky)?

18. Jaký byl váš postoj k studentovi/studentce po zjištění, že trpí některou z poruch příjmu potravy?

Příloha číslo 2: Seznam otázek pro studenty

Obecná data:

- věk

- pohlaví

- typ vy/studované střední školy

1. Jakou poruchou příjmu potravy jste trpěla?

2. Kdy u vás propukla?

3. Jak dlouho trvala?

4. Popište prosím průběh onemocnění (začátky nemoci, průběh a projevy, léčba u psychologa, psychiatra, terapie, hospitalizace).

5. Vědělo se o vašem onemocnění ve škole? (spolužáci, učitelé)

6. Jaká byla reakce třídního učitele? Na kolik hodin týdně Vás měl?

7. Měla jste z řad učitelů „důvěrníci/důvěrníka“, který se vám snažil pomoci? Jak?

8. Pokud ano, jaká byla vaše reakce a tehdejší efektivita pomoci?

9: Jak s odstupem času hodnotíte míru efektivity pomoci?

10. Zaznamenala jste proměnu chování učitelů k vaší osobě?