



Pedagogická
fakulta
Faculty
of Education

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Pedagogická fakulta

Katedra biologie

Bakalářská práce

Výuka tématu poruchy příjmu potravy
na 2. stupni základní školy

Vypracovala: Tereza Fajfárková

Vedoucí práce: RNDr. Martina Hrušková, Ph.D.

České Budějovice 2021

Prohlášení:

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

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě Pedagogickou fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledky 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.....

.....

Tereza Fajfárková

Poděkování:

Ráda bych poděkovala vedoucí práce RNDr. Martině Hruškové, Ph.D. za odborné vedení práce. Dále bych poděkovala řediteli školy a všem žákům, kteří se zapojili. A v neposlední řadě mé rodině za její neutuchající podporu.

Abstrakt

Cílem bakalářské práce bylo vytvoření výukového programu na téma poruchy příjmu potravy. Tento program byl následně ověřen na 2. stupni základní školy v Plzeňském kraji. Vzhledem k situaci vše proběhlo online formou.

Tohoto programu se účastnili žáci dvou paralelních tříd 8. ročníku, celkem 50 žáků (26 chlapců a 24 dívek). Vyhodnocení Pretestu Studentovým t-testem ukázalo, že rozdíly v úrovni znalostí tématu nejsou mezi třídami statisticky významné ($t=1,538$, $sv=48$, $p=0,131$), proto byla náhodně vybrána jedna třída jako experimentální, kde výuka proběhla podle autorského programu, který sestával jak z prezentace vytvořené v Powerpointu, tak ze zapojení aplikace Kahoot!, brainstormingu a ukázkou skutečných příběhů. Ve druhé třídě – kontrolní skupině – výuka proběhla klasickým výkladem doprovázeným prezentací též vytvořené v Powerpointu.

Na základě metody Pretest – Posttest byly zjištěny znalosti žáků a též efektivita výukového programu. Celkově v obou skupinách bylo zjištěno, že před výkladem byla míra úspěšnosti průměrně kolem 70% a po výuce došlo k razantnímu zlepšení. Míra úspěšnosti byla 98%. Rozdílná úroveň znalostí byla viditelná i u pohlaví jedinců. Dívky byly ve většině případů úspěšnější než chlapci (Pretest – dívky 71%, chlapci 67%; Posttest 1 – dívky 98,3%, chlapci 97,7%).

Pomocí informační části Posttestu 1 bylo zjištěno, jaká forma výuky u žáků byla hodnocena lépe. Výuka v experimentální skupině byla hodnocena velice kladně. Žáci na škále od 1 do 5, ve valné většině vybrali číslo 4 nebo 5. V kontrolní skupině byla výuka hodnocena průměrně, a to číslem 3, popřípadě 2.

Klíčová slova: poruchy příjmu potravy, výukový program, žáci 2. stupně ZŠ, Pretest - Posttest

Abstract

The objective of this document was the creation of an educational programme aimed at eating disorders. This programme was then verified at grades 6-9 in elementary school in the Pilsen region. Due to current circumstances everything was conducted online.

The pupils of two parallel classes from grade 8, overall 50 pupils (26 boys and 24 girls), took part in this programme. The results of the Student Pretest t-test showed, that the differences between the two classes were not statistically significant ($t=1,538$, $sv=48$, $p=0,131$). From this reason one class was randomly selected as experimental. This class then had the intended programme that included presentations made in Powerpoint, used the app Kahoot!, brainstorming and real life examples. In the second class – control group – the teaching method used included only a presentation made in Powerpoint.

Based on the method Pretest – Posttest the student's mastery of the subject and also the efficacy of the educational programme were tested. The conclusion in both classes was following: students knew approximately 70 % of the test without any presentation and after teaching there was a drastic improvement. The success rate was 98 %. The results also differed based on sex, girls had overall better results than boys (Pretest: girls – 71 %, boys –67 %; Posttest 1: girls –98,3 %, boys –97,7 %).

Using the information part of Posttest 1, it was found out which form of teaching for pupils was evaluated better. Teaching in the experimental group was evaluated very positively. Pupils on a scale from 1 to 5, the vast majority chose the number 4 or 5. In the control group, the teaching was evaluated on average, with the number 3 or 2.

Keywords: eating disorders, educational programme, pupils of grade 6-9, Pretest – Posttest

Obsah

Obsah

| | |
|---|----|
| 1 Úvod | 1 |
| 2 Literární přehled | 2 |
| 2.1 Poruchy příjmu potravy | 2 |
| 2.1.1 Mentální anorexie | 3 |
| 2.1.2 Mentální bulimie | 4 |
| 2.1.3 Záchvatovité přejídání..... | 5 |
| 2.2 Novodobé poruchy příjmu potravy | 6 |
| 2.2.1 Ortorexie | 7 |
| 2.2.2 Bigorexie | 8 |
| 2.2.3 Drunkorexie | 8 |
| 2.3 Příčiny vzniku poruch příjmu potravy | 9 |
| 2.3.1 Sociální a kulturní faktory | 9 |
| 2.3.2 Biologické faktory | 10 |
| 2.3.3 Životní události..... | 10 |
| 2.3.4 Rodinné a genetické faktory..... | 11 |
| 2.4 Léčba poruch příjmu potravy | 11 |
| 2.4.1 Hospitalizace..... | 11 |
| 2.4.2 Ambulantní lékařská péče..... | 12 |
| 2.4.3 Svépomoc | 12 |
| 2.4.4 Rodinná terapie | 13 |
| 2.4.5 Kognitivně behaviorální terapie | 13 |
| 2.4.6 Interpersonální terapie | 14 |
| 2.4.7 Farmakoterapie..... | 14 |
| 2.5 Téma poruch příjmu potravy vyučované na 2. stupni ZŠ | 14 |
| 2.5.1 Téma poruch příjmu potravy v rámci předmětu Přírodopis..... | 15 |
| 2.5.2 Učebnice Přírodopis 8, nakladatelství Nová škola | 15 |
| 2.5.3 Učebnice Přírodopis 8 – nová generace, nakladatelství Fraus..... | 16 |
| 2.5.4 Téma poruch příjmu potravy v rámci předmětu Výchova ke zdraví | 17 |
| 2.5.5 Učebnice Výchova ke zdraví, nakladatelství Grada | 17 |
| 3 Metodika práce | 18 |
| 3.1 Sběr dat | 18 |
| 3.2 Didaktický test..... | 18 |
| 3.2.1 Test 1 | 18 |

| | |
|--|----|
| 3.2.2 Test 2 | 19 |
| 3.3 Experimentální výuka | 19 |
| 3.3.1 Prezentace | 19 |
| 3.3.2 Brainstorming | 19 |
| 3.3.3 Kahoot!..... | 20 |
| 3.3.4 Příběhy | 20 |
| 3.4 Konvenční výuka v kontrolní skupině | 21 |
| 3.5 Zpracování a vyhodnocení dat..... | 21 |
| 4 Výsledky a diskuze | 23 |
| 4.1 Vyhodnocení autorského projektu | 23 |
| 4.2 Vyhodnocení konvenční výuky | 24 |
| 4.3 Pretest – informační část | 24 |
| 4.3.1 Jaké si myslíte, že jsou vaše znalosti ohledně tématu PPP? | 24 |
| 4.3.2 Jaký je váš hlavní zdroj informací o PPP? | 25 |
| 4.3.3 Je pro vás téma PPP důležité | 26 |
| 4.4 Pretest – znalostní část..... | 27 |
| 4.5 Posttest 1 – informační část..... | 28 |
| 4.5.1 Jak se vám prezentace líbila?..... | 28 |
| 4.5.2 Uvítali byste více názorných ukázek (např. obrázky, videa...) ?..... | 30 |
| 4.6 Posttest 1 – znalostní část | 32 |
| 4.7 Hodnocení vybraných otázek testu..... | 34 |
| 4.7.1 Otázka č. 4 Jaké existují typy mentální anorexie? – porovnání výsledků Pretestu a Posttestu 1 | 34 |
| 4.7.2 Otázka č. 7 Jaká porucha příjmu potravy se také nazývá jako „vlčí hlad“ ? – porovnání výsledků Pretestu a Posttestu 1 | 35 |
| 4.7.3 Otázka č. 8 Jaké existují typy mentální bulimie? – porovnání výsledků Pretestu a Posttestu 1 | 36 |
| 4.7.4 Otázka č. 10 Které tvrzení o záchvatovitém přejídání je pravdivé? – porovnání výsledků Pretestu a Posttestu 1 | 37 |
| 4.7.5 Otázka č. 11 Přiřad'te definici k pojmu... - porovnání výsledků Pretestu a Posttestu 1 | 38 |
| 4.8 Posttest 2 – informační část..... | 39 |
| 4.8. 1 Jak se vám prezentace líbila?..... | 39 |
| 4.8.2 Uvítali byste více názorných ukázek (např. obrázky, videa...) ?..... | 40 |
| 4.9 Posttest 2 – znalostní část | 42 |
| 5 Využití výsledků kvalifikační práce v pedagogické praxi | 44 |
| 6 Závěr | 45 |

| | |
|---|-----------|
| 7 Seznam literatury a elektronických zdrojů | 47 |
| 7.1 Seznam literatury..... | 47 |
| 7.2 Elektronické zdroje..... | 48 |
| 8 Seznam obrázků | 49 |
| 9 Seznam tabulek | 51 |
| 10 Seznam příloh..... | 53 |
| 10.1 Příloha 1 –Test 1..... | 54 |
| 10.2 Příloha 2 – Test 2..... | 57 |
| 10.3 Příloha 3 – Vyplněný Test 2 | 60 |
| 10.4 Příloha 4 – Prezentace v experimentální skupině | 63 |
| 10.5 Příloha 5 – Kahoot!..... | 66 |
| 10.6 Příloha 6 – Příběhy | 67 |
| 10.7 Příloha 7 – Prezentace v kontrolní skupině | 69 |

1 Úvod

Tato bakalářská práce se zabývá tématem, které je dle mého názoru ve školách v jisté míře opomíjeno. Jedná se o poruchy příjmu potravy. Z mé zkušenosti ze základní, ale i střední školy, si myslím, že informace, které mi byly poskytovány určitě nebyly dostatečné. Dalo by se říci, že téma bylo jen krátce (rozsah necelé vyučovací hodiny) zmíněno. Dle mého názoru by si toto téma zasloužilo ve školách více pozornosti. Dále mě také pro výběr tématu ovlivnila má vlastní zkušenost, kdy moje kamarádka na střední škole onemocněla anorexií. A právě díky neznalosti a nerozpoznání varovných signálů včas, vše skončilo velice špatně.

Výukový program by měl žákům nejen prohloubit znalosti, ale také by to měla být forma prevence. Poruchy příjmu potravy se týkají kohokoli z nás, ale většinou propuknou v období dospívání. Podle mého názoru by tedy žáci na 2. stupni měli být dostatečně informováni, aby věděli, jak se s případnými problémy u sebe nebo u blízkých osob vypořádat.

Cílem bakalářské práce je vytvořit autorský výukový projekt zaměřený na téma poruch příjmu potravy pro žáky 2. stupně základní školy. Autorský výukový projekt v experimentální skupině a výuka běžná téhož tématu v kontrolní skupině budou na podkladě výsledků Pretestu a dvou Posttestů statisticky vyhodnoceny.

Výzkumné otázky:

- 1) Je úroveň znalostí tématu u žáků 8. ročníku dostatečná?
- 2) Došlo po výuce k zlepšení úrovně znalostí?
- 3) Má výukový postup vliv na dosaženou úroveň znalostí tématu?
- 4) Liší se úroveň znalostí tématu před a po výuce u chlapců a dívek?

2 Literární přehled

2.1 Poruchy příjmu potravy

Hlad, nedílná součást našeho života. Můžeme ho chápat jako charakteristické vyjádření pudu sebezáchovy, který nepochybně ovlivňuje silně naše chování a to v první řadě. Již v dřívějších dobách, a to velice primitivních, byl život ovlivňován hladem daleko více silněji než sexualitou. Na tomto stupni byl hlad alfou a omegou života (Jackson, 2004).

Člověk se bez dostatku živin, které tělo potřebuje, neobejde. To si ovšem velice často neuvědomuje, protože své tělo vidí stále silné, i když tomu tak není. K potřebě nasycení souvisí i reprodukce, seberealizace a další potřeby, které musí být uspokojovány. Potrava obsahuje živiny, které podmiňují naše somatické a psychické zdraví. Pokud ji tělo postrádá dochází ke vzniku různých onemocnění a potíží. Může to začít pouze únavou, ale skončit velice vážným zdravotním stavem. Během našeho života jídlo nabírá odlišné významy. Například forma odměny, únik i způsob komunikace (Krch, 2005).

Poruchy příjmu potravy jsou dnes chápány jako kontinuum patologického jídelního chování mezi dvěma nejzávažnějšími formami *anorexie nervosa* a *bulimie nervosa*. Kromě zmíněných diagnostických jednotek patří mezi poruchy příjmu potravy také psychogenní přejídání, syndrom nočního přejídání vedoucí často k obezitě a mnoho dalších. Poruchy jsou multifaktoriálně podmíněné a je nutné posuzovat je v celém bio-psycho-sociálním kontextu. Pravděpodobně se rozvíjí na základě komplexního působení biologických (genetická a biologická dispozice), psychických (včetně vývojově podmíněných specifických zátěží a odmítání ženské role) i sociálních faktorů (dysfunkční rodinné vztahy, sociokulturní faktory) (Papežová, 2010).

Najít hranici mezi normou určitého stravování a patologií je velmi obtížné. Co se týče anorexie a bulimie, jsou to choroby, které spojuje touha po dokonalém těle. Člověk touží být štíhlý a nadměrně kontroluje svůj zevnějšek. Úspěšnější jsou v tomto ohledu anorektičky, které se dokáží neuvěřitelně kontrolovat. Bulimie je jiná v tom, že to pacient nevydrží a na řadu přichází záchvatovité přejídání, které střídají následné výčitky spojené se zvracením nebo použitím léků. Obě onemocnění mohou probíhat

samostatně nebo se vzájemně přejímat. Pacienti s bulimií si často v minulosti prošli anorexií (Papežová, 2018).

2.1.1 Mentální anorexie

Mentální anorexie neboli anorexia nervosa je duševní onemocnění doprovázena zejména úmyslným snižováním tělesné hmotnosti. Termín anorexie však může být v mnoha případech zavádějící, protože nechutenství nebo oslabení chuti k jídlu je spíše až sekundárním důsledkem dlouhodobého hladovění, který se nemusí vyskytovat u všech nemocných. U pacientů je omezování se v jídle naopak doprovázeno zvýšeným zájmem o jídlo (myslí na něj, sbírají recepty, rád vaří apod.) a někdy i zvýšenou nebo změněnou chutí, například na sladké. Jde zřejmě o přirozenou adaptační reakci organismu, stejně tak jako v případě výrazného oslabení chuti k jídlu po několika týdnech hladovění. Anorektičtí pacienti neodmítají jíst proto, že by neměli chuť, ale proto, že nechtějí jíst. Jejich averze k jídlu je projevem nesmiřitelného a narušeného postoje k vlastnímu tělu (Krch, 1999).

Mentální anorexii dělíme na dva typy:

- 1) Nebulimický (restriktivní) typ – během epizody mentální anorexie u pacienta nedochází k opakovaným záchvatům přejídání
- 2) Bulimický (purgativní) typ – během epizody mentální anorexie u pacienta dochází k opakovaným záchvatům přejídání (Krch, 1999),

Tato nemoc nejčastěji začíná ve věku třinácti až dvaceti let. Je ale možné setkat se s počátkem poruchy po třicátém a výjimečně i po čtyřicátém roce věku. Rozvíjí se pomalu a nenápadně, „ztracené“ mezi dietami vrstevníků a nevhodnými jídelními návyky rodiny. Jídelní postoje a chování nemocného se krok za krokem mění a gradují ve své nepřiměřenosti, nepřizpůsobivosti a extrémnosti. Místo aby nemocný přizpůboval příjem potravy svému životu, stále více přizpůbojuje svůj život nevhodným jídelním požadavkům a zvyklostem (Krch, 1999).

Mentální anorexie je kódována v MKN-10, což je zkratka pro mezinárodní klasifikaci nemocí a souvisejících zdravotních problémů. Jedná se o publikaci Světové zdravotnické organizace (WHO), která kodifikuje systém označování a klasifikace lidských onemocnění, poruch, zdravotních problémů a dalších příznaků, situací či okolností (MKN-10 2021, 2021).

Diagnostická kritéria pro mentální anorexii podle MKN-10 (F 50.0) jsou následující:

- 1) Tělesná hmotnost je udržována nejméně 15% pod předpokládanou úrovní (ať už byla snížena nebo nebyla nikdy dosažena), nebo BMI 17,5 a nižší. Prepubertální pacienti nesplňují během růstu očekávaný hmotnostní přírůstek.
- 2) 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.
- 3) Přetrvává strach z tloušťky a zkreslená představa o vlastním těle jako neodbytná, vtíravá obava z dalšího tloustnutí, která vede jedince ke stanovení si velmi nízkého hmotnostního prahu (optimální nebo cílové váhy).
- 4) Rozsáhlá endokrinní porucha, zahrnující hypothalamo-hypofyzo-gonádovou osu, se projevuje u žen jako amenorea, u mužů jako ztráta sexuálního zájmu a potence. Zřejmou výjimkou je přetrvávání děložního krvácení u anorektických žen, které užívají náhradní hormonální léčbu, nejčastěji ve formě antikoncepčních tabletek. Mohou se také vyskytnout zvýšené hladiny růstového hormonu, zvýšené hladiny kortizolu, změny periferního metabolismu thyreoidního hormonu a odchylky ve vylučování inzulínu.
- 5) Jestliže je začátek onemocnění před pubertou, jsou pubertální projevy opožděny nebo dokonce zastaveny (zastavuje se růst, dívkám se nevyvíjejí prsa a dochází u nich k primární amenoree, u hochů zůstávají dětské genitálie). Po uzdravení dochází často k normálnímu dokončení puberty, avšak menarché je opožděna (MKN-10 2021, 2021).

2.1.2 Mentální bulimie

Mezi závažné poruchy příjmu potravy patří spolu s mentální anorexií i mentální bulimie nebo také vlčí hlad. Přes zdánlivou odlišnost vyhublých anorektiček jsou si obě poruchy velmi podobné. Spojuje je strach z tloušťky a nadměrná pozornost věnovaná vlastnímu vzhledu a tělesné hmotnosti. Nemocní se neustále zabývají tím, jak vypadají, kolik váží, a vytrvale se snaží zhubnout nebo alespoň nepřibrat. Zatímco anorektičkám se to většinou daří, bulimičky začnou po nějaké době jíst víc, než by chtěly. Samozřejmě že jsou zklamané (přestože je to vlastně normální), cítí se provinile a hledají způsob, jak to odčinit. Většina dívek sáhne jen po další dietě. Ty zoufalejší,

odhodlanější nebo často jen ty, které mají smůlu, zkusí ještě drastičtější metodu. Vezmou si projímadlo nebo se nutí do zvracení, což může jít snadno, když je jim špatně po jídle, které si dlouho odpíraly nebo ho snědly nezvyklé množství. Z několika zoufalých pokusů se snadno vytvoří návyk. Hladovky, zvracení a projímadla jen zvyšují riziko přejedení a dlouhodobě zhoršují problémy bulimiček. Asi jedna třetina mladých anorektiček se začne časem přejídat a více než polovina bulimiček uvádí období anorexie v minulosti (Krch, 2003).

Mentální bulimii rozdělujeme na dva typy:

- 1) Purgativní typ – provádí pravidelně zvracení, zneužívání laxativa nebo diuretika
- 2) Nepurgativní typ – používá přísné diety, hladovky nebo intenzivní fyzické cvičení, ne však pravidelně purgativní metody (Krch, 1999).

Mentální bulimii můžeme také najít v MKN-10 (F 50.2), podle které má nemoc tato diagnostická kritéria:

- 1) Opakované epizody přejídání (nejméně dvakrát týdně po dobu 3 měsíců), při nichž je v krátkém čase konzumováno velké množství jídla.
- 2) Neustálé zabývání se jídlem a silná, neodolatelná touha po jídle (žádostivost).
- 3) Snaha potlačit „výkrmný“ účinek jídla jedním nebo více z následujících způsobů: vyprovokované zvracení, zneužívání projímadel, střídavá období hladovění, užívání léků typu anorektik, thyreoidálních preparátů nebo diuretik. Diabetici se mohou snažit vynechávat léčbu inzulínem.
- 4) Pocit přílišné tloušťky spojený s neodbytnou obavou z tloustnutí (pacient usiluje o nižší než premorbidní a často přiměřenou hmotnost). Často (ne vždy) je v anamnéze epizoda anorexie nebo intenzivnějšího omezování se v jídle (MKN-10 2021, 2021).

2.1.3 Záchvatovité přejídání

Přejedení je samo o sobě velmi relativní pojem. Každý se někdy přejedl nebo měl pocit, že v určitých chvílích ztrácí kontrolu nad jídlem. Přejíst se může znamenat, že: sníte víc, než byste chtěli; sníte víc nebo něco jiného, než jste zvyklí nebo než je vám příjemné; sníte velké množství jídla, než je obvyklé, anebo i v nezvyklé kombinaci; ztrácíte během jídla kontrolu nad svým chováním (Krch, 2003).

Na cestě k přejídání se a k návyku na velké množství jídla bývá často vegetariánská dieta nebo přejídání se sezonním ovocem. Nízká energetická hodnota většiny ovoce a zeleniny, které nevzbuzuje strach z nadváhy, vede ke konzumaci nadměrného množství. Když dojdou kilogramy jablek, říká si „vytahaný“ žaludek o náhradu (Krch, 2003).

Dle klasifikace MKN-10 neexistuje žádné onemocnění s názvem záchvatovité přejídání a tato choroba je řazena mezi skupinu chorob F50.4 – Přejídání s psychologickými poruchami (MKN-10 2021, 2021). Jedná se o nejčastější druh onemocnění ze skupiny poruch příjmu potravy a podle odhadů postihuje celosvětově zhruba 2%. Pravděpodobně jím ale trpí ještě mnohem více lidí, protože ho lékaři často nepoznají a je přehlíženo (Vilímovský, 2019).

Záchvatovité přejídání je charakterizováno opakovanými epizodami nekontrolovatelného příjmu potravy s následnými pocity studu a úzkosti. Většinou se první příznaky tohoto onemocnění objevují u dospívajících osob a mladých dospělých ve věku kolem 20 let, ale může se vyskytnout v kterémkoliv věku. Jedná se o chronické onemocnění, které může trvat řadu let. Stejně jako ostatní poruchy příjmu potravy postihuje častěji ženy než muže. Na druhou stranu je tato choroba nejčastější poruchou příjmu potravy u mužů (Vilímovský, 2019).

Aby mohl lékař (obvykle psychiatr) stanovit diagnózu záchvatovitého přejídání, musí se současně vyskytovat 3 nebo více těchto příznaků:

- Pacient jí rychleji než obvykle
- Pacient jí až do pocitu, kdy se cítí přejeden
- Pacient konzumuje velké množství potravy, aniž by byl hladový
- Pacient jí sám a tajně, protože trpí pocity viny a studu
- Pacienta trápí pocity viny a úzkosti nebo znechucení ze sebe samotného

Lidé, kteří trpí záchvatovitým přejídáním jsou často velmi nešťastní a trápí je pocity viny a studu, nejen kvůli přejídání, ale také kvůli jejich hmotnosti nebo tělesným proporcím (Vilímovský, 2019).

2.2 Novodobé poruchy příjmu potravy

Kromě oficiálních poruch příjmu potravy jako je mentální anorexie, mentální bulimie a patologické přejídání se v poslední době stále častěji objevují i nové poruchy

příjmu potravy, které nejsou tolik známé, na první pohled tolik zřejmé, ale život a zdraví ohrožují stejně (Douchová, 2019).

Nic se nemá přehánět, a to ani v něčem tak „zdravém“, jako je zdravý životní styl. Na všem totiž může vzniknout závislost a i když na první pohled člověk nedělá nic špatně, protože přeci „jen“ zdravě jí a pravidelně cvičí, tak se uvnitř něj může odehrávat závažné psychické onemocnění, které ve výsledku zdraví i život ničí (Douchová, 2019).

2.2.1 Ortorexie

Jedná se o patologickou posedlost zdravou výživou a závislost na co nejčistší stravě, tedy stravě chemicky, průmyslově a geneticky neupravené. Z počátku se tedy může člověk jen orientovat na zdravou stravu a preferovat bio potraviny, ale časem se z toho může vyvinout až závislost a také porucha příjmu potravy. Ortorexie se může projevovat i jako fanatické dodržování určitého výživového směru nebo diety jako je makrobiotika, raw strava, vitariánství, apod (Douchová, 2019).

Oproti jiným druhům poruch příjmu potravy se ortorexie netýká množství přijaté potravy, ale souvisí s její kvalitou. Většina lidí, kteří ortorexií trpí se nesnaží zhubnout, jako je tomu například u anorexie nebo bulimie. Namísto toho se zabývají „čistotou“ potravin a zdravotním přínosem jednotlivých druhů potravin. V lékařské společnosti je vnímána jako odchylka od normálu, ale Americká psychiatrická společnost (American Psychiatric Association) a Evropská psychiatrická společnost (European Psychiatric Association) ji prozatím nezařadily do mezinárodní klasifikace nemocí (Vilímovský, 2020).

Tato porucha se projevuje tak, že se u nemocného z počáteční orientace na zdravou stravu, na obchody se zdravými potravinami a na hledání informací, jak se takové potraviny vyrábějí, stává posedlost a hlavní náplň času. Roste strach z nezdravého jídla, zdravé jídlo je podrobováno stále většímu zkoumání a i to postupně přestává být dost zdravé, tedy bezpečné. Jídelníček se tak zužuje na minimum, nemocný ztrácí na tělesné hmotnosti a trpí podvýživou. Navíc musí na jídlo podobně jako při mentální anorexii velmi často myslet, trápí ho úzkosti a deprese, které vedou k pocitu osamění a skutečné izolaci (Kulhánek, 2014).

2.2.2 Bigorexie

Bigorexie se projevuje závislostí na posilování, poruchou vnímání vlastního těla a posedlostí vlastním vzhledem. Je nazývána také jako anorexie naruby, protože nemocný si připadá příliš hubený, slabý, i když ve skutečnosti tomu tak není a snaží se být co nejsvalnatější. Tato porucha postihuje především muže (Douchová, 2019).

Stejně jako u anorexie se bigorexie projevuje striktním dietním omezením, přehnaným cvičením, sociální izolací, kdy se ze cvičení stane středobod života a vše ostatní jde stranou. Aby nemocný měl co nejsvalnatější postavu, tak mnohdy tráví hodiny denně posilováním a užívá anabolické steroidy. Často neumí odpočívat a regenerovat. To zapříčiňuje zvýšené riziko úrazů, poškození pohybového aparátu a organismu dlouhodobým přetěžováním, nevyváženou stravou a nadužívání doplňků stravy a steroidy (Douchová, 2019).

Osoby trpící bigorexií poznáte tak, že:

- Trénink je pro ně nejdůležitější, všechny ostatní aktivity jsou mu podřízené, ať už se jedná o práci nebo o rodinu
- Nemají dostatečnou sebedůvěru, mají tendenci se podceňovat, nechtějí odhalovat své tělo
- Cvičí i přes nemoc, ani zdravotní problémy je neodradí od toho, aby si šli zacvičit
- Nadužívají preparáty pro růst svalů, mnohdy nemají problém sáhnout po zakázaných látkách
- Úzkostlivě si hlídají jídelníček, který obsahuje zejména proteiny a tuky (Bigorexie, 2019).

2.2.3 Drunkorexie

Tato porucha se projevuje hladověním a striktním dietním režimem během dne a večer nadužíváním alkoholu. Jedná se vlastně o kombinaci poruchy příjmu potravy a závislosti na alkoholu, kdy nemocný, aby se mohl napít, musí hladovět, aby si udržel štíhlou postavu, protože alkohol je vysoce kalorický. Nemocný zažívá podobné stavy jako u ostatních poruch příjmu potravy – úzkosti kolem jídla, výčitky svědomí, když poruší svůj plán, nespokojenost s vlastním vzhledem a postavou a deprese (Douchová, 2019).

Drunkorexie je častá u studentů, a to především u dívek. Kombinace hladovění a nadužívání alkoholu sebou přináší řadu zdravotních následků. Hlavní nebezpečí je v tom, že na prázdný žaludek se alkohol vstřebává výrazně rychleji (do jater se může dostat za méně než 15 minut) a účinek alkoholu je tak silnější a tedy nebezpečnější (Douchová, 2019; Kulhánek, 2014).

2.3 Příčiny vzniku poruch příjmu potravy

Otázka, která se neustále řeší, ale stále není zcela objasněná. Proč vůbec vznikají poruchy příjmu potravy? Existuje mnoho různých teorií, které se shodují jen na tom, že za to může několik faktorů. Jedná se o sociální, kulturní, biologické, rodinné i genetické nebo třeba osobnostní faktory. Odborníci se shodují, že není jedna konkrétní příčina vzniku poruch příjmu potravy, která kdyby byla odstraněna, došlo by k vyléčení. To co je určitě nebezpečné, a vyskytuje se skoro ve všech případech poruch příjmu potravy, je redukční dieta. Studie prokazují, že diety zvyšují riziko vzniku bulimie a anorexie až osmkrát. Bohužel je i dokázáno, že tři čtvrtiny žen někdy drželo dietu. Hranice mezi zdravím stravováním s vyhýbáním se některým potravinám a patologickým odmítáním jídla je velmi křehká (Marádová, 2007).

Většina autorů dnes zdůrazňuje koexistenci různých faktorů a hovoří o bio-psycho-sociální podmíněnosti poruch příjmu potravy. Tento multifaktoriální koncept se v posledních letech stává obecně přijímaným standardem pro popis, interpretaci a terapii poruch příjmu potravy (Krch, 1999).

2.3.1 Sociální a kulturní faktory

Společenské faktory v podobě mediálně proklamovaného důrazu na vhlad a štíhlost jsou bezprostředně zodpovědné za zvyšující se počet onemocnění. Anorexie a bulimie se objevují i v zemích, které přejaly tzv. západní kulturu a ve kterých se dříve nevyskytovaly. Módní průmysl, časopisy, televize a internet totiž rozšiřují názor, že i mírná nadváha je zdraví škodlivá a že štíhlost je nejdůležitějším aspektem atraktivity a úspěšnosti. Přehnaný zájem o hmotnost se stává společenskou normou, ideálem však není optimální tělesná hmotnost, ale vyhublost (Švédová, Mičová, 2010).

Takové společenské a kulturní trendy jsou přitom v rozporu s biologickou variabilitou a přirozeností lidského těla. Předkládají nerealistické cíle a nevhodné vzory, které oslabují sebedůvěru, protože pro většinu populace jsou nedostižné a vedou k nespokojenosti s vlastním tělem, podněcují k jeho narušenému vnímání. Jako reakce

na tuto nespokojenost, která je patrná u většiny dospívajících dívek, se objevuje přání zhubnout, vědomé omezování se v jídle, strach z tloušťky, nucení do zvracení (Švédová, Mičová, 2010).

Mezi sociální rizikové faktory rozvoje poruchy příjmu potravy je uváděn vyšší tlak na ženy v souvislosti se širší škálou profesionálního uplatnění. Dle jedné z domněnek by si žena měla udržovat tradiční přitažlivost a současně se rychle přizpůsobit požadavkům profesionálního úspěchu a výkonu. Změna v nahlížení sociální a kulturní role ženy staví dospívající dívky před dvojznačná a často rozporuplná očekávání a standardy, která si mohou protirečít, ať už jde o normy fyzické atraktivity, rodinného života nebo sebe prezentace (Krch, 1999).

2.3.2 Biologické faktory

Jedním z nejvýznamnějších rizikových faktorů pro rozvoj poruch příjmu potravy je ženské pohlaví. Stačí být ženou a riziko mentální anorexie je desetkrát vyšší. Ženské tělo je tradičně důležitější a tělesné proporce hrají jinou roli v životě ženy a muže. Ženy a dívky vykazují zvýšený zájem o svou hmotnost a množství tělesného tuku, muži a chlapci se více zaměřují na svalovou hmotu (Krch, 1999; Švédová, Mičová, 2010).

Protože poruchy příjmu potravy jsou spojeny se strachem z tloušťky, objevují se nejvíce v životních obdobích, která jsou spojena s tělesnými změnami. K výraznému nárůstu hmotnosti dochází v období puberty a adolescence, které jsou typicky rizikovými obdobími pro vznik poruchy příjmu potravy. U fyzicky zralejších dívek, které jsou na začátku dospívání výrazněji nespokojené se svým tělem nebo s nelibostí prožívají nástup menstruace a s ní spojený rozvoj sekundárních pohlavních znaků, existuje dvojnásobně vyšší riziko vzniku poruchy příjmu potravy. S časnější fyzickou zralostí je často spojen strach z dalšího přibírání na váze, pocity méněcennosti a některé další depresivní příznaky (Švédová, Mičová, 2010).

2.3.3 Životní události

Různé životní situace a události jsou často považovány za významné predisponující nebo spouštěcí faktory. Pacienti jsou schopni vzpomenout si na události, které způsobily, že se cítili příliš silní, nebo že měli potřebu zhubnout. Nejčastěji jsou zmiňovány různé nárážky na tloušťku a tělesný vzhled, sexuální nebo jiné konflikty, významná životní změna, osobní nezdár nebo nemoc a problémy

v rodině nebo odloučení od rodiny. Tyto události mohou vést k pocitům méněcennosti a neschopnosti, zvláště pokud není možné je kontrolovat a ovládat. Výsledkem může být snaha tyto pocity překonat kontrolou a zdokonalováním těla (Krch, 1999).

2.3.4 Rodinné a genetické faktory

Rizikovým faktorem pro vznik poruch příjmu potravy je jejich výskyt u nejbližších příbuzných ženského pohlaví. I když zatím není znám mechanismus genetické podmíněnosti poruch příjmu potravy, lze se domnívat, že vyšší sklon k dodržování diet může být tedy dán jednak geneticky, jednak nápodobou nebezpečných vzorů chování v rodině. Z výzkumů jídelních zvyklostí v rodinách nemocných dívek vyplývá, že ve stejnou dobu jako nemocná dívka držela dietu i její matka nebo sestra, a že v rodinách nebylo zvykem společné stolování, jídelní návyky byly nesprávné a chaotické (Švédová, Mičová, 2010).

Rizikové jsou také další faktory vyskytující se v rodinách: kritický komentář týkající se obecně jídla, tělesného vzhledu a hmotnosti a přílišný důraz na sebekontrolu a nadměrné ambice. Je poukazováno na nadměrně vysoká očekávání, kritičnost rodičů a oceňování jen mimořádných výkonů. V rodinách nemocných se také častěji vyskytují různé závislosti, alkoholismus a nebo depresivní onemocnění (Švédová, Mičová, 2010).

2.4 Léčba poruch příjmu potravy

Léčba – toto slovo může vyvolávat úlevu, naději stejně jako úzkost a obavy, nechuť nechat si pomoci. V průběhu léčby se tyto a mnohé jiné pocity postupně vynořují, může dojít i ke zhoršení příznaků na počátku terapie, protože člověk se podvědomě brání změně, kterou si zároveň přeje. Pocity ze ztráty něčeho známého, ztráty kontroly nad sebou, strach z odhalení svého temného já, z toho, že už nikdy nebudu moci zvracet atd., mohou být velmi silné. Poruchu příjmu potravy ale nelze jen tak vymazat, jde jí jen porozumět a naučit se, jak ji už nepotřebovat. Proto jsou všechny objevující se pocity velmi důležité, zvláště když je možné o nich mluvit (Švédová, 2012).

2.4.1 Hospitalizace

Důvodem k hospitalizaci nemocných s poruchou příjmu potravy je často potřeba jejich lékařské stabilizace. Nemocniční léčba je v těchto případech

z lékařského hlediska nezbytná a nemusí proto nutně vyžadovat závazek pacienta, že se vyléčí z poruchy příjmu potravy. Závazek aktivní spolupráce pacienta je však nezbytný v případě, že hospitalizace je zamýšlena jako důležitý krok v procesu uzdravení. Pobyt v nemocnici je součástí procesu uzdravování a není zaměřen jen na fyzické stránky nemoci. Soustřeďuje se i na psychické problémy, které poruchy příjmu potravy udržují nebo s nimi nějak souvisejí. Získat pacientku k aktivní spolupráci vyžaduje velké úsilí ve všech fázích léčebného procesu (Krch, 1999).

Při rozhodování o potřebě hospitalizace pacientů s poruchou příjmu potravy existuje několik obecných vodítek. Patří k nim: 1) nezbytnost návratu k normální hmotnosti nebo přerušení trvalého úbytku hmotnosti u vyhublých pacientů; 2) přerušování záchvatů přejídání, zvracení či zneužívání projímadel v případech, že jsou spojeny s vážnými somatickými komplikacemi, nebo když představují vážné zdravotní ohrožení; 3) zhodnocení a léčba jiných potenciálně vážných zdravotních obtíží; 4) léčba některých přidružených stavů jako je těžká deprese, riziko sebepoškození nebo zneužívání psychoaktivních látek (Krch, 1999).

2.4.2 Ambulantní lékařská péče

Existují někteří chroničtí nebo nepoddajní pacienti, kteří prošli během několika let různými formami léčby a nakonec dospěli k bodu, když už nechtějí podstoupit další léčbu nebo souhlasí s tím, že další psychoterapie má jen velmi malou naději na úspěch. V těchto případech můžeme uvažovat o „lékařské péči“, která má cíl velmi odlišný od psychoterapie. Tato lékařská péče se nezaměřuje na „překonání poruchy příjmu potravy“, ale pouze na navrácení pacientky do stavu somatické a psychické stability. Může být prováděna individuálně nebo ve skupině, s týdenními konzultacemi a lékařským dohledem. Pokud je to nutné, měli by příslušní lékaři specialisté kontrolovat tělesnou váhu, elektrolyty a některá další životně důležitá kritéria zdravotního stavu. Když je péče poskytována ve skupině, pacienti mohou mít další zisk ze skupinové podpory a spoluúčasti podobně postižených. V některých případech mohou tyto skupiny vyvolat novou snahu aktivně se zabývat symptomy poruchy příjmu potravy (Krch, 1999).

2.4.3 Svépomoc

Pacienti, kteří mají relativně mírné příznaky a u kterých může dojít ke značnému zlepšení mohou využít formu svépomoci nebo edukativní (osvětové)

intervence. Efektivitou edukace a svépomoci při léčbě mentální bulimie se zabývalo mnoho empirických studií. Léčba zaměřená na osvětu má značný vliv na chování některých pacientů, celkové výsledky léčby však nejsou tak přesvědčivé jako u některých intenzivnější kognitivně behaviorální terapie. Pro většinu pacientů není svépomoc jako jediný způsob léčby dostačující, existuje významná podskupina, která má užitek z této velice úsporné intervence (Krch, 1999).

2.4.4 Rodinná terapie

Rodinná terapie je léčbou první volby u mladých pacientů a u některých pacientů žijících se svojí rodinou. V případech, kde jsou v popředí rodinné konflikty, by měla být rodinná terapie považována za vhodný doplněk k individuální terapii i u starších pacientek. I když rodinná terapie není základním způsobem léčby, může být podrobné rodinné vyšetření velmi důležité pro plné porozumění některým specifickým terapeutickým problémům a pro práci s nimi (Krch, 1999).

K doporučení rodinné terapie u mladých pacientek existují praktické i teoretické důvody. Z vyloženě praktického hlediska pacient sdílí domov se svými rodiči nebo opatrovníky, kteří mají odpovědnost za jeho pohodu a zdraví. Rodiče mají kapacitu výrazně podpořit dosažení terapeutického cíle. Bez ohledu na teoretickou orientaci léčby potřebují členové rodiny pomoc při zacházení s mladým pacientem trpícím poruchou příjmu potravy. Rodiny se často děsí toho, jak začínají být anorektičce vidět kosti, a kolísají mezi zoufalými pokusy o nadměrnou kontrolu a neschopností určit přiměřené hranice bizarních dietních rituálů. Rodinná terapie může být včleněna do dlouhodobějšího léčebného plánu a také může být cenným doplňkem individuální terapie v případě práce s traumatem, jako je například pohlavní zneužívání v rámci rodiny (Krch, 1999).

2.4.5 Kognitivně behaviorální terapie

Kognitivně behaviorální terapie se stala běžně uznávanou léčbou mentální bulimie a vytváří teoretické základy pro značnou část léčby mentální anorexie. Individuální kognitivně behaviorální terapie je terapií doporučovanou těm pacientkám, pro které není vzhledem k jejich věku vhodná rodinná terapie a které mají středně těžké až vážné příznaky (Krch, 1999).

U mentální bulimie má léčba tyto hlavní body: 1) vedení záznamů o jídle, záchvatech přejídání, pročišťování a o myšlenkách a pocitech, které toto chování

vyvolávají; 2) pravidelné vážení; 3) změna schématu jídelního chování (tj. kontrolování redukčních diet; zavedení konzumace jídel, kterým se pacientka vyhýbala, plánování jídel s cílem normalizace jídelního chování); 4) kognitivní restrukturační s cílem změnit navyklé chyby v myšlení a za nimi skryté základní předpoklady, které souvisejí s rozvojem a udržováním poruchy příjmu potravy a 5) zavedení prevence relapsu (Krch, 1999).

Ukázalo se, že kognitivně behaviorální terapie je účinná i při ustálení schémat jídelního chování u obézních jedinců, kteří trpí opakovanými záchvaty přejídání. (Krch, 1999).

2.4.6 Interpersonální terapie

Léčebný postup u interpersonální terapie rozdělena do tří fází. V první fázi dochází k identifikaci interpersonálních problémů, které vedly k rozvoji a udržování problémů s jídlem. V druhé fázi se uzavírá terapeutická smlouva o práci na těchto interpersonálních problémech. Závěrečná fáze je zaměřena na otázky spojené s ukončením terapie (Krch, 1999).

2.4.7 Farmakoterapie

O medikaci by se mělo uvažovat u pacientek s mentální bulimií nebo záchvatovitým přejídáním, které neuspějí při počátečním pokusu o kognitivně behaviorální terapii. Téma farmakologických přístupů u poruch příjmu potravy je komplexní, existují však okolnosti, za kterých může klinik uvažovat o zahrnutí medikace do léčby. V posledním desetiletí probíhá rozsáhlý výzkum farmakoterapie u mentální bulimie a dobře kontrolované studie ukazují na účinnost některých antidepresiv. Doporučuje se však, že by u pacientek s mentální bulimií neměla být medikace hlavním způsobem terapie (Krch, 1999).

2.5 Téma poruch příjmu potravy vyučované na 2. stupni ZŠ

Podle Rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělávání je problematika poruch příjmu potravy pro 2. stupeň ZŠ obsažena ve vzdělávací oblasti Člověk a příroda v oboru Přírodopis a Člověk a zdraví v oboru Výchova ke zdraví. (RVP, 2016).

Vzdělávací oblast Člověk a zdraví přináší základní podněty pro pozitivní ovlivňování zdraví (poznatky, činnosti, způsoby chování), s nimiž se žáci seznamují,

učí se je využívat a aplikovat ve svém životě. Vzdělávání v této oblasti směřuje především k tomu, aby žáci poznávali sami sebe jako živé bytosti, aby pochopili hodnotu zdraví, jeho ochrany i hloubku problémů spojených s nemocí či jiným poškozením zdraví. Žáci se seznamují s různými riziky, která ohrožují zdraví v běžných i mimořádných situacích, osvojují si dovednosti a způsoby chování, které vedou k zachování či posílení zdraví, a získávají potřebnou míru odpovědnosti za vlastní zdraví i zdraví jiných. Jde tedy z velké části o poznávání zásadních životních hodnot, o postupné utváření postojů k nim a o aktivní jednání v souladu s nimi. Naplnění těchto záměrů je v základním vzdělávání nutné postavit na účinné motivaci a na činnostech a situacích posilujících zájem žáků o problematiku zdraví (RVP, 2016).

2.5.1 Téma poruch příjmu potravy v rámci předmětu Přírodopis

Přírodopis spadá do vzdělávací oblasti Člověk a příroda. Do obsahu tohoto oboru patří několik kapitol (Obecná biologie a genetika, Biologie hub, Biologie rostlin, Biologie živočichů, Biologie člověka, Neživá příroda, Základy ekologie, Praktické poznávání přírody). Problematiku poruch příjmu potravy můžeme nalézt v kapitole Biologie člověka. Očekávané výstupy této kapitoly jsou: žák určí polohu a objasní stavbu a funkci orgánů a orgánových soustav lidského těla, orientuje se v základních vývojových stupních fylogeneze člověka, objasní vznik a vývin nového jedince od početí do stáří, rozlišuje příčiny, případně příznaky běžných nemocí a uplatňuje zásady jejich prevence a léčby, objasní význam zdravého způsobu života, aplikuje první pomoc při poranění a jiném poškození těla (RVP, 2016).

2.5.2 Učebnice Přírodopis 8, nakladatelství Nová škola

Učebnice (Drozdová, Klinkovská, Lízal, 2016) byla vydána jako 2. aktualizované vydání. Toto nakladatelství vydává ucelenou řadu učebnic přírodopisu, které jsou koncipovány v souladu s RVP ZV. Důraz je kladen na provázanost učiva a jeho praktickou využitelnost. Jednotlivé kapitoly kromě učiva obsahují také názorná schémata, grafy, fotografie a obrázky. Navíc zahrnují mezipředmětové vazby formou odkazů na korespondující učivo v ostatních učebnicích z řady, průřezová témata, skupinové úkoly, pojmy v angličtině a němčině, opakovací úkoly, zajímavosti, práci s internetem, práce s mapou. Tyto učebnice jsou zpracovány také interaktivní formou (Drozdová, Klinkovská, Lízal, 2016).

Učebnice Přírodopis 8 má za cíl seznámit žáky, jak a k čemu slouží jednotlivé orgány. Je členěna podle jednotlivých orgánových soustav. Závěrečná část se věnuje genetice. Součástí je příloha o základech první pomoci. Učebnice je doplněna o řadu fotografií a názorných obrázků částí lidského těla s popisky (Drozdová, Klinkovská, Lízal, 2016).

Téma poruch příjmu potravy najdeme zpracovanou v kapitole Výživa. Autoři zde zmiňují mentální anorexii a mentální bulimii. Jedná se opravdu pouze o zmínku, jelikož celé toto téma v učebnici zabírá necelou stránku. Pokud by se žákům dostaly jen tyto informace, bez dalšího rozsáhlejšího výkladu učitele, jejich vědomosti týkající se poruch příjmu potravy by byly nanejvýš nedostatečné.

2.5.3 Učebnice Přírodopis 8 – nová generace, nakladatelství Fraus

Tato učebnice (Pelikánová, Markvartová, Skýbová, Hejda, Vančata, Hájek, 2016) spadá do tzv. nové generace systémových učebnic. V učebnici pro 8. ročník je zachováno učivo o savcích a člověku. Nově je zpracována kapitola o vývoji člověka, která reaguje na nové vědecké poznatky v této oblasti. Nová je také kapitola o první pomoci, kterou prakticky doplňují nově připravené pracovní listy v pracovním sešitě. Učivo o člověku je doplněno o unikátní 3D modely, které umožní žákům prostorové vnímání vybraných částí lidského těla (Pelikánová, Markvartová, Skýbová, Hejda, Vančata, Hájek 2016).

Učebnice se z tématu poruch příjmu potravy nejvíce zaměřuje na mentální anorexii a mentální bulimii. Rozsah informací je pro žáky 2. stupně základních škol dostatečný. Obsahu žáci snadno porozumí. Další výhodou této učebnice je i její grafické zpracování. Opět zde nenajdeme novodobé poruchy příjmu potravy, které by si zasloužily zmínit.

Komentář autorky práce: Dle názoru autorky práce je učebnice vydaná nakladatelstvím Fraus (Pelikánová, Markvartová, Skýbová, Hejda, Vančata, Hájek, 2016) pro žáky vhodnější. Jsou zde rozsáhlejší informace o tématu a také lepší grafické zpracování, které žáky určitě více zaujme.

2.5.4 Téma poruch příjmu potravy v rámci předmětu Výchova ke zdraví

Výchova ke zdraví spadá do vzdělávací oblasti Člověk a zdraví. Do obsahu tohoto oboru patří několik kapitol (Vztahy mezi lidmi a formy soužití, Změny v životě člověka a jejich reflexe, Zdravý způsob života a péče o zdraví, Rizika ohrožující zdraví a jejich prevence, Hodnota a podpora zdraví, Osobnostní a sociální rozvoj). Tématiku poruch příjmu potravy najdeme v kapitole Zdravý způsob života a péče o zdraví, kde se žák seznamuje se zásady zdravého stravování, vlivu životních podmínek a způsobu stravování na zdraví, zásady osobní, intimní a duševní hygieny a také ochranou před přenosnými chorobami (RVP, 2016).

2.5.5 Učebnice Výchova ke zdraví, nakladatelství Grada

Publikace (Kubátová a Machová, 2009) byla vydána v roce 2009 nakladatelstvím Grada a následně v roce 2015 jako 2. aktualizované vydání. Kniha renomovaných českých autorek zprostředkovává všem vyučujícím daného předmětu a žákům obsahovou stránku výchovy ke zdraví s důrazem na prevenci a aktuální informace týkající se zdraví a zdravého životního stylu (Kubátová a Machová, 2009).

Kniha má dohromady 9 kapitol: Úvod; Zdraví; Životní styl; Dospívání a některé jeho zdravotní problémy; Časté neinfekční choroby; Úrazy v dětství; Životní prostředí; Podpora zdraví ve škole; Zdraví 21 – zdraví pro všechny do 21. století. Tyto kapitoly se dále dělí na další podkapitoly. Tématiku poruch příjmu potravy najdeme v kapitole Dospívání a některé jeho zdravotní problémy.

Poruchy příjmu potravy jsou v knize velice dobře rozebrané. Najdeme zde informace dostačující pro žáky 2. stupně základní školy. Autorky se zde zaměřují pouze na mentální anorexii a mentální bulimii, novodobější poruchy příjmu potravy jsou opomíjené. Ale na konci každé kapitoly je seznam doplňující literatury, který obsahuje i publikace, které ostatní poruchy příjmu potravy obsahují. Tato učebnice je do škol určitě vhodná, nejen z hlediska obsahu, ale také z celkové koncepce knihy.

Komentář autorky práce: Tato učebnice je určitě vhodná pro žáky 2. stupně základních škol. Tématu se zde autorky opravdu věcně zabývají. Další pozitivum je i seznam doplňující literatury, která obsahuje odborně správně informace pro žáky, kteří by se chtěli tématu více věnovat.

3 Metodika práce

Další část bakalářské práce je zaměřena na návrh a ověření výukového programu, který se zabývá tematikou poruch příjmu potravy (PPP). Tento program je určen žákům 8. ročníku základních škol. Cílem programu je žákům předat informace, které by jim pomohly zlepšit jejich znalosti o tématu, což by mohlo vést k ochraně jejich zdraví. Výukový program by měl také prokázat, jaká forma výuky je pro žáky přínosnější. K zjištění výsledků byl použit Studentův párový i nepárový t-test.

Vzhledem k epidemiologické situaci, která neumožňovala přítomnost ve škole, veškerá aktivita proběhla online za pomoci Google Classroom. Jedná se o nástroj služby Google Apps pro vzdělávání.

3.1 Sběr dat

Ověření autorského výukového projektu se zúčastnily dvě třídy 8. ročníku běžné základní školy v obci o velikosti mírně nad 1000 obyvatel (Plzeňský kraj). V experimentální skupině se zapojilo 26 jedinců, z toho 13 dívek a 13 chlapců. V kontrolní skupině se zapojilo 24 jedinců, z toho 11 dívek a 13 chlapců. Výuka proběhla v dopoledních hodinách během měsíce březen v roce 2021 po informovaném souhlasu ředitele školy. Vzhledem k tomu, že téma je součástí RVP ZV, autorka práce vše předem konzultovala s vyučující děti a pro výzkum nebyla sbírána data citlivá z hlediska GDPR, nebyl potřebný souhlas rodičů dětí.

K ověření znalostí žáků byl vytvořen test a formou Pretest – Posttest byla prokázána míra efektivity experimentální a konvenční výuky. Žáci v obou skupinách vyplnili před výukou Pretest a po výuce Posttest 1. Další ověření a sběr dat bylo po třech týdnech, kdy žáci dostali k vyplnění Posttest 2.

3.2 Didaktický test

Byly vytvořeny dva testy. Test 1 (Příloha 1) byl použit jako Pretest a Test 2 (Příloha 2) byl použit jako Posttest 1 a Posttest 2.

3.2.1 Test 1

Skládá se ze dvou částí. První část tvoří bezbodové informační otázky. Žák vyplňuje pohlaví, postoj k této problematice a hlavní zdroj informací. Druhá část se zaměřuje čistě na znalosti žáka. Znalostní část obsahuje 15 otázek s maximálním počtem bodů 27 (Příloha 3). Vyskytuje se zde 5 otevřených otázek. Ty jsou

ohodnoceny více body, protože vyžadují jisté znalosti a nejsou zodpovězeny na základě vylučovací metody, popřípadě hádáním. Dále test obsahuje 10 uzavřených otázek typu ABC, kdy žák vybírá ze tří možností. Tyto otázky jsou hodnoceny jedním bodem. Čas na vyplnění byl přibližně 15 minut.

3.2.2 Test 2

I tento test se skládá ze dvou částí. První část je též bezbodová a je zaměřena na hodnocení proběhlé výuky (v jaké míře je zaujala a zda by něco doplnili). Druhá část zaměřená na znalosti je totožná se znalostní částí Testu 1. Opět 5 otevřených a 10 uzavřených otázek s časovou dotací na vyplnění 15 minut.

3.3 Experimentální výuka

Experimentální výuka byla zahájena Pretestem, který měl zjistit jejich počáteční znalosti o tématu. Dále výuka probíhala předvedením autorčina výukového programu, který byl zaměřen na to, aby se studenti aktivně zapojili a ne pouze pasivně vstřebávali informace.

Celou výuku doprovázela prezentace. Jako první byl pro žáky připravený brainstorming, který rozvířil debatu na dané otázky. V průběhu výkladu byla využita aplikace Kahoot!, která zpestřila výklad a umožnila žákům vyjádřit jejich názor na otázky týkající se tématu. V neposlední řadě byly použity i příběhy ze života, které si žáci přečetli vždy po probrání jednotlivé poruchy.

Výklad trval o něco déle než jednu vyučovací hodinu vzhledem k zapojení aktivit. Po ukončení výkladu byla možnost na dotazy a následně byl zadán Posttest 1.

3.3.1 Prezentace

Stěžejní část výukového programu byla prezentace vytvořená v Powerpointu (Příloha 4), kterou doprovázely jiné aktivity. Prezentace byla přehledná, srozumitelná a s dostatkem názorných ukázek ve formě obrázků a videí.

3.3.2 Brainstorming

Prezentace byla zahájena brainstormingem. Jedná se o techniku, která je zaměřená na skupinovou kreativitu. Žákům byly položeny otázky, které měly ukázat jaký vztah mají k tomuto tématu a jak by se zachovali v určité situaci. Otázky byly dvě:

- 1) Co vás napadne jako první, když se řekne poruchy příjmu potravy?
- 2) Co byste dělali, kdyby jste zjistili, že váš/vaše kamarád/ka trpí poruchou příjmu potravy?

3.3.3 Kahoot!

Kahoot! je webová aplikace, která se používá k oživení výuky. Může ji používat úplně každý na jakémkoliv zařízení s internetovým připojením. Slouží k vytvoření vlastního testu formou kvízu. Pro pracování na této stránce je nutné se zaregistrovat a vytvořit si svůj účet. Učitel na svém účtu vytvoří otázky, které následně promítá žákům pomocí dataprojektoru nebo interaktivní tabule. Žáci mohou využít své mobilní telefony nebo školní tablety a odpovídají s nimi na promítané otázky.

Na začátku učitel sdělí žákům přihlašovací kód, kterým se připojí ke správnému testu, pojmenují se a jejich výsledky vyučující může v průběhu sledovat. Otázky mohou mít časový limit, mohou být doplněny o obrázky, videa nebo můžou mít různý styl. Na konci testu je vyhodnocen vítěz, který je určen podle stanovených kritérií.

Ve výukovém programu nebyl Kahoot! použit jako test, nýbrž jako dotazník. Měl oživit výuku a zapojit studenty do diskuze. V průběhu prezentace se objevilo 5 otázek (Příloha 5), na které žáci odpovídali pomocí svých mobilních telefonů.

Otázky: 1) Máte nějakou zkušenost s PPP?

2) Jaká je podle vás nejčastější porucha?

3) Jaká je podle vás nejzávažnější porucha?

4) Slyšeli jste, nebo znáte, tyto novodobé PPP?

5) Dá se podle vás PPP úplně vyléčit?

3.3.4 Příběhy

Příběhy (Příběhy ze život, 2015), které byly inspirovány skutečnými osudy mladých lidí, kteří se potýkají nebo potýkali s poruchou příjmu potravy. Tyto příběhy (Příloha 6) si žáci přečetli vždy po probrání jednotlivé poruchy a následně proběhla diskuze o tom, co si žáci myslí nebo jak by se zachovali oni. Cílem bylo propojit strohé informace se skutečnými příběhy ze života.

3.4 Konvenční výuka v kontrolní skupině

V kontrolní skupině výuka začala zadáním Pretestu, který žáci vyplnili. Následoval konvenční výklad, který byl doprovázen prezentací vytvořenou v Powerpointu (Příloha 7). Prezentace obsahovala 14 snímků. Na rozdíl od prezentace v experimentální skupině, tato neobsahovala mnoho obrázků sloužící k názornosti, za účelem zjištění, zda to žáci vnímají jako nedostatek. Informace byly sepsány v bodech a obsah se slučoval s požadovanými znalostmi, které měly být použity při testu.

Výklad trval jednu vyučovací hodinu. Po ukončení byl prostor pro případné dotazy ze strany žáků. Poté přišlo na řadu vyplnění Posttestu 1.

3.5 Zpracování a vyhodnocení dat

Získaná data z Pretestu, Posttestu 1 a Posttestu 2 byla zanesena do tabulky v programu Microsoft Excel 2016. U každého jedince bylo zaznamenáno bodové ohodnocení všech otázek jednotlivých testů. Tato data byla následně statisticky zanalyzována opět v MS Excel 2016 a Statistica v. 12.

Statistické charakteristiky (Kladivo, 2013; Chráska, 2016)

Absolutní četnost – vyjadřuje absolutní hodnotou četnost zastoupených hodnot ve statistickém souboru (v daném intervalu)

Relativní četnost - vyjadřuje četnost pomocí relativních hodnot, která je dána podílem jednotlivých absolutních četností k rozsahu souboru (vyjádřená v %)

Aritmetický průměr – celkový součet všech hodnot, který je vydělený daným počtem hodnot

Směrodatná odchylka – základní charakteristika variability definována jako druhá odmocnina rozptylu

Studentův t-test – metoda testování statistických hypotéz, vyhodnocuje rozdíl mezi dvěma aritmetickými průměry

- Studentův nepárový t-test – pokud jsou dva soubory dat získané měřeními ve dvou různých skupinách, potom nepárový t-test vyhodnocuje, zda mají stejný aritmetický průměr (bylo použito například při porovnání výsledků chlapců a dívek)

- Studentův párový t-test – byl použit například při porovnání výsledků Pretest chlapci a Posttest 1 chlapci, zjišťuje, zda se liší dva soubory dat u jedné skupiny jedinců
- Testovací kritérium (t) – slouží k testování nulové hypotézy
- Stupně volnosti (sv) – umožňuje vyjádření počtu testovaných, a to u každé skupiny zmenšený o číslo jedna, pokud by šlo o dvě skupiny, počet všech testovaných jedinců se zmenší o číslo 2
- Hladina významnosti (p) – ukazuje pravděpodobnost, že se nesprávně odmítne nulová hypotéza, hladina významnosti byla stanovena $\alpha = 0,05$
($p \leq \alpha$ - zamítá se nulová hypotéza a přijímá se alternativní;
 $p > \alpha$ - nezamítá se nulová hypotéza)

4 Výsledky a diskuze

4.1 Vyhodnocení autorského projektu

V autorském projektu v experimentální skupině byl využit brainstorming, Kahoot? a příběhy ze života. První otázka při brainstormingu byla, co žáky napadne jako první, když se řekne poruchy příjmu potravy. Žáci většinou odpovídali vyjmenováním jednotlivých poruch, například anorexie, bulimie nebo přejídání. Další, co je napadlo, byly projevy (slabost, hubená postava, zvracení, diety...). Druhá otázka směřovala k tomu, co by udělali, kdyby jejich blízký trpěl poruchou příjmu potravy. Odpovědi byly různé. Promluvit si s nemocným, přimět ho jít k psychiatrovi, říct to třídní učitelce, popřípadě rodičům, hlídat ho při jídle nebo ukázat, že to jde i jinak.

Aplikace Kahoot! se setkala s velkým úspěchem. Žáci ji neznali, ale líbilo se jim propojení s jejich mobilními telefony. Na monitoru se objevila otázka a oni mohli přes svůj mobil vybrat odpověď. Otázky se objevovali mezi výkladem.

První otázka byla, zda žáci mají nějakou zkušenost s poruchami příjmu potravy. Většina žáků odpověděla, že ne. Kromě jedné dívky, která se svěřila, že její sestřenice trpěla mentální anorexií. Druhá otázka, která porucha je nejčastější. Zde byla většina odpovědí mentální anorexie. Třetí otázka, která porucha je nezávažnější. Opět většina odpovědí byla mentální anorexie, ale velké zastoupení měla i mentální bulimie. Čtvrtá otázka byla položena po probrání novodobých poruch. Žáci byli tázáni, zda tyto novodobé poruchy znaly. Valná většina odpověděla, že ne. Pár dívek odpovědělo, že ano. Sdělily, že o tom četly článek na internetu. Poslední otázka, zda se dají PPP úplně vyléčit, byla zodpovězena jednotně a to ne.

Příběhy, které opět doprovázely výklad, byly také pozitivně přijaty. Žáci si je přečetli a následně diskutovali. Objevovaly se zde různé názory na to, co vlastně zapříčinilo situaci, do které se tyto lidé dostali. Jak by se to dalo řešit jinak i to, zda je něco takového opravdu možné. Nejvíce žáky zasáhl příběh Aleny, která spáchala sebevraždu.

Všechny tyto aktivity měly žáky zapojit do diskuze. Měly jim umožnit říct svůj vlastní názor a vžít se do různých situací. I přes komplikace online výuky, žáci opravdu spolupracovali a vedli debaty.

4.2 Vyhodnocení konvenční výuky

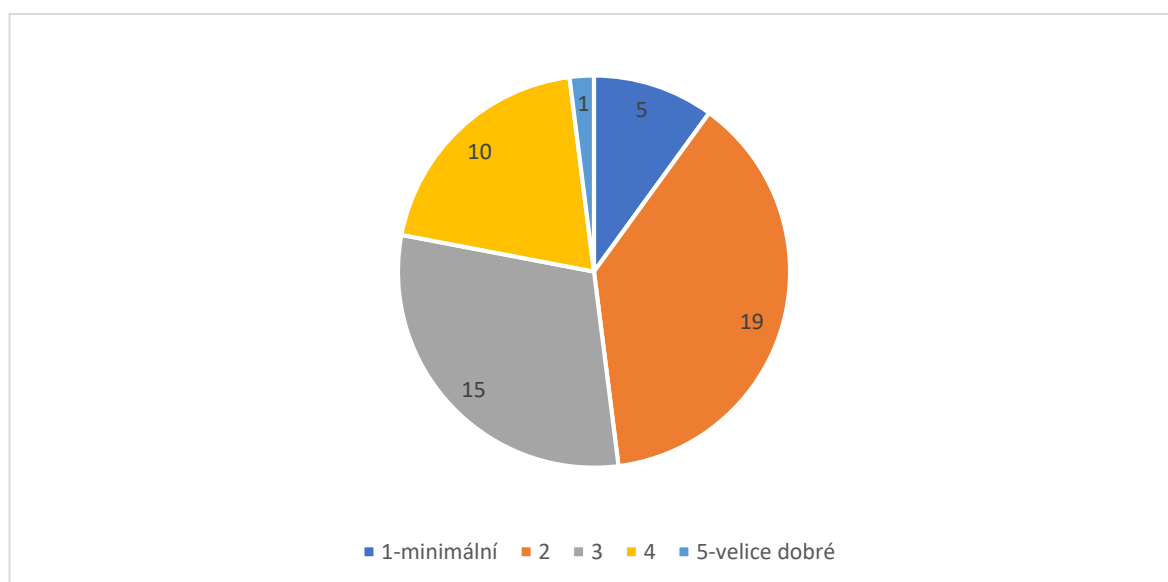
Konvenční výuka v kontrolní skupině proběhla bez problémů. Prezentace byla pro žáky srozumitelná, obsahovala podstatné informace. Na začátku výkladu byla žákům položena otázka, zda mají nějaké zkušenosti s poruchy příjmu potravy. V této skupině nebyl nikdo, kdo by nějaké měl.

Na konci výkladu byla možnost dotazů. Žáci byli nejdříve zdrženlivější, ale nakonec se zeptali, pokud budou držet dietu založenou na zdravé výživě, zda mohou propadnout v orthorexii. Další dotaz byl směřován na autorčiny vlastní zkušenosti s poruchou příjmu potravy. Poslední otázka byla zaměřena na příčiny vzniku, zda vznik poruch zapříčiňuje více rodinná situace nebo problémy ve škole. Všechny dotazy byly řádně zodpovězeny.

4.3 Pretest – informační část

4.3.1 Jaké si myslíte, že jsou vaše znalosti ohledně tématu PPP?

První část Pretestu zahrnuje informační otázky. V první otázce měli žáci zhodnotit a odpovědět, jaká je jejich úroveň znalostí. Zastoupení jednotlivých odpovědí lze vidět v následujícím grafu (obr. 1) a tabulce I.



Obr. 1 Zastoupení odpovědí z Pretestu k otázce Jaké si myslíte, že jsou vaše znalosti ohledně tématu PPP?

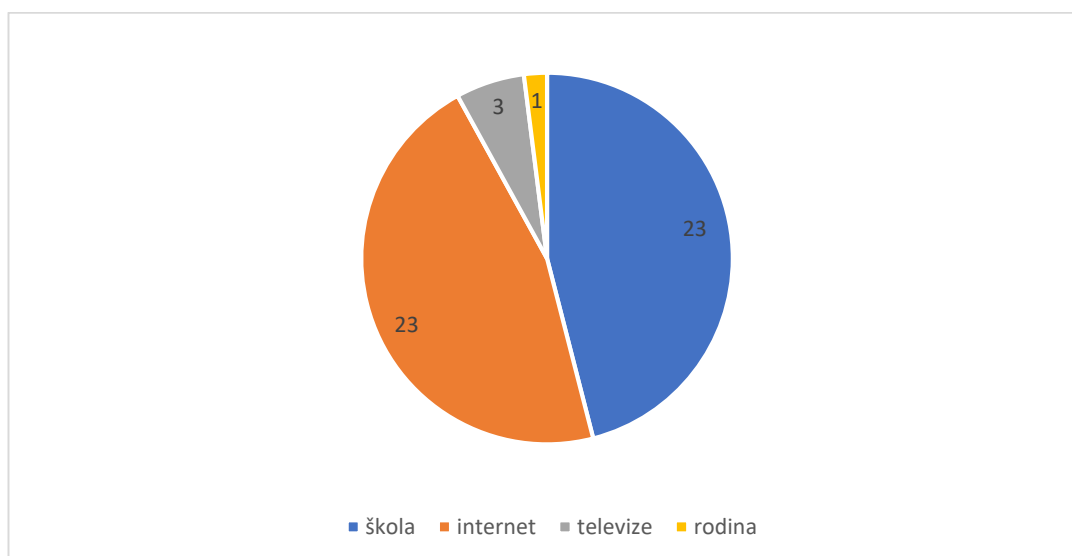
Tab. I Zastoupení odpovědí z Pretestu k otázce Jaké si myslíte, že jsou vaše znalosti ohledně tématu PPP? (chlapci x dívky)

| | 1-minimální | 2 | 3 | 4 | 5-velice dobré |
|---------|-------------|-------------|------------|------------|----------------|
| chlapci | 5 (19,2 %) | 12 (46,2 %) | 8 (30,8 %) | 1 (3,8 %) | 0 (0 %) |
| dívky | 0 (0 %) | 7 (29,2 %) | 7 (29,2 %) | 9 (37,5 %) | 1 (4,2 %) |

Z výsledků je patrné, že si dívky v tématu poruchy příjmu potravy více věří. Přes 40% dívek vybralo, že jejich znalosti jsou na úrovni 4 nebo 5. Na rozdíl od chlapců, kteří ve více jak 60 % ohodnotili své znalosti jak minimální nebo podprůměrné.

4.3.2 Jaký je váš hlavní zdroj informací o PPP?

Druhá otázka byla zaměřena na zdroj informací. Na obrázku č. 2 a v tabulce II jsou zaznamenány odpovědi žáků.



Obr. 2 Zastoupení odpovědí z Pretestu k otázce Jaký je váš hlavní zdroj informací o PPP?

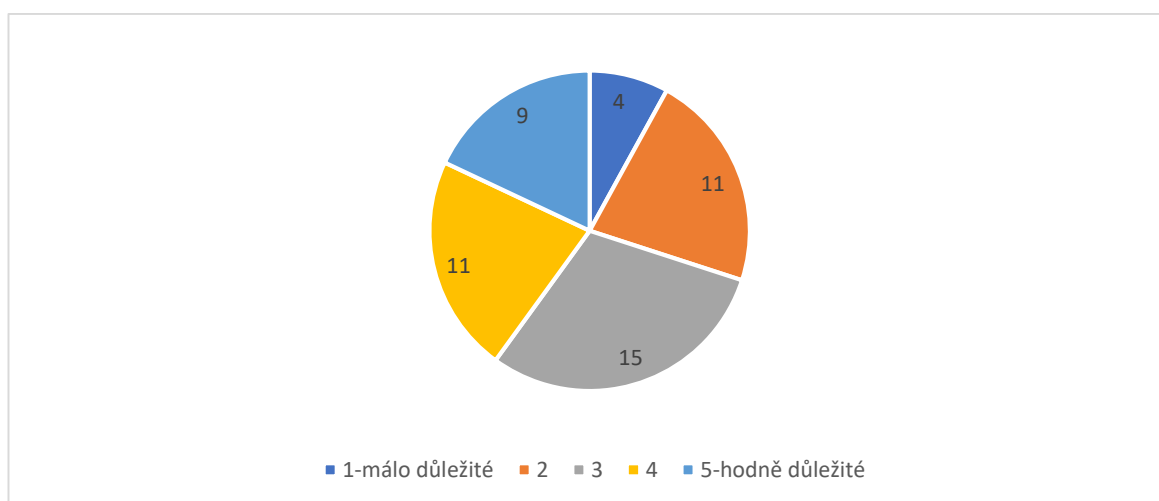
Tab. II Zastoupení odpovědí z Pretestu k otázce Jaký je váš hlavní zdroj informací o PPP? (chlapci x dívky)

| | škola | internet | televize | rodina |
|---------|-------------|-------------|-----------|-----------|
| chlapci | 16 (61,5 %) | 8 (30,8 %) | 1 (3,8 %) | 1 (3,8 %) |
| dívky | 7 (29,2 %) | 15 (62,5 %) | 2 (8,3 %) | 0 (0 %) |

Otázka ohledně zdroje informací ukázala, že přes 60 % dívek za svůj hlavní zdroj označilo internet a necelých 30 % vybralo školu. U chlapců se odpovědi lišily. Ti, v hojném počtu, označili svůj hlavní zdroj školu, pak následoval internet. Našlo se zde i malé procento zastoupení televize a rodiny.

4.3.3 Je pro vás téma PPP důležité?

Třetí otázka se ptá na důležitost tématu. Žáci měli vybrat na škále od 1 do 5, jak je pro ně témat důležité. Zastoupení odpovědí je zaznamenáno v grafu níže (obr.3) a v tabulce III.



Obr. 3 Zastoupení odpovědí z Pretestu k otázce Je pro vás téma PPP důležité?

Tab. III Zastoupení odpovědí z Pretestu k otázce Je pro vás téma PPP důležité? (chlapci x dívky)

| | 1-málo důležité | 2 | 3 | 4 | 5-hodně důležité |
|---------|-----------------|-------------|------------|------------|------------------|
| chlapci | 4 (15,4 %) | 11 (42,3 %) | 9 (34,6 %) | 2 (7,7 %) | 0 (0 %) |
| dívky | 0 (0 %) | 0 (0 %) | 6 (25 %) | 9 (37,5 %) | 9 (37,5 %) |

Důležitost tématu každý vnímá jinak. Zde je vidět, že pro dívky je toto téma velice důležité a u chlapců nemá takovou váhu. 75 % dívek označilo důležitost na škále číslem 4 nebo 5. U chlapců takto odpovědělo pouze 7 % a na druhou stranu, více jak 50 % z nich vybralo důležitost 1 nebo 2.

4.4 Pretest – znalostní část

Všichni žáci (celkem 50 žáků, z toho 26 chlapců a 24 dívek) odpovídali na 15 otázek. V následujících tabulkách IV a V je vidět, jakou úspěšnost měli chlapci a dívky v jednotlivých otázkách. U otázek 1, 6, 9, 11, 12 a 15 bylo maximum dosažených bodů 3 body, u ostatních otázek maximum 1 bod.

Tab. IV Úspěšnost chlapců (N=26) ve všech otázkách ze znalostní části Pretestu

| chlapci | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
|-------------|-----|----|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|----|-----|----|-----|-----|
| bodový zisk | 56 | 26 | 26 | 13 | 18 | 60 | 2 | 14 | 56 | 1 | 52 | 53 | 26 | 22 | 48 |
| průměr | 2,2 | 1 | 1 | 0,5 | 0,7 | 2,3 | 0,1 | 0,5 | 2,2 | 0,04 | 2 | 2,0 | 1 | 0,9 | 1,9 |
| sm. odch. | 0,8 | 0 | 0 | 0,5 | 0,5 | 0,7 | 0,3 | 0,5 | 0,7 | 0,2 | 1 | 0,8 | 0 | 0,4 | 0,7 |

Tab. V Úspěšnost dívek (N=24) ve všech otázkách ze znalostní části Pretestu

| dívky | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
|-------------|-----|----|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|----|-----|----|-----|-----|
| bodový zisk | 59 | 24 | 24 | 11 | 19 | 63 | 2 | 14 | 56 | 3 | 48 | 51 | 24 | 21 | 45 |
| průměr | 2,5 | 1 | 1 | 0,5 | 0,8 | 2,6 | 0,1 | 0,6 | 2,3 | 0,1 | 2 | 2,1 | 1 | 0,9 | 1,9 |
| sm. odch. | 0,8 | 0 | 0 | 0,5 | 0,4 | 0,6 | 0,3 | 0,5 | 0,7 | 0,3 | 1 | 0,8 | 0 | 0,3 | 0,6 |

Z výsledků je jednoznačně vidět, že na otázky číslo 2, 3 a 13 odpověděli správně všichni chlapci i dívky. Zato otázky číslo 7 (Jaká porucha příjmu potravy se také nazývá jako „vlčí hlad“ ?) a 10 (Které tvrzení o záchvatovitém přejídání je pravdivé?) dělaly žákům velké problémy. Na otázku číslo 7 odpověděli správně pouze dva chlapci a dvě dívky. Na otázku 10 dokonce jen jeden chlapec a tři dívky.

Porovnání celkových výsledků Pretestu chlapců a dívek je uvedeno v následující tabulce (Tab. VI). Výsledky t-testu ($t=4,1336$, $sv=48$, $p=0,000$) ukazují rozdíl průměrných hodnot statisticky vysoce významný ve prospěch dívek. Tabulka VII ukazuje rozdíl mezi experimentální a kontrolní skupinou, rozdíl průměrných hodnot byl vyhodnocen jako statisticky vysoce významný ve prospěch kontrolní skupiny ($t=4,318$, $sv=48$, $p=0,00$). Vzhledem k organizačním potížím spojenými

s distanční výukou nebylo možné přistoupit k znalostně vyrovnanějšímu uspořádání skupin.

Tab. VI Celková úspěšnost chlapců a dívek ve znalostní části Pretestu

| | Pohlaví | Počet jedinců | Průměr | Sm.odch. | Minimum | Maximum |
|--------------------------|---------|---------------|--------|----------|---------|---------|
| Pretest Počet bodů | chlapci | 26 | 18,2 | 0,9 | 14 | 24 |
| | dívky | 24 | 19,3 | 0,9 | 14 | 23 |

Tab. VII Celková úspěšnost experimentální a kontrolní skupiny ve znalostní části Pretestu

| | Skupina | Počet jedinců | Průměr | Sm.odch. | Minimum | Maximum |
|--------------------------|----------------|---------------|--------|----------|---------|---------|
| Pretest Počet bodů | experimentální | 26 | 18,2 | 0,9 | 14 | 24 |
| | kontrolní | 24 | 19,3 | 0,9 | 16 | 23 |

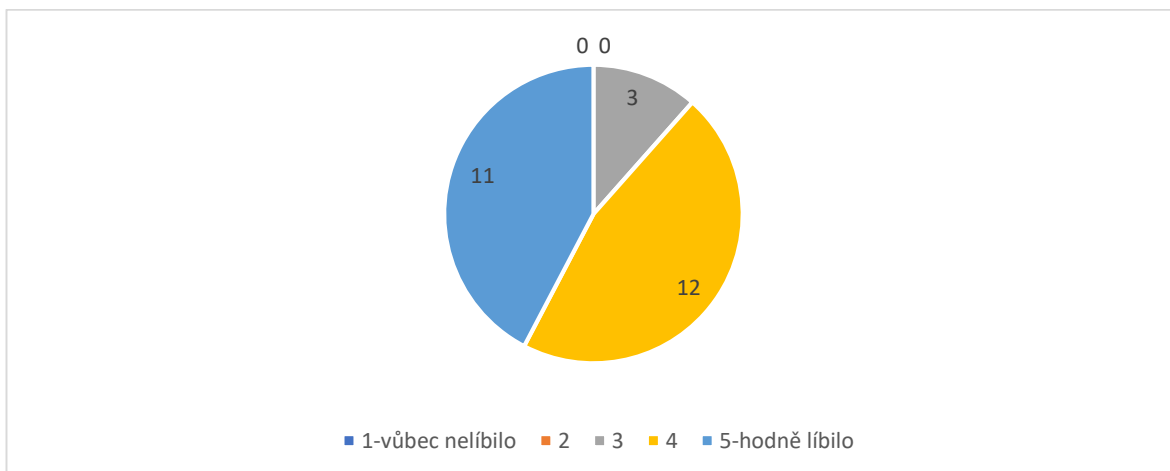
Z výsledků Pretestu vyplývá, že znalosti žáků jsou nadprůměrné. Žáci mají o tématu přehled, jen některé otázky jim činily značné problémy. Jedná se o otázky číslo 7 (Jaká porucha se také nazývá „vlčí hlad“?) a 10 (Které tvrzení o záchvatovitém přejídání je pravdivé?). Otázka číslo 7 mohla být podle autorky práce skutečně zavádějící a láká odpovědět záchvatovité přejídání. Není tedy divu, že správně odpovědělo minimum žáků.

4.5 Posttest 1 – informační část

4.5.1 Jak se vám prezentace líbila?

První otázka se zaměřuje na zhodnocení prezentace, resp. výkladu. Žáci měli vybrat na škále od 1 do 5, jak se jim prezentace líbila. V následujících grafech (obr. 4,

obr. 5) a tabulkách VIII a IX je vidět zastoupení jednotlivých odpovědí v experimentální a kontrolní skupině.

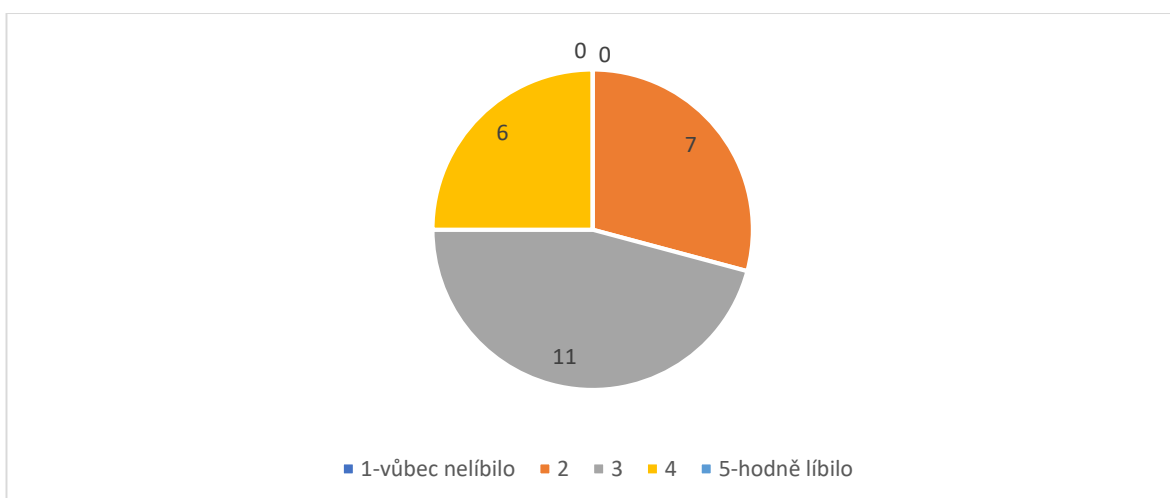


Obr. 4 Zastoupení odpovědí z Posttestu 1 k otázce Jak se vám prezentace líbila? (experimentální skupina)

Tab. VIII Zastoupení odpovědí z Posttestu 1 k otázce Jak se vám prezentace líbila? (experimentální skupina)

| | 1-vůbec nelíbilo | 2 | 3 | 4 | 5-hodně líbilo |
|---------|------------------|---------|------------|------------|----------------|
| chlapci | 0 (0 %) | 0 (0 %) | 3 (23,1 %) | 6 (46,2 %) | 4 (30,8 %) |
| dívky | 0 (0 %) | 0 (0 %) | 0 (0 %) | 6 (46,2 %) | 7 (53,8 %) |

V experimentální skupině je vidět, že se prezentace líbila jak dívkám, tak i chlapcům. Přes 50 % dívek vybralo, že se jim prezentace hodně líbila a u chlapců je téměř 80 %, kteří ohodnotili číslem 4 nebo 5.



Obr. 5 Zastoupení odpovědí z Posttestu 1 k otázce hodnocení prezentace (kontrolní skupina)

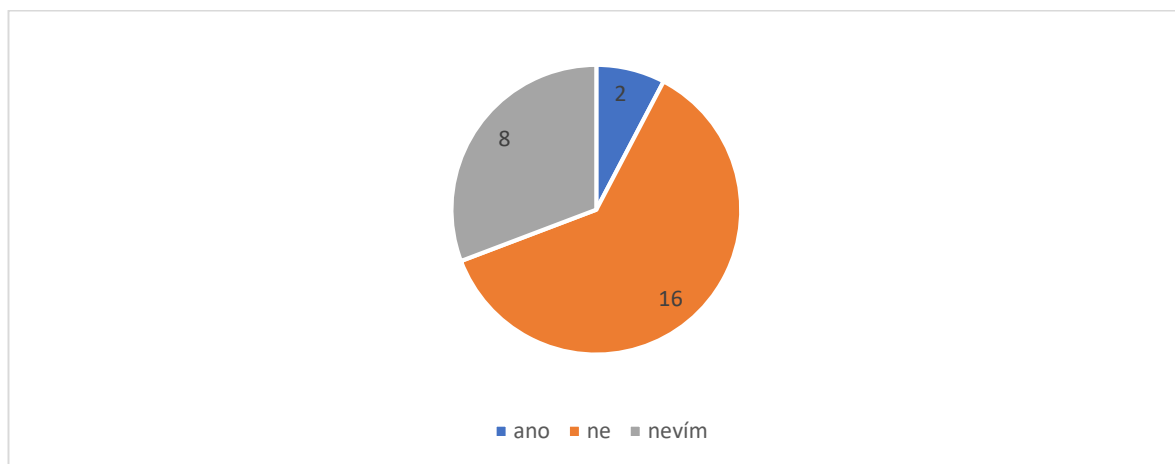
Tab. IX Zastoupení odpovědí z Posttestu 1 k otázce Jak se vám prezentace líbila? (kontrolní skupina)

| | 1-vůbec nelíbilo | 2 | 3 | 4 | 5-hodně líbilo |
|---------|------------------|------------|------------|------------|----------------|
| chlapci | 0 (0 %) | 4 (30,8 %) | 5 (38,5 %) | 4 (30,8 %) | 0 (0 %) |
| dívky | 0 (0 %) | 3 (27,3 %) | 6 (54,5 %) | 2 (18,2 %) | 0 (0 %) |

V kontrolní skupině bylo hodnocení prezentace průměrné. Téměř 70 % chlapců ohodnotilo prezentaci číslem 2 nebo 3. Přes 50 % dívek zas hodnotilo číslem 3. Žádný z jedinců nevybral číslo 5, ale ani číslo 1.

4.5.2 Uvítali byste více názorných ukázek (např. obrázky, videa...)?

Druhá otázka zjišťuje, zda by žáci chtěli do výkladu zařadit více ukázek. V následujících grafech (obr. 6, obr. 7) a tabulkách X a XI je zastoupení jednotlivých odpovědí v experimentální a kontrolní skupině.

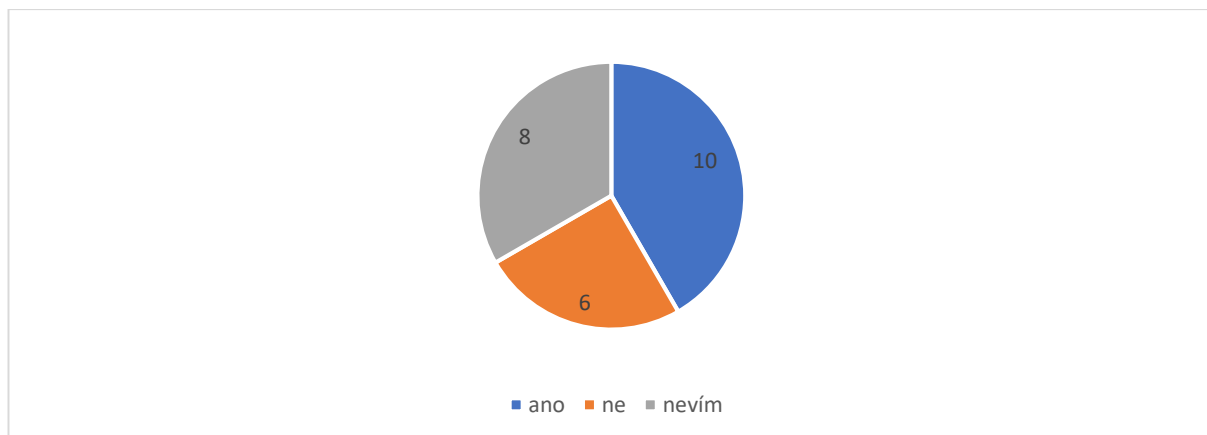


Obr. 6 Zastoupení odpovědí z Posttestu 1 k otázce Uvítali byste více názorných ukázek? (experimentální skupina)

Tab. X Zastoupení odpovědí z Posttestu 1 k otázce Uvítali byste více názorných ukázek? (experimentální skupina)

| | ano | ne | nevím |
|---------|-----------|-------------|------------|
| chlapci | 1 (7,7 %) | 6 (46,2 %) | 6 (46,2 %) |
| dívky | 1 (7,7 %) | 10 (76,9 %) | 2 (15,4 %) |

O více názorných ukázek v experimentální skupině nebyl velký zájem. U dívek odpovědělo téměř 80 % ne a u chlapců téměř 50 %. U obou pohlaví pouze 7 % by vyžadovalo více ukázek. U chlapců bylo i velké zastoupení neutrální odpovědi.



Obr. 7 Zastoupení odpovědí z Posttestu 1 k otázce Uvítali byste více názorných ukázek? (kontrolní skupina)

Tab. XI Zastoupení odpovědí z Posttestu 1 k otázce Uvítali byste více názorných ukázek? (kontrolní skupina)

| | ano | ne | nevím |
|---------|------------|------------|------------|
| chlapci | 6 (46,2 %) | 2 (15,4 %) | 5 (38,5 %) |
| dívky | 4 (36,4 %) | 4 (36,4 %) | 3 (27,3 %) |

Z výsledků v kontrolní skupině je vidět poměrně velký zájem o názorné ukázky ze strany chlapců. Téměř 50 % by jich chtělo více. U dívek je poměr odpovědí ano a ne stejný.

Výsledky informační části Posttestu 1 ukázaly, jak byla hodnocena výuka v experimentální a kontrolní skupině. V experimentální skupině byly použity různé aktivity (brainstroming, Kahoot!, příběhy). Ohlas, na toto zapojení žáků, byl velice pozitivní. Valná většina žáků prezentaci ohodnotila velice kladně a neměli velkou potřebu doplnit ji dalšími názornými ukázkami. V kontrolní skupině proběhl klasický výklad doprovázený prezentací, která neobsahovala příliš moc obrázků a videí pro názornou ukázkou, popř. zpestření výuky. I toto se projevilo ve výsledcích informační části Posttestu 1. Žáci prezentaci hodnotili jako průměrnou a většina by uvítala více názorných ukázek.

4.6 Posttest 1 – znalostní část

Posttest 1 vyplnili všichni žáci (50 žáků, z toho 26 chlapců a 24 dívek) po výuce. V následující tabulkách XII a XIII je opět vidět, jakou měli chlapci a dívky úspěšnost v jednotlivých otázkách.

Tab. XII Úspěšnost chlapců (N=26) ve všech otázkách ze znalostní části Posttestu 1

| chlapci | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
|-------------|----|----|----|-----|----|-----|-----|-----|-----|-----|----|-----|----|----|----|
| bodový zisk | 78 | 26 | 26 | 24 | 26 | 76 | 25 | 24 | 73 | 25 | 78 | 75 | 26 | 26 | 78 |
| průměr | 3 | 1 | 1 | 0,9 | 1 | 2,9 | 0,9 | 0,9 | 2,8 | 0,9 | 3 | 2,9 | 1 | 1 | 3 |
| sm. odch. | 0 | 0 | 0 | 0,3 | 0 | 0,3 | 0,2 | 0,3 | 0,4 | 0,2 | 0 | 0,3 | 0 | 0 | 0 |

Tab. XIII Úspěšnost dívek (N=24) ve všech otázkách ze znalostní části Posttestu 1

| dívky | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
|-------------|----|----|----|-----|----|-----|-----|-----|-----|-----|----|----|----|----|----|
| bodový zisk | 72 | 24 | 24 | 21 | 24 | 70 | 23 | 23 | 70 | 22 | 72 | 72 | 24 | 24 | 72 |
| průměr | 3 | 1 | 1 | 0,9 | 1 | 2,9 | 0,9 | 0,9 | 2,9 | 0,9 | 3 | 3 | 1 | 1 | 3 |
| sm. odch. | 0 | 0 | 0 | 0,3 | 0 | 0,3 | 0,2 | 0,2 | 0,3 | 0,3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Z výsledků je patrné, že otázky číslo 1, 2, 3, 5, 11, 13, 14 a 15 byly zodpovězeny správně všemi chlapci a dívkami. Otázky, které by činily větší obtíže, se zde již nevyskytují.

Následující tabulky (XIV a XV) ukazují úspěšnost chlapců a dívek a úspěšnost experimentální a kontrolní skupiny.

Tab. XIV Celková úspěšnost chlapců a dívek ve znalostní části Posttestu 1

| | Pohlaví | Počet jedinců | Průměr | Sm.odch. | Minimum | Maximum |
|-------------------------|---------|---------------|--------|----------|---------|---------|
| Posttest1 Počet bodů | chlapci | 26 | 26,4 | 0,9 | 24 | 27 |
| | dívky | 24 | 26,5 | 0,9 | 24 | 27 |

Tab. XV Celková úspěšnost experimentální a kontrolní skupiny ve znalostní části Posttestu 1

| | Skupina | Počet jedinců | Průměr | Sm.odch. | Minimum | Maximum |
|-------------------------|----------------|---------------|--------|----------|---------|---------|
| Posttest1 Počet bodů | experimentální | 26 | 26,5 | 0,9 | 25 | 27 |
| | kontrolní | 24 | 26,4 | 0,9 | 24 | 27 |

Jak bylo zjištěno z výsledků Pretestu, znalosti žáků byly mírně nadprůměrné. U Posttestu 1 byla úroveň znalostí téměř sto procentní. Problémové otázky téměř vymizely. Rozdíl průměrných hodnot výsledků Pretestu a Posttestu 1 byl statisticky vysoce významný jak u experimentální skupiny ($t=33,251$, $sv=50$, $p=0,000$), tak kontrolní skupiny ($t=27,328$, $sv=46$, $p=0,000$).

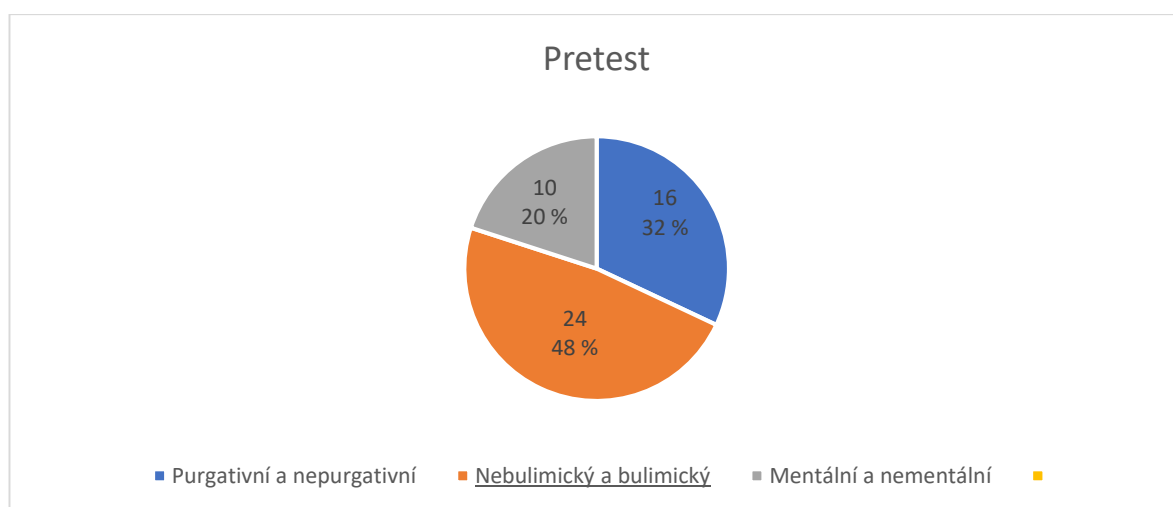
Rozdíly mezi skupinami ve výsledcích Posttestu 1 nebyly vyhodnoceny jako statisticky významné ($t=0,391$, $sv=48$, $p=0,694$). V Posttestu 1 se výsledky dívek a chlapců prakticky nelišily ($t=0,391$, $sv=48$, $p=0,694$). Z těchto zjištění vyplývá, že po výuce došlo k většímu nárůstu znalostí u experimentální skupiny a u chlapců, kteří se znalostně díky výuce vyrovnaly dívkám.

Další zjištění, které vyplývá z výsledků Pretestu a Posttestu 1 bylo takové, že dívky měly lepší výsledky jak v Pretestu, tak i v Posttestu 1. Lze to i do jisté míry přikládat faktu, že téma poruch příjmu potravy je pro dívky důležitějším tématem i z hlediska zjištěného častějšího výskytu mentální anorexie u žen. Vyplývá to z výsledků informační části Pretestu. Na otázku, jak je toto téma pro vás důležité, valná většina dívek odpověděla, že hodně důležité. Další věc, co by mohla dokazovat, proč dívky dosáhly lepších výsledků, je i hlavní zdroj informací. Zatímco většina chlapců vybrala školu, dívky odpověděly internet. Tento fakt může ukazovat, že dívky si sami vyhledávají informace a mají opravdový zájem o téma.

4.7 Hodnocení vybraných otázek testu

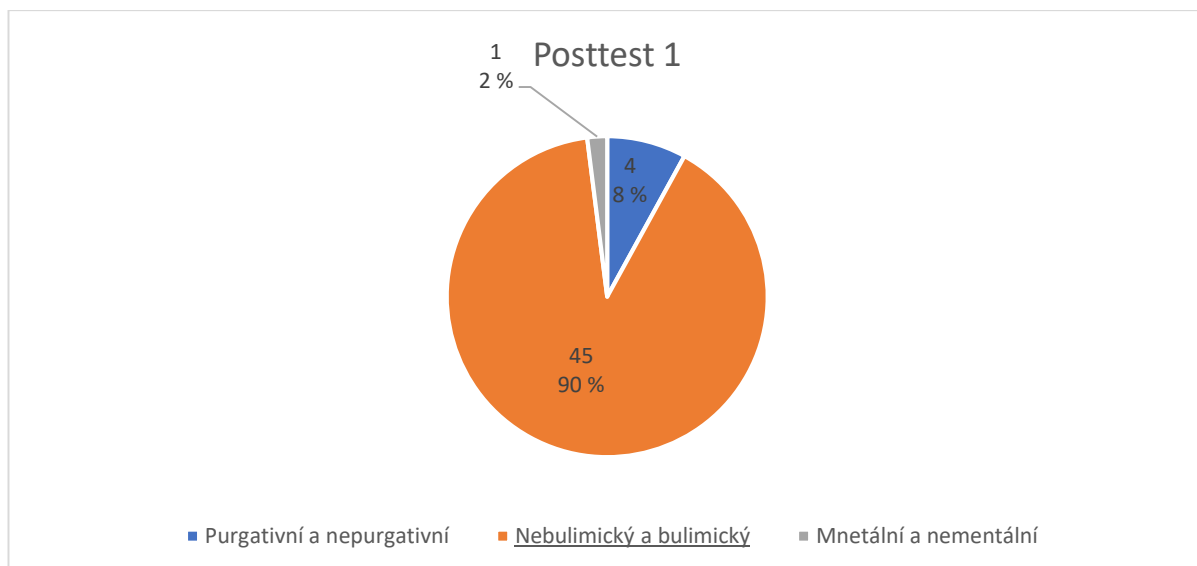
4.7.1 Otázka č. 4 Jaké existují typy mentální anorexie? – porovnání výsledků Pretestu a Posttestu 1

Mentální anorexie má dva typy a to bulimický a nebulimický. Výsledky z Pretestu (obr.8) ukázaly, že žáci většinou odpověděli správně, ale značné zastoupení měla i odpověď purgativní a nepurgativní, která je ovšem špatně.



Obr. 8 Zastoupení odpovědí z Pretestu k otázce Jaké existují typy mentální anorexie?

V dalším grafu (obr.9) jsou zaznamenány odpovědi z Posttestu 1. Je zde vidět výrazně větší zastoupení správné odpovědi. Počet žáků, kteří odpověděli správně se zvýšil o 21 jedinců oproti Pretestu.



Obr. 9 Zastoupení odpovědí z Posttestu 1 k otázce Jaké existují typy mentální anorexie?

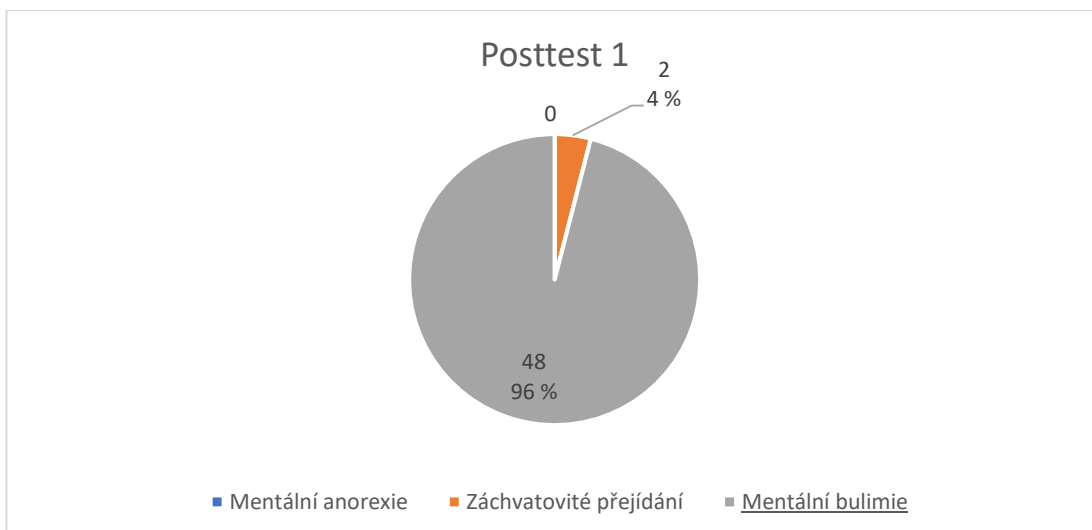
4.7.2 Otázka č. 7 Jaká porucha příjmu potravy se také nazývá jako „vlčí hlad“ ? – porovnání výsledků Pretestu a Posttestu 1

Jiný název pro mentální bulimii je „vlčí hlad“. Bylo zjištěno, že tento fakt není pro žáky moc známý. Z obrázku č. 10 je zřetelně vidět, že pouhých 8 % studentů odpovědělo správně. Velké zastoupení zde měla odpověď záchvatovité přejídání, která, vzhledem k názvu „vlčí hlad“, evokuje k výběru.



Obr. 10 Zastoupení odpovědí z Pretestu k otázce Jaká porucha příjmu potravy se také nazývá jako „vlčí hlad“ ?

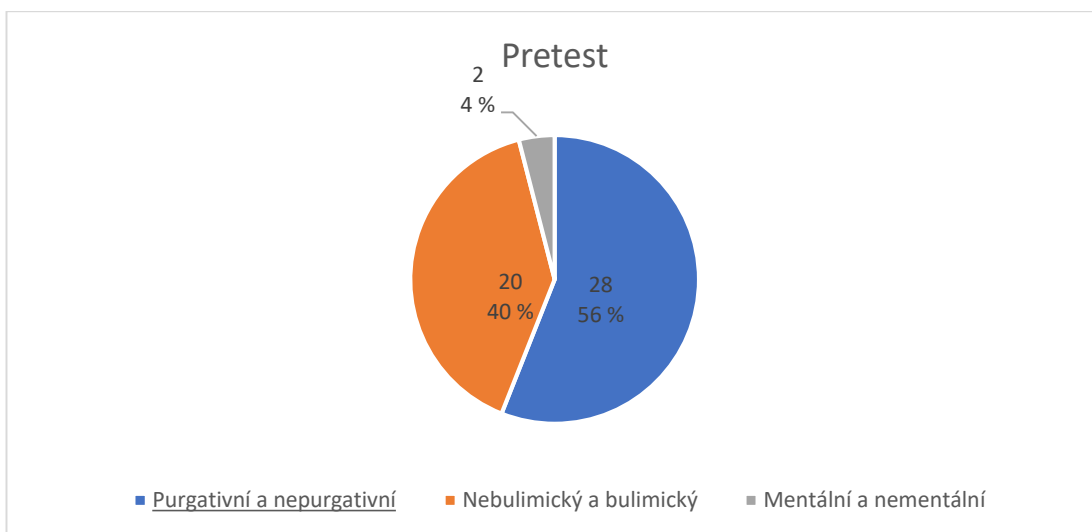
Z odpovědí z Posttestu 1, které jsou zaznamenány v obrázku č. 11 bylo zjištěno razantní zlepšení. Jen minimum žáků odpovědělo špatně.



Obr. 11 Zastoupení odpovědí z Posttestu 1 k otázce Jaká porucha příjmu potravy se také nazývá jako „vlčí hlad“ ?

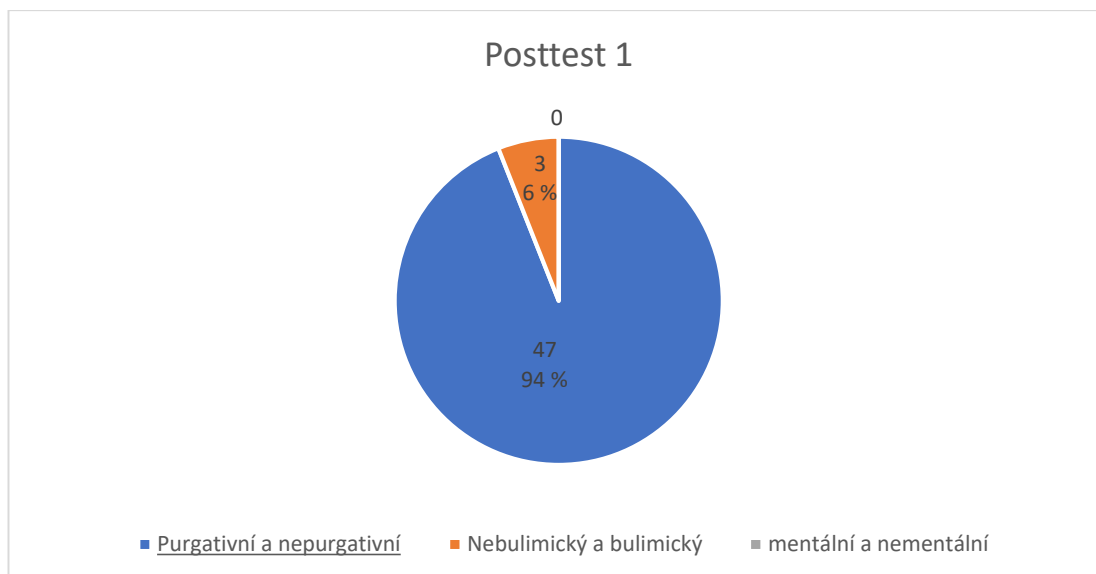
4.7.3 Otázka č. 8 Jaké existují typy mentální bulimie? – porovnání výsledků Pretestu a Posttestu 1

Mentální bulimie má dva typy a to purgativní a nepurgativní. Takto odpověděla většina žáků, téměř 60 % (obr.12). Odpověď nebulimický a bulimický měla také velké zastoupení.



Obr. 12 Zastoupení odpovědí z Pretestu k otázce Jaké existují typy mentální bulimie?

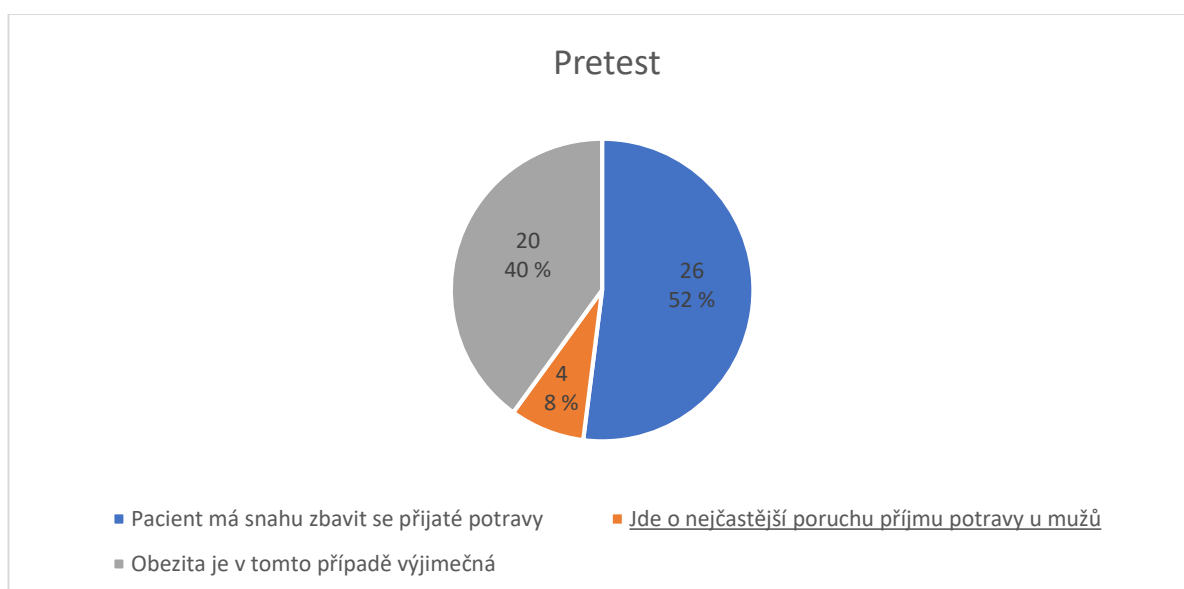
V následujícím grafu (obr.13) je vidět zastoupení odpovědí z Posttestu 1. Došlo k určitému zlepšení, ale i přesto se nadále objevovala odpověď nebulimický bulimický.



Obr. 13 Zastoupení odpovědí z Posttestu 1 k otázce Jaké existují typy mentální bulimie?

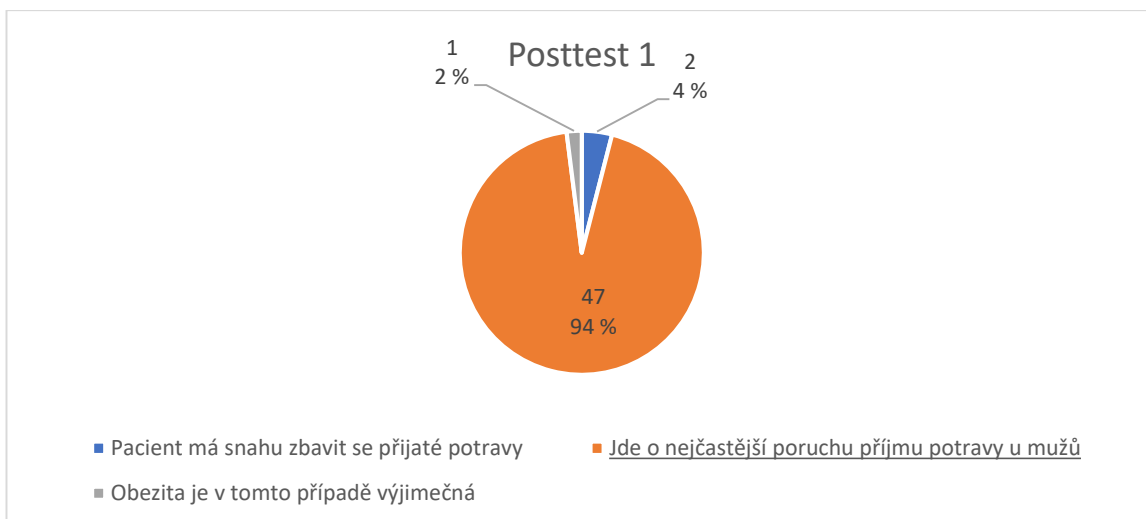
4.7.4 Otázka č. 10 Které tvrzení o záchvatovitém přejídání je pravdivé? – porovnání výsledků Pretestu a Posttestu 1

Záchvatovité přejídání je nejčastější porucha příjmu potravy u mužů. Pacient nemá snahu zbavit se přijaté potravy a obezita je častá. Tato otázka byla pro žáky velice obtížná. Správnou odpověď vybralo pouze 8 % žáků (obr.14). Největší zastoupení měla odpověď, že pacient má snahu zbavit se přijaté potravy.



Obr. 14 Zastoupení odpovědí z Pretestu k otázce Které tvrzení o záchvatovitém přejídání je pravdivé?

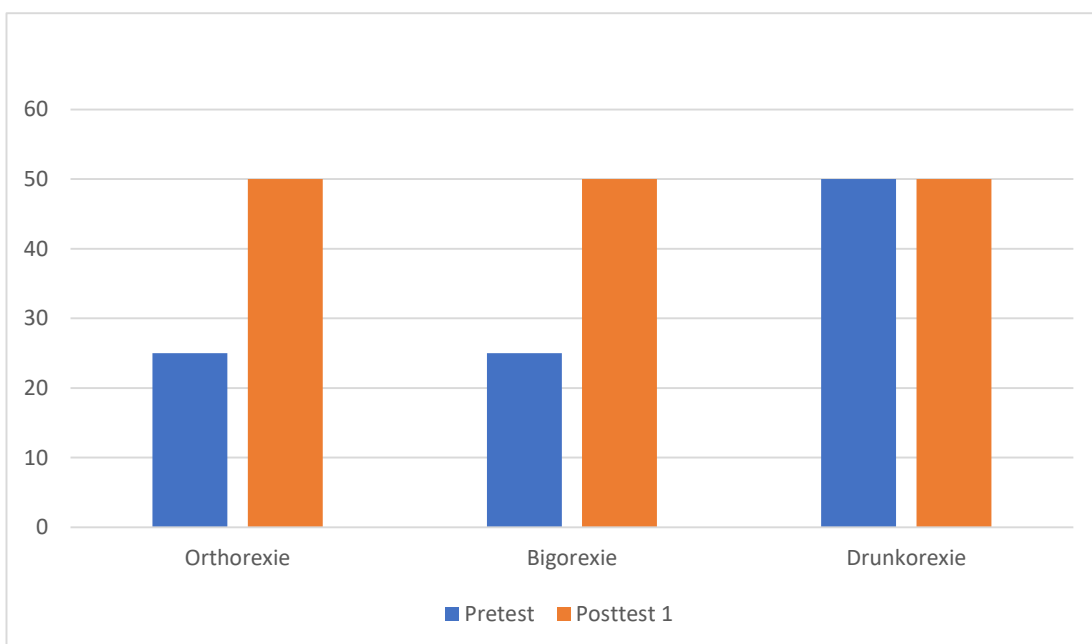
Z výsledků Posttestu 1 bylo zjištěno razantní zlepšení. Správnou odpověď vybralo o 43 více žáků než v Pretestu (obr.15).



Obr. 15 Zastoupení odpovědí z Posttestu 1 k otázce Které tvrzení o záchvatovitém přejídání je pravdivé?

4.7.5 Otázka č. 11 Přiřad'te definici k pojmu... - porovnání výsledků Pretestu a Posttestu 1

Otázka číslo 11 se zaměřuje na novodobé poruchy příjmu potravy. Graf (obr.16) ukazuje jednotlivé zastoupení odpovědí, které se sestávají z přiřazení definice k dané poruše. Všichni žáci správně přiřadili drunkorexii. Na druhou stranu, orthorexie a bigorexie, byly často zaměňovány.



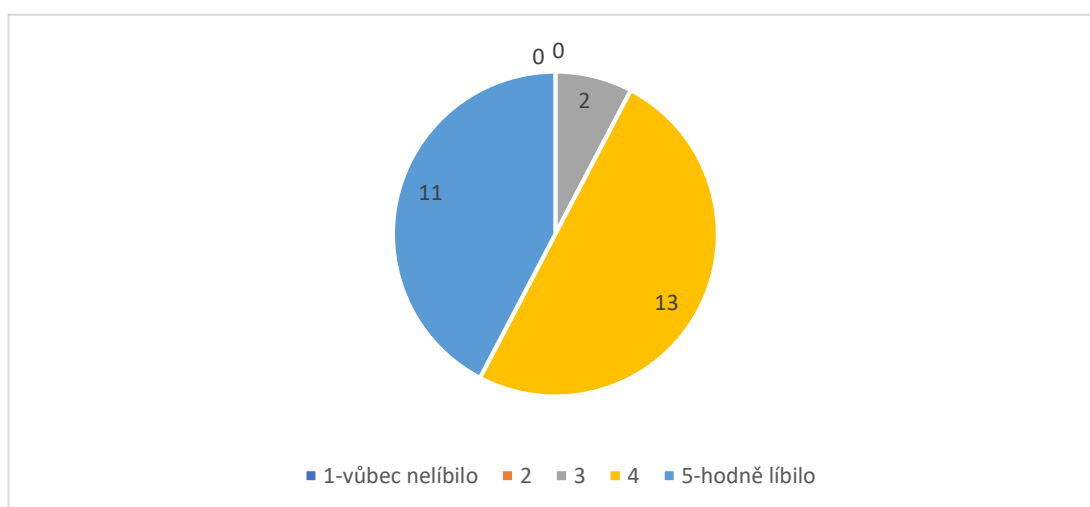
Obr. 16 Zastoupení odpovědí z Pretestu a Posttestu 1 k otázce Přiřad'te definici k pojmu.

4.8 Posttest 2 – informační část

Posttest 2 žáci vyplňovali po třech týdnech od uskutečnění výuky. První část testu obsahuje informační otázky, další znalostní otázky.

4.8.1 Jak se vám prezentace líbila?

Žáci vybírali na škále od 1 do 5. V následujících grafech (obr. 17, obr. 18) a tabulkách XVI a XVII je vidět zastoupení jednotlivých odpovědí v experimentální a kontrolní skupině.

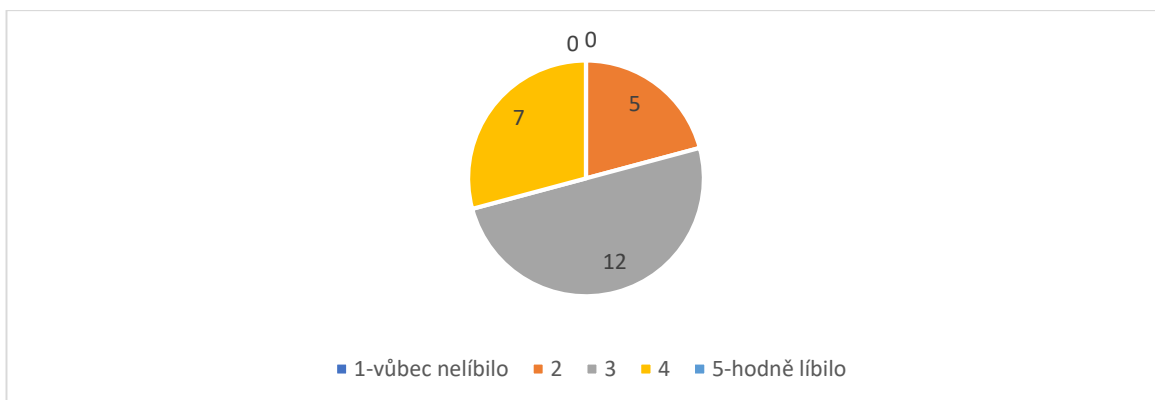


Obr. 17 Zastoupení odpovědí z Posttestu 2 k otázce Jak se vám prezentace líbila? (experimentální skupina)

Tab. XVI Zastoupení odpovědí z Posttestu 2 k otázce Jak se vám prezentace líbila? (experimentální skupina)

| | 1-vůbec nelíbilo | 2 | 3 | 4 | 5-hodně líbilo |
|---------|------------------|---------|-------------|-------------|----------------|
| chlapci | 0 (0 %) | 0 (0 %) | 2 (15,38 %) | 7 (53,85 %) | 4 (30,77 %) |
| dívky | 0 (0 %) | 0 (0 %) | 0 (0 %) | 6 (46,15 %) | 7 (53,85 %) |

Přes 50 % dívek se prezentace hodně líbila. Ani jedna neohodnotila prezentaci číslem 1, 2 ani 3. U chlapců se bylo zjištěno také velké zastoupení odpovědí 4 a 5, ale na rozdíl od dívek, zde byla vybrána i odpověď 3, a to v 15 %.



Obr. 18 Zastoupení odpovědí z Posttestu 2 k otázce Jak se vám prezentace líbila? (kontrolní skupina)

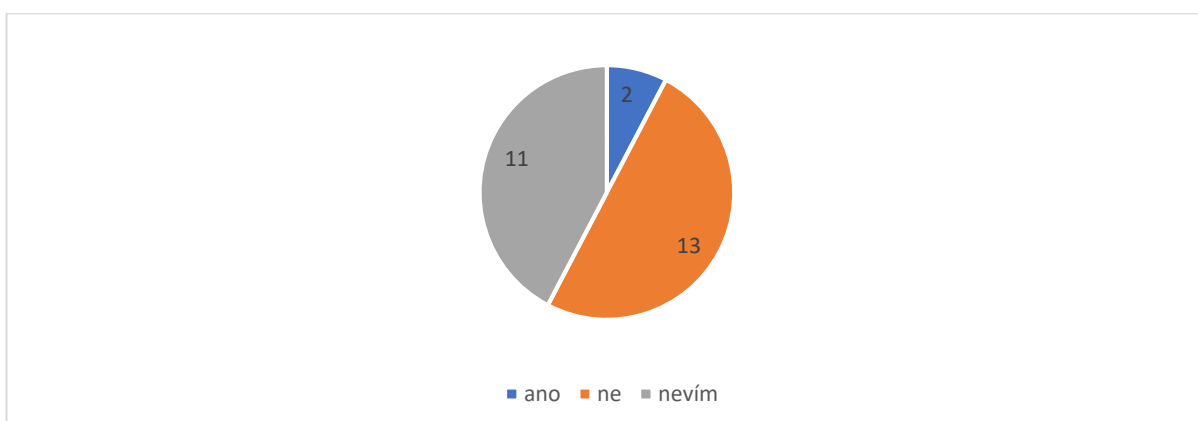
Tab. XVII Zastoupení odpovědí z Posttestu 2 k otázce Jak se vám prezentace líbila? (kontrolní skupina)

| | 1-vůbec nelíbilo | 2 | 3 | 4 | 5-hodně líbilo |
|---------|------------------|-------------|-------------|-------------|----------------|
| chlapci | 0 (0 %) | 2 (15,38 %) | 6 (46,15 %) | 5 (38,46 %) | 0 (0 %) |
| dívky | 0 (0 %) | 3 (27,27 %) | 6 (54,55 %) | 2 (18,18 %) | 0 (0 %) |

Jak u dívek, tak i u chlapců byla prezentace ohodnocena průměrně. U obou pohlaví kolem 50 % jedinců hodnotilo číslem 3. Ani jeden žák nehodnotil číslem 1 a 5.

4.8.2 Uvítali byste více názorných ukázek (např. obrázky, videa...)?

Druhá otázka zjišťuje, zda by žáci chtěli do výkladu zařadit více ukázek. Grafy (obr. 19, obr. 20) a tabulky XVIII a XIV ukazují zastoupení jednotlivých odpovědí v experimentální a kontrolní skupině.

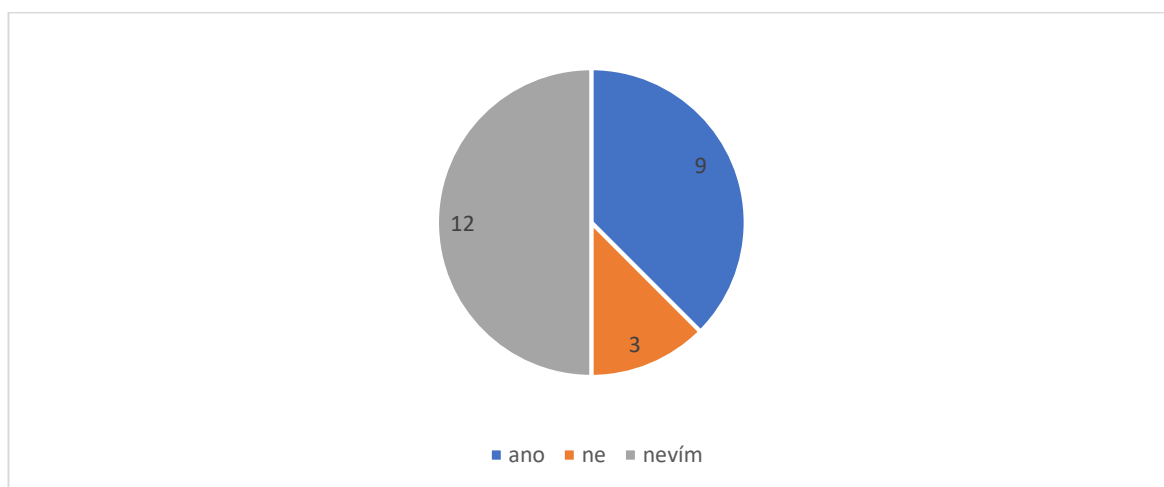


Obr. 19 Zastoupení odpovědí z Posttestu 2 k otázce Uvítali byste více názorných ukázek? (experimentální skupina)

Tab. XVIII Zastoupení odpovědí z Posttestu 1 k otázce Uvítali byste více názorných ukázek? (experimentální skupina)

| | ano | ne | nevím |
|---------|-------------|-------------|-------------|
| chlapci | 2 (15,38 %) | 4 (30,77 %) | 7 (53,85 %) |
| dívky | 0 (0 %) | 9 (69,23 %) | 4 (30,77 %) |

Z výsledků je patrné, že více názorných ukázek by chtěli chlapci. Oproti dívkám, které zhruba v 70 % odpovědělo ne. Velké zastoupení u obou pohlaví měla neutrální odpověď.



Obr. 20 Zastoupení odpovědí z Posttestu 2 k otázce Uvítali byste více názorných ukázek? (kontrolní skupina)

Tab. XIX Zastoupení odpovědí z Posttestu 1 k otázce Uvítali byste více názorných ukázek? (kontrolní skupina)

| | ano | ne | nevím |
|---------|-------------|-------------|-------------|
| chlapci | 5 (38,46 %) | 3 (23,08 %) | 5 (38,46 %) |
| dívky | 4 (36,36 %) | 0 (0 %) | 7 (63,64 %) |

V kontrolní skupině by více názorných ukázek chtěl téměř stejný počet dívek i chlapců. Neutrální odpověď má zde velké zastoupení u dívek, kde takto odpovědělo přes 60 % z nich.

Komentář autorky práce: Odpovědi žáků z informační části Posttestu 1 a Posttestu 2 se příliš nelišily. U Posttestu 2 byla jen větší míra neutrálních odpovědí (nevím) na otázku, zda by žáci uvítali více názorných ukázek.

4.9 Posttest 2 – znalostní část

Posttest 2 vyplnili opět všichni žáci (50 žáků, z toho 26 chlapců a 24 dívek). Odpovídali na 15 otázek. Úspěšnost chlapců a dívek na všechny tyto otázky jsou zaznamenány v následujících tabulkách XX a XXI.

Tab. XX Úspěšnost chlapců (N=26) ve všech otázkách ze znalostní části Posttestu 2

| chlapci | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
|-------------|-----|----|----|-----|----|-----|-----|-----|-----|-----|----|-----|----|----|-----|
| bodový zisk | 76 | 26 | 26 | 21 | 26 | 70 | 23 | 22 | 74 | 22 | 78 | 71 | 26 | 26 | 73 |
| průměr | 2,9 | 1 | 1 | 0,8 | 1 | 2,7 | 0,9 | 0,9 | 2,9 | 0,9 | 3 | 2,7 | 1 | 1 | 2,8 |
| sm. odch. | 0,3 | 0 | 0 | 0,4 | 0 | 0,6 | 0,3 | 0,4 | 0,4 | 0,4 | 0 | 0,7 | 0 | 0 | 0,5 |

Tab. XXI Úspěšnost dívek (N=24) ve všech otázkách ze znalostní části Posttestu 2

| dívky | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
|-------------|----|----|----|-----|----|-----|-----|-----|-----|-----|----|-----|----|----|-----|
| bodový zisk | 72 | 24 | 24 | 23 | 24 | 69 | 23 | 23 | 69 | 23 | 72 | 70 | 24 | 24 | 71 |
| průměr | 3 | 1 | 1 | 0,9 | 1 | 2,9 | 0,9 | 0,9 | 2,9 | 0,9 | 3 | 2,9 | 1 | 1 | 2,9 |
| sm. odch. | 0 | 0 | 0 | 0,2 | 0 | 0,3 | 0,2 | 0,2 | 0,3 | 0,2 | 0 | 0,3 | 0 | 0 | 0,2 |

Výsledky z Posttestu 2 ukazují značný počet otázek, které zodpověděli všichni správně. U chlapců lze vidět, že otázky číslo 4, 10 a 12 dělaly mírné obtíže. Na rozdíl od dívek, kde nenacházíme nijak zvlášť problémové otázky.

Výsledky znalostní části Posttestu 2 hodnocené t-testem se mezi experimentální a kontrolní skupinou statisticky významně liší ve prospěch experimentální skupiny ($t=2,355$, $sv=48$, $p=0,023$). Rozdíl průměrných výsledků chlapců a dívek v Posttestu 2 byl vyhodnocen jako statisticky vysoce významný ve prospěch dívek ($t=4,318$, $sv=48$, $p=0,000$). Celková úspěšnost chlapců a dívek je zaznamenán v tabulce XXII. V tabulce XXIII je vidět úspěšnost experimentální a kontrolní skupiny.

Tab. XXII Celková úspěšnost chlapců a dívek ve znalostní části Posttestu 2

| | Pohlaví | Počet jedinců | Průměr | Sm.odch. | Minimum | Maximum |
|----------------------------|---------|---------------|--------|----------|---------|---------|
| Posttest2 Počet bodů | chlapci | 26 | 25,4 | 0,9 | 22 | 27 |
| | dívky | 24 | 26,5 | 0,9 | 25 | 27 |

Tab. XXIII Celková úspěšnost experimentální a kontrolní skupina ve znalostní části Posttestu 2

| | Skupina | Počet jedinců | Průměr | Sm.odch. | Minimum | Maximum |
|----------------------------|----------------|---------------|--------|----------|---------|---------|
| Posttest2 Počet bodů | experimentální | 26 | 26,2 | 0,9 | 24 | 27 |
| | kontrolní | 24 | 25,6 | 0,9 | 22 | 27 |

5 Využití výsledků kvalifikační práce v pedagogické praxi

Tato práce je důkazem toho, že žáci vnímají jakou formou jsou jim informace podávány. Výsledky ukázaly, že výuka v experimentální skupině byla ohodnocena o mnohem lépe než výuka v kontrolní skupině. Žáci ocenili zapojení různých aktivit. Největší úspěch u žáků měla aplikace Kahoot!, kterou by určitě učitelé mohli do výuky zapojit. V dnešní době už téměř každý student má mobilní telefon, který umí ovládat. Jeho využití během vyučování je pro žáky příjemné zpestření. Kahoot! se může využít jako forma testu nebo kvízu, který mohou učitelé použít například jednou týdně, aby žáci vystoupili ze stereotypu klasického výkladu a pasivního vstřebávání informací.

Co se týče přímo tématu poruch příjmu potravy, bylo zjištěno, že dívky toto téma vnímají jako velice důležité. Jejich hlavní zdroj informací, ale není škola, nýbrž internet. Z toho se dá odvodit, že informace, které jsou jim poskytovány ve škole, nejsou pro ně dostatečné. Učitelé tento nedostatek mohou kompenzovat více informacemi při vyučovací hodině nebo po domluvě s ředitelem školy uspořádat pro zájemkyně vzdělávací preventivní program zaměřující se na poruchy příjmu potravy.

6 Závěr

Cílem bakalářské práce bylo ověření autorského výukového programu na téma poruchy příjmu potravy pro žáky 2. stupně základních škol. Výuka proběhla ve dvou paralelních třídách 8. ročníku na základní škole v Plzeňském kraji v obci s počtem obyvatel mírně nad 1000, v období měsíce březen školního roku 2020/2021. Autorský výukový program byl předveden v experimentální skupině (26 žáků) s využitím aktivit. Ověření výuky proběhlo u kontrolní skupiny (24 žáků) formou klasického výkladu. Výsledky byly ověřeny statistickým zhodnocením Pretestu a Posttestu 1 vyplněného po výuce.

Cílem práce také bylo odpovědět na čtyři výzkumné otázky:

- **Výzkumná otázka 1:** Je úroveň znalostí tématu u žáků 8. ročníku dostatečná?

Výsledky z Pretestu ukazují, že úspěšnost žáků byla přibližně 70 %. U chlapců úspěšnost činila 67 % a u dívek 71 %. Z toho hlediska lze říct, že úroveň znalostí tématu u žáků 8. ročníku byla mírně nadprůměrná.

- **Výzkumná otázka 2:** Došlo po výuce k zlepšení úrovně znalostí?

Rozdíl průměrných hodnot výsledků Pretestu a Posttestu 1 byl statisticky vysoce významný jak u experimentální skupiny ($t=33,251$, $sv=50$, $p=0,000$), tak kontrolní skupiny ($t=27,328$, $sv=46$, $p=0,000$). Z toho vyplývá, že po výuce opravdu došlo k zlepšení úrovně znalostí.

- **Výzkumná otázka 3:** Má výukový postup vliv na dosaženou úroveň znalostí tématu?

Vzhledem k tomu, že nebylo možné vzhledem k distanční výuce vytvořit znalostně rovnocenné skupiny, není tuto otázku jednoduché zodpovědět. Výsledky naznačují, že zlepšení úrovně znalostí v experimentální skupině bylo vyšší než v kontrolní skupině, z čehož může vyplývat, že výukový postup může mít jistý vliv na dosaženou úroveň znalostí tématu.

- **Výzkumná otázka 4:** Liší se úroveň znalostí tématu před a po výuce u chlapců a dívek?

Při porovnání celkových výsledků Pretestu chlapců a dívek bylo t-testem zjištěno, že rozdíl průměrných hodnot je statisticky vysoce významný ve prospěch dívek ($t=4,134$, $sv=48$, $p=0,000$). Ve znalostní části Posttestu 1 se výsledky dívek a chlapců prakticky nelišily ($t=0,391$, $sv=48$, $p=0,694$) a rozdíl průměrných výsledků chlapců a dívek v Posttestu 2 byl vyhodnocen jako statisticky vysoce významný ve prospěch dívek ($t=4,318$, $sv=48$, $p=0,000$). Úroveň znalostí se tedy u dívek a chlapců liší před i po výuce.

7 Seznam literatury a elektronických zdrojů

7.1 Seznam literatury

Drozdová, E., Klinkovská, L., & Lízal, P. (2016). Přírodopis: učebnice (2. aktualizované vydání). Nová škola

Chráška, M. (2016). Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu (2., aktualizované vydání). Grada

Jackson, E. (2004). Jídlo a proměna: ika jídla ve snech, pohádkách a mýtech. Nakladatelství Tomáše Janečka

Kladivo, P. (2013). Základy statistiky. Univerzita Palackého v Olomouci

Krch, F. D. (1999). Poruchy příjmu potravy. Grada Publishing

Krch, F. D. (2003). Bulimie: jak bojovat s přejídáním (2., dopl. vyd). Grada Publishing

Krch, F. D. (2005). Poruchy příjmu potravy. Grada Publishing, spol. sro.

Kubátová, D., & Machová, J. (2009). Výchova ke zdraví. Praha: Grada

Marádová, E. (2007). Poruchy příjmu potravy. Vzdělávací Institut ochrany dětí

Papežová, H. (2010). Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup. Grada Publishing as.

Papežová, H. (2018). Anorexie, bulimie a psychogenní přejídání: interdisciplinární a transdiagnostický pohled. Mladá fronta

Pelikánová I., Markvartová D., Skýbová J, Hejda T., Vančata V., Hájek M. (2016). Přírodopis 8: pro základní školy a víceletá gymnázia. Fraus

7.2 Elektronické zdroje

Bigorexie, 2019: Bigorexie – extrémní touha po dokonalém těle u mužů [cit. 2020-09-14]. Dostupné z: <https://psychologie.doktorka.cz/bigorexie-extremni-touha-po-dokonalem-tele-u-muzu>

Douchová, 2019: Zdravý životní styl jako posedlost – novodobé poruchy příjmu potravy [cit. 2020-09-13]. Dostupné z: https://www.vimcojim.cz/magazin/clanky/o-zdravi/Zdravy-zivotni-styl-jako-posedlost---novodobe-poruchy-prijmu-potravy__s10012x19351.html

Kulhánek, 2014: Ortorexie, bigorexie, drunkorexie [cit. 2020-09-13]. Dostupné z: <https://www.idealni.cz/clanek/ortorexie-bigorexie-drunkorexie/>

MKN-10 2021, 2021: 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí [cit. 2021-04-09]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/o-mkn>

Příběhy ze života, 2015: [cit. 2021-03-24]. Dostupné z: <https://www.idealni.cz/pribehy-ze-zivota/>

RVP, 2016: Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání [cit. 2020-09-23]. Dostupné z: http://www.nuv.cz/uploads/RVP_ZV_2016.pdf

Švédová, Mičová, 2010: Poruchy příjmu potravy - Manuál pro pedagogy [cit. 2020-09-15]. Dostupné z: http://www.anabell.cz/images/obr/1404371833_manualpropedagogy.pdf

Švédová, 2012: Svépomocný manuál aneb Jak si mohu sám/sama pomoci [cit. 2020-09-18]. Dostupné z: http://www.anabell.cz/images/obr/1404371890_svepomocny-manual.pdf

Vilímovský, 2019: [cit. 2020-09-12]. Dostupné z: <https://cs.medlicker.com/1359-zachvatovite-prejidani>

Vilímovský, 2020: Ortorexie aneb když se zdravé stravování stane úchylnou [cit. 2020-09-13]. Dostupné z: <https://cs.medlicker.com/1174-ortorexie>

8 Seznam obrázků

Obr. 1 Zastoupení odpovědí z Pretestu k otázce Jaké si myslíte, že jsou vaše znalosti ohledně tématu PPP?

Obr. 2 Zastoupení odpovědí z Pretestu k otázce Jaký je váš hlavní zdroj informací o PPP?

Obr. 3 Zastoupení odpovědí z Pretestu k otázce Je pro vás téma PPP důležité?

Obr. 4 Zastoupení odpovědí z Posttestu 1 k otázce Jak se vám prezentace líbila? (experimentální skupina)

Obr. 5 Zastoupení odpovědí z Posttestu 1 k otázce hodnocení prezentace (kontrolní skupina)

Obr. 6 Zastoupení odpovědí z Posttestu 1 k otázce Uvítali byste více názorných ukázek? (experimentální skupina)

Obr. 7 Zastoupení odpovědí z Posttestu 1 k otázce Uvítali byste více názorných ukázek? (kontrolní skupina)

Obr. 8 Zastoupení odpovědí z Pretestu k otázce Jaké existují typy mentální anorexie?

Obr. 9 Zastoupení odpovědí z Posttestu 1 k otázce Jaké existují typy mentální anorexie?

Obr. 10 Zastoupení odpovědí z Pretestu k otázce Jaká porucha příjmu potravy se také nazývá jako „vlčí hlad“ ?

Obr. 11 Zastoupení odpovědí z Posttestu 1 k otázce Jaká porucha příjmu potravy se také nazývá jako „vlčí hlad“ ?

Obr. 12 Zastoupení odpovědí z Pretestu k otázce Jaké existují typy mentální bulimie?

Obr. 13 Zastoupení odpovědí z Posttestu 1 k otázce Jaké existují typy mentální bulimie?

Obr. 14 Zastoupení odpovědí z Pretestu k otázce Které tvrzení o záchvatovitém přejídání je pravdivé?

Obr. 15 Zastoupení odpovědí z Posttestu 1 k otázce Které tvrzení o záchvatovitém přejídání je pravdivé?

Obr. 16 Zastoupení odpovědí z Pretestu a Posttestu 1 k otázce Přiřaďte definici k pojmu.

Obr. 17 Zastoupení odpovědí z Posttestu 2 k otázce Jak se vám prezentace líbila? (experimentální skupina)

Obr. 18 Zastoupení odpovědí z Posttestu 2 k otázce Jak se vám prezentace líbila? (kontrolní skupina)

Obr. 19 Zastoupení odpovědí z Posttestu 2 k otázce Uvítali byste více názorných ukázek? (experimentální skupina)

Obr. 20 Zastoupení odpovědí z Posttestu 2 k otázce Uvítali byste více názorných ukázek? (kontrolní skupina)

9 Seznam tabulek

Tab. I Zastoupení odpovědí z Pretestu k otázce Jaké si myslíte, že jsou vaše znalosti ohledně tématu PPP? (chlapci x dívky)

Tab. II Zastoupení odpovědí z Pretestu k otázce Jaký je váš hlavní zdroj informací o PPP? (chlapci x dívky)

Tab. III Zastoupení odpovědí z Pretestu k otázce Je pro vás téma PPP důležité? (chlapci x dívky)

Tab. IV Úspěšnost chlapců ve všech otázkách ze znalostní části Pretestu

Tab. V Úspěšnost dívek ve všech otázkách ze znalostní části Pretestu

Tab. VI Celková úspěšnost chlapců a dívek ve znalostní části Pretestu

Tab. VII Celková úspěšnost experimentální a kontrolní skupiny ve znalostní části Pretestu

Tab. VIII Zastoupení odpovědí z Posttestu 1 k otázce Jak se vám prezentace líbila? (experimentální skupina)

Tab. IX Zastoupení odpovědí z Posttestu 1 k otázce Jak se vám prezentace líbila? (kontrolní skupina)

Tab. X Zastoupení odpovědí z Posttestu 1 k otázce Uvítali byste více názorných ukázek? (experimentální skupina)

Tab. XI Zastoupení odpovědí z Posttestu 1 k otázce Uvítali byste více názorných ukázek? (kontrolní skupina)

Tab. XII Úspěšnost chlapců ve všech otázkách ze znalostní části Posttestu 1

Tab. XIII Úspěšnost dívek ve všech otázkách ze znalostní části Posttestu 1

Tab. XIV Celková úspěšnost chlapců a dívek ve znalostní části Posttestu 1

Tab. XV Celková úspěšnost experimentální a kontrolní skupiny ve znalostní části Posttestu 1

Tab. XVI Zastoupení odpovědí z Posttestu 2 k otázce Jak se vám prezentace líbila?
(experimentální skupina)

Tab. XVII Zastoupení odpovědí z Posttestu 2 k otázce Jak se vám prezentace líbila?
(kontrolní skupina)

Tab. XVIII Zastoupení odpovědí z Posttestu 1 k otázce Uvítali byste více názorných ukázek? (experimentální skupina)

Tab. XIV Zastoupení odpovědí z Posttestu 1 k otázce Uvítali byste více názorných ukázek? (kontrolní skupina)

Tab. XX Úspěšnost chlapců ve všech otázkách ze znalostní části Posttestu 2

Tab. XXI Úspěšnost dívek ve všech otázkách ze znalostní části Posttestu 2

Tab. XXII Celková úspěšnost chlapců a dívek ve znalostní části Posttestu 2

Tab. XXIII Celková úspěšnost experimentální a kontrolní skupina ve znalostní části Posttestu 2

10 Seznam příloh

Příloha 1 – Test 1

Příloha 2 – Test 2

Příloha 3 – Vyplněný Test 2

Příloha 4 – Prezentace v experimentální skupině

Příloha 5 – Kahoot!

Příloha 6 – Příběhy

Příloha 7 – Prezentace v kontrolní skupině

10.1 Příloha 1 – Test 1

Část 1

Jsem: a) dívka b) chlapec

- **Jaké si myslíte, že jsou vaše znalosti ohledně tématu PPP?
(1 – minimální, 5 – velice dobré)**
 - a) 1
 - b) 2
 - c) 3
 - d) 4
 - e) 5

- **Jaký je váš hlavní zdroj informací o PPP?**
 - a) Škola
 - b) Rodina
 - c) Internet
 - d) Televize
 - e) Kamarádi
 - f) Jiný zdroj:

- **Je pro vás téma PPP důležité? (1 – málo důležité, 5 – hodně důležité)**
 - a) 1
 - b) 2
 - c) 3
 - d) 4
 - e) 5

Část 2

1) Vyjmenuj 3 poruchy příjmu potravy:

.....

2) Jakého původu jsou poruchy příjmu potravy?

- a) Fyzický
- b) Psychický
- c) Sociální

3) Mohou onemocnět i muži?

- a) Ano
- b) Ne

4) Jaké existují typy mentální anorexie?

- a) Purgativní a nepurgativní
- b) Nebulimický a bulimický
- c) Mentální a nementální

5) Která z těchto vět nejlépe vystihuje mentální anorexii?

- a) Jde o zvrácenou snahu zhubnout a udržet si podváhu.
- b) Během nemoci dochází k návalu přejídání.
- c) U mentální anorexie se projevuje samovolné ztrácení hmotnosti.

6) Vyjmenuj 3 projevy mentální anorexie:

.....

7) Jaká porucha příjmu potravy se také nazývá jako „vlčí hlad“ ?

- a) Mentální anorexie
- b) Záchvatovité přejídání
- c) Mentální bulimie

8) Jaké existují typy mentální bulimie?

- a) Purgativní a nepurgativní
- b) Nebulimický a bulimický
- c) Mentální a nementální

9) Vyjmenuj 3 projevy mentální bulimie:

.....

10) Které tvrzení o záchvatovitém přejídání je pravdivé?

- a) Pacient má snahu zbavit se přijaté potravy.
- b) Jde o nejčastější poruchu příjmu potravy u mužů.
- c) Obezita je v tomto případě výjimečná.

11) Přiřaďte definici k pojmu (např. 1-a, 2-b, 3-c):

1. patologická závislost na zdravém stravování a biologicky čisté stravě
 2. vysoká konzumace alkoholu spojená s vynecháním plnohodnotného jídla
 3. vidina vlastního těla jako slabého, doprovázena závislostí na cvičení
- a) drunkorexie b) bigorexie c) orthorexie

.....

12) Vyjmenuj 3 příčiny vzniku poruch příjmu potravy:

.....

13) Mohou být poruchy příjmu potravy smrtelné?

- a) Ano
- b) Ne

14) Které fyzické důsledky nemoci mohou nastat?

- a) Deprese, úzkost, sebevražedné sklony
- b) Porucha menstruačního cyklu, srdeční potíže, křeče
- c) Porucha mozku, zvýšená obranyschopnost, špatný zrak

15) Vyjmenuj 3 způsoby léčby:

.....

10.2 Příloha 2 – Test 2

Část 1

- **Jak se vám prezentace líbila? (1- vůbec nelíbila, 5- hodně líbila)**
 - a) 1
 - b) 2
 - c) 3
 - d) 4
 - e) 5

- **Uvítali byste více názorných ukázek (např. obrázky, videa..)?**
 - a) Ano
 - b) Ne
 - c) Nevím

Část 2

- 1) **Vyjmenuj 3 poruchy příjmu potravy:**
-

- 2) **Jakého původu jsou poruchy příjmu potravy?**

- a) Fyzický
- b) Psychický
- c) Sociální

- 3) **Mohou onemocnět i muži?**

- a) Ano
- b) Ne

4) Jaké existují typy mentální anorexie?

- a) Purgativní a nepurgativní
- b) Nebulimický a bulimický
- c) Mentální a nementální

5) Která z těchto vět nejlépe vystihuje mentální anorexii?

- a) Jde o zvrácenou snahu zhubnout a udržet si podváhu.
- b) Během nemoci dochází k návalu přejídání.
- c) U mentální anorexie se projevuje samovolné ztrácení hmotnosti.

6) Vyjmenuj 3 projevy mentální anorexie:

.....

7) Jaká porucha příjmu potravy se také nazývá jako „vlčí hlad“ ?

- a) Mentální anorexie
- b) Záchvatovité přejídání
- c) Mentální bulimie

8) Jaké existují typy mentální bulimie?

- a) Purgativní a nepurgativní
- b) Nebulimický a bulimický
- c) Mentální a nementální

9) Vyjmenuj 3 projevy mentální bulimie:

.....

10) Které tvrzení o záchvatovitém přejídání je pravdivé?

- a) Pacient má snahu zbavit se přijaté potravy.
- b) Jde o nejčastější poruchu příjmu potravy u mužů.
- c) Obezita je v tomto případě výjimečná.

11 Přiřaďte definici k pojmu (např. 1-a, 2-b, 3-c):

1. patologická závislost na zdravém stravování a biologicky čisté stravě
 2. vysoká konzumace alkoholu spojená s vynecháním plnohodnotného jídla
 3. vidina vlastního těla jako slabého, doprovázena závislostí na cvičení
- a) drunkorexie b) bigorexie c) orthorexie
-

12) Vyjmenuj 3 příčiny vzniku poruch příjmu potravy:

.....

13) Mohou být poruchy příjmu potravy smrtelné?

- a) Ano
b) Ne

14) Které fyzické důsledky nemoci mohou nastat?

- a) Deprese, úzkost, sebevražedné sklony
- b) Porucha menstruačního cyklu, srdeční potíže, křeče
- c) Porucha mozku, zvýšená obranyschopnost, špatný zrak

15) Vyjmenuj 3 způsoby léčby:

.....

10.3 Příloha 3 – Vyplněný Test 2

Část 1

- **Jak se vám prezentace líbila? (1- vůbec nelíbila, 5- hodně líbila)**

a) 1

b) 2

c) 3

d) 4

e) 5

- **Uvíтали byste více názorných ukázek (např. obrázky, videa..)?**

a) Ano

b) Ne

c) Nevím

Část 2

- 1) **Vyjmenuj 3 poruchy příjmu potravy:**

3 b.

.....mentální anorexie, mentální bulimie, záchvatovité přejídání.....

- 2) **Jakého původu jsou poruchy příjmu potravy?**

a) Fyzický

b) Psychický

c) Sociální

1 b.

- 3) **Mohou onemocnět i muži?**

a) Ano

b) Ne

1 b.

4) Jaké existují typy mentální anorexie?

- a) Purgativní a nepurgativní
- b) Nebulimický a bulimický **1 b.**
- c) Mentální a nementální

5) Která z těchto vět nejlépe vystihuje mentální anorexii?

- a) Jde o zvrácenou snahu zhubnout a udržet si podváhu. **1 b.**
- b) Během nemoci dochází k návalu přejídání.
- c) U mentální anorexie se projevuje samovolné ztrácení hmotnosti.

6) Vyjmenuj 3 projevy mentální anorexie:

.....hlídání příjmu potravy, užívání projímadel, extrémní sportovní nasazení..... **3 b.**

7) Jaká porucha příjmu potravy se také nazývá jako „vlčí hlad“ ?

- a) Mentální anorexie
- b) Záchvatovité přejídání
- c) Mentální bulimie **1 b.**

8) Jaké existují typy mentální bulimie?

- a) Purgativní a nepurgativní
- b) Nebulimický a bulimický **1 b.**
- c) Mentální a nementální

9) Vyjmenuj 3 projevy mentální bulimie:

.....přejídání, úmyslné zvracení, deprese..... **3 b.**

10) Které tvrzení o záchvatovitém přejídání je pravdivé?

- a) Pacient má snahu zbavit se přijaté potravy.
- b) Jde o nejčastější poruchu příjmu potravy u mužů. **1 b.**
- c) Obezita je v tomto případě výjimečná.

11) Přiřaďte definici k pojmu (např. 1-a, 2-b, 3-c):

1. patologická závislost na zdravém stravování a biologicky čisté stravě
 2. vysoká konzumace alkoholu spojená s vynecháním plnohodnotného jídla
 3. vidina vlastního těla jako slabého, doprovázena závislostí na cvičení
- a) drunkorexie b) bigorexie c) orthorexie

.....1-c, 2-a, 3-b.....

3 b.

12) Vyjmenuj 3 příčiny vzniku poruch příjmu potravy:

.....rodinné problémy, dědičnost, nízké sebevědomí.....

3 b.

13) Mohou být poruchy příjmu potravy smrtelné?

a) Ano

b) Ne

1 b.

14) Které fyzické důsledky nemoci mohou nastat?

- a) Deprese, úzkost, sebevražedné sklony
- b) Porucha menstruačního cyklu, srdeční potíže, křeče
- c) Porucha mozku, zvýšená obranyschopnost, špatný zrak

1 b.

15) Vyjmenuj 3 způsoby léčby:

...hospitalizace farmakoterapie, ambulantní péče.....

3 b.

10.4 Příloha 4 – Prezentace v experimentální skupině

PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

Brainstorming

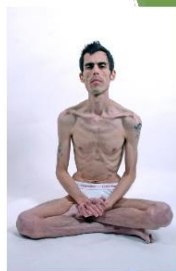


Kahoot!

- ▶ 1) Máte nějakou zkušenost s PPP?

PPP?

- ▶ psychická onemocnění vyznačující se narušením normálního způsobu příjmu potravy
- ▶ nejrizikovější období je puberta a dospívání
- ▶ postihuje spíše ženy, muži ale nejsou výjimkou
- ▶ „bludný kruh“



Jaké znáte PPP?



Kahoot!

- ▶ 2) Jaká je podle vás nejčastější porucha?

Kahoot!

- ▶ 3) Jaká je podle vás nejzávažnější porucha?

Mentální anorexie

- ▶ zvrácená snaha zhubnout
- ▶ úmyslné snižování váhy a následné udržení podváhy
- ▶ těžko léčitelná, až smrtelná
- ▶ nejohroženější jsou dívky ve věku 14-18 let
- ▶ 2 typy: 1) nebulimický
2) bulimický



Projevy

- ▶ změna v chování - hľadání příjmu potravy a tekutin
- ▶ extrémní sportovní nasazení
- ▶ užívání projímadel
- ▶ nespavost, nesoustředění, sebepoškozování
- ▶ vypadávání vlasů, ztráta menstruace, úbytek hmotnosti



Příběh

► Marek



Bulimie

- „větí hlad“
- opakující se záchvaty přejídání, touha po jídle, ale zároveň kontrola své hmotnosti
- snížení váhy zajišťuje zvracení, léky a nadměrné cvičení
- nejčastěji se projevuje u dívek ve věku 16-25 let
- 2 typy: 1) purgativní
2) nepurgativní



Projevy

- záchvatové přejídání
- úmyslné zvracení
- deprese, špatná nálada, úzkost
- poškozené zuby a dásně
- únava, dehydratace, ztráta menstruačního cyklu



Příběh

► Lucie



Záchvatové přejídání

- opakované nekontrolované příjmy potravy s následnými pocity studu a úzkosti
- objevuje se v jakémkoliv věku (častěji u dospívajících osob)
- nejčastější PPP u mužů



Projevy

- člověk konzumuje jídlo rychleji než obvykle
- požívání jídla, aniž by byl hladový
- pocity viny, úzkosti, znechucení ze sebe samotného
- zvýšení tělesné hmotnosti
- žádná snaha zbavit se přijaté potravy



Příběh

► Alena



Méně známé PPP

Orthorexie



Bigorexie



Drunkorexie



Kahoot!

- 4) Slyšeli jste, nebo znáte, tyto novodobé PPP?

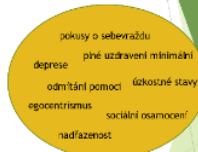
Příčiny vzniku

- 1) sociální a kulturní faktory
- 2) biologické faktory
- 3) životní události
- 4) genetické riziko a rodinné faktory
- 5) emocionální faktory
- 6) osobnostní faktory



Důsledky

- fyzické X psychické a sociální



Kahoot!

- 5) Dá se podle vás PPP úplně vyléčit?

Léčba

- klíčové je, zda pacient májí o vyléčení a chce spolupracovat
- hospitalizace - nasazená při skutečném ohrožení pacienta
- ambulantní péče - léčba nepomáhá, pacient si to uvědomuje a souhlasí s odbornou pomocí
- svědomoc - vhodné pro pacienty, kteří se zatím neocetali na závažnější fázi nemoci
- rodinná terapie - je u nás volba, když si se o mládě pacienty žijící se svou rodinou
- koagnitivní behaviorální terapie, interpersonální terapie
- farmakoterapie



Prevence

- vrátit si své život, ale použít i rooče
- je nutné regulovat reklamu a Internet
- nezbytná je spolupráce, odborníků, stázu a médií
- prevence v ČR - nezisková organizace Anabell (<http://www.anabell.cz/>)
- https://www.youtube.com/watch?v=lp3gpe4Z_Y
- <https://www.youtube.com/watch?v=yWUJm5eK7Q>



10.5 Příloha 5 – Kahoot!

1 - Pravda nebo nepravda

Máte nějakou zkušenost s PPP?

Ano

10 s

Ne

✗

2 - Kvíz

Jaká je podle vás nejčastější porucha?

Anorexie

✓

Bulimie

✗

Záchvatové přejídání

✗

Jiná

✗

3 - Kvíz

Jaká je podle vás nejzávažnější porucha?

Anorexie

✓

Bulimie

✗

Záchvatové přejídání

✗

Jiná

✗

4 - Pravda nebo nepravda

Znáte alespoň jednu z uvedených poruch?

Ano

✓

Ne

✗

5 - Pravda nebo nepravda

Dá se podle vás PPP úplně vyléčit?

Ano

✗

Ne

✓

10.6 Příloha 6 – Příběhy

Marek (16 let)

Byl jsem obyčejný kluk, který byl zdravý, měl kamarády a dobrou náladu. Tohle vše se změnilo, když k nám do třídy přišla nová holka. Byla velice krásná a všichni kluci se za ní otáčeli. Já nebyl výjimkou. Chtěl jsem ji někam pozvat. Chvilí trvalo, než jsem sebral odvalu, ale nakonec jsem se odhodlal a ona řekla ano. Bylo velice hezké trávit s ní čas. Vyšli jsme si takhle asi třikrát. Potom ale o mně přestala jevit zájem a já jí viděl s jiným klukem, který byl mnohem štíhlejší a svalnatější než já. Byl to strašný pocit a ještě horší přišel, když řekla, že s klukem jako jsem já, nechce dál marnit čas.

Já jsem se ale rozhodl, že jí získám zpět. Začal jsem každý den cvičit alespoň 3 hodiny. Jedl jsem jenom zeleninu a pil jsem jenom vodu. Moje váha klesla o 5 kg a svaly začaly být znát. Mě to ale nestačilo. Cvičil jsem ještě usilovněji a na jídlo jsem vůbec neměl čas. Popravdě jsem ho ani nechtěl. Když jsem přišel do školy, všichni na mě koukali. Jediný, kdo o mně nezavadil ani pohledem, byla holka, pro kterou jsem to dělal. To mě donutilo k ještě většímu úsilí.

Nakonec jsem zhubnul přes 15 kg a na mém vyhublém těle nebyly svaly ani poznat. Začal jsem mít křeče. Z mých vystouplých kostí se mi začalo dělat špatně. Někdy jsem i omdlel a to už jsem se probudil v nemocnici s kapačkou. Něco tak strašného bych nepřál nikomu. A kvůli čemu? Kvůli holce, která o mně ani nestála (Příběhy ze života, 2015).

Lucie (18 let)

Můj problém už trvá pár let. Začalo to, když jsme se školou šli do bazénu. Byla to zábava, všichni si to užívali. Byla tam také skupinka mladých kluků, kteří na mě pořád koukali. Nevěděla jsem proč. Možná jsem se jim líbila. To mi ale hned vyvrátil jeden z nich, když na mě zakřičel, že hrocha v červených plavkách ještě neviděl. Ostatní kolem se začali smát a já nevěděla, co mám dělat. Ještě horší to bylo druhý den ve škole, kdy jsem na své lavici našla obrázek hrocha v červených plavkách se svým jménem. Běžela jsem brečet na záchod a začala přemýšlet, jestli jsem opravdu tlustá.

Začala jsem tedy jíst mnohem méně a hlídala jsem si váhu. Problém byl v tom, že jsem měla hlad. Chtěla jsem pořád jíst, ale musela jsem si hlídat váhu. Vyřešila jsem

to tím, že po každém jídle jsem se šla vyzvracet. Nebylo to vůbec příjemné, ale chtěla jsem být štíhlá, aby se mi ostatní neposmívali. Jediné jídlo ve mně nezůstalo déle jak hodinu.

Takhle jsem to dělala několik týdnů, než si to začalo vybírat svou daň. Byla jsem pořád unavená, měla jsem špatnou náladu a zřejmě jsem měla i nějaký problém se zuby, protože mi zapáchalo z pusy. Jediné, co mě povzbuzovalo, byla má váha. Byla jsem štíhlá a cítila jsem se krásná. Bohužel jsem přišla i o tu poslední hrstku kamarádů, kterou jsem měla. Zůstala jsem sama se svou nemocí, které jsem se plně nezbavila doteď (Příběhy ze života, 2015).

Alena (15 let)

Tenhle smutný příběh je o dívce jménem Alena, která byla zneužívaná. Začalo to už v jejích 12 letech, kdy ji poprvé vlastní otec zneužil. Bylo to poprvé, ale bohužel ne naposled. Trvalo to 3 roky. Její otec byl násilník a vzal ji kdykoliv on chtěl. Alena se bála někomu to říct. Pomoc nenašla ani u své matky, která byla alkoholička. Každou chvíli byla opilá a nevěděla o světě. To, co se děje u nich doma, vůbec netušila.

Alena každý večer usínala se strachem, zda za ní otec přijde. Když se to stalo, hledala útěchu v jídle. Byla schopná sníst deset párků, celou zmrzlinu, několik pytlíků brambůrků a mnoho dalšího. V hloubi duše si myslela, že když bude tolik jíst a bude přibírat, že se otci znechutí a on přestane. To se ale nestalo, takže ona stále trpěla a stále jedla, i když jí bylo už špatně. Jídlo bylo její útěchou. Jedla, i když neměla hlad. Nemohla s tím přestat. Pokaždé, když snědla půlku ledničky, byla ze sebe znechucená.

Cítila se velmi hrozně. Když se podívala do zrcadla, viděla tlustou holku, která očividně trpěla obezitou a měla prázdný výraz. Už to prostě nezvládala. Otec, který ji zneužíval, matka alkoholička, kamarádi žádní, pomoc žádná, tělo ohavné. Rozhodla se s tím skoncovat. Napsala dopis, kde vše vysvětlila a spáchala sebevraždu (Příběhy ze života, 2015).

10.7 Příloha 7 – Presentace v kontrolní skupině

PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

PPP?

- ▶ psychická onemocnění vyznačující se narušením normálního způsobu příjmu potravy
- ▶ mentální anorexie, bulimie, záchvatovitě přejídání...
- ▶ „bludný kruh/koločár“ (přejedení ⇒ zvracení ⇒ hladovka ⇒ přejedení)
- ▶ nejrizikovější období je puberta a dospívání
- ▶ postihuje spíše ženy, muži ale nejsou výjimkou



Mentální anorexie

- ▶ zvrácená snaha zhubnout
- ▶ úmyslné snižování váhy a následné udržení podváhy
- ▶ těžko léčitelná, až smrtelná
- ▶ nejohroženější jsou dívky ve věku 14-18 let
- ▶ 2 typy: 1) nebulimický
2) bulimický



Projevy

- ▶ změna v chování - hledání příjmu potravy a tekutin
- ▶ extrémní sportovní nasazení
- ▶ užívání projímadel
- ▶ nespavost, nesoustředění, sebezpoškozování
- ▶ vypadávání vlasů, ztráta menstruační, úbytek hmotnosti

Bulimie

- ▶ „všichni hlad“
- ▶ opakující se záchvaty přejídání, touha po jídle, ale zároveň kontrola své hmotnosti
- ▶ snížení váhy zajišťuje zvracení, léky a nadměrné cvičení
- ▶ nejčastěji se projevuje u dívek ve věku 16-25 let
- ▶ 2 typy: 1) purgativní
2) nepurgativní



Projevy

- ▶ záchvatovitě přejídání
- ▶ úmyslné zvracení
- ▶ deprese, špatná nálada, úzkost
- ▶ poškození zubů a dásně
- ▶ únava, dehydratace, ztráta menstruačního cyklu

Záchvatovitě přejídání

- ▶ opakované nekontrolované příjmy potravy s následnými pocity studu a úzkosti
- ▶ objevuje se v jakémkoliv věku (častěji u dospívajících osob)
- ▶ nejčastější PPP u mužů



Projevy

- ▶ člověk konzumuje jídlo rychleji než obvykle
- ▶ požívání jídla, aniž by byl hladový
- ▶ pocity viny, úzkosti, znechucení ze sebe samotného
- ▶ zvýšení tělesné hmotnosti
- ▶ žádná snaha zbavit se přijaté potravy

Méně známé PPP

- ▶ Orthorexie - patologická závislost na zdravém stravování a biologicky čisté stravě
 - konzumují výhradně biopotraviny a odmítají konvenční potraviny
 - patří sem ortodoxní vegani a makrobiotika
- ▶ Bigorexie - „Adonisův komplex“, obrácená anorexie
 - postižení jsou především muži
 - projevuje se vidinou vlastního těla jako velmi drobného a slabého
 - veškerý volný čas tráví v posilovně a užívají steroidy
- ▶ Drunkorexie - strach z toustnutí a abnormální kontrola své hmotnosti
 - vysoká konzumace alkoholu spojená s vynecháváním přirozeného jídla
 - pocit úzkosti, deprese, ztráta sociálních vazeb, podrážděnost z hladu

Příčiny vzniku

- ▶ více faktorů
- ▶ držení diety!!!
- ▶ 1) sociální a kulturní faktory - rychle se měnící kultura, která preferuje štíhlost
 - falešný ideál krásy
 - vlastní sociální status (nízká sebeucta, stud...), porovnáváním s ostatními
- ▶ 2) biologické faktory - „Zajímco fyzické dospívání pro chlapce znamená, že se přibližují maskulinímu ideálu krásy, který představuje dobře vyvinuté, svalnaté tělo, pro dívky znamená dospívání vývoj směrem od toho, co je v současné době považováno za krásné.“
- ▶ 3) životní události - rodinné problémy, nemoci, sociální neshody, sexuální zneužívání
 - nespochívá to v jedné situaci, ale v opakovaných traumatech

- ▶ 4) genetické riziko a rodinné faktory - 50% šance vzniku anorexie u jednovaječného dvojčete, 10% u dvojvaječných dvojčat
 - matka anorektička nebo bulimička
 - častější výskyt PPP v rodinách, kde se objevilo sexuální zneužití, alkoholismus, nedostatek rodičovské péče, žárlivost vůči sourozenci...
- ▶ 5) emocionální faktory - obsedantně-kompulzivní porucha a separační úzkost (anorexie), sociální úzkost (bulimie)
 - negativní emocionálnita je rizikový faktor
 - zvracení jako úleva od nepříjemných pocitů
- ▶ 6) osobnostní faktory - anorektička/bulimička je zaměřena na úspěch, rodičovské hodnoty, není spontánní, nerada riskuje, chybí jí nezávislá vůle a asertivita
 - rizikové osobnostní rysy: perfekcionismus, zranitelnost, nestálost, puritánský, sebetrestání

Důsledky

- ▶ fyzické - porucha menstruačního cyklu a reprodukce, porucha vývoje sekundárních pohlavních znaků s celoživotními následky
 - suchá šupinatá kůže, nafialovělá barva kůže, větší projevy akné, lámavé a křehké nehty, afty v ústní dutině, zánět jícnu a vznik vředů
 - srdeční potíže, osteoporóza, chudokrevnost, křeče, snížená obranná schopnost
 - zácpa, nevolnost, zadržování tekutin spojené s otoky...
- ▶ psychické a sociální - ve většině případech se nedosáhne plného uzdravení
 - možné i sebevražedné pokusy
 - deprese, úzkostné stavy, někdy egocentrismus a nadřazenost vůči ostatním
 - sociální osamocení, odmítání pomoci, větší propad do nemoci



Léčba

- ▶ klíčové je, zda pacient stojí o vyléčení a chce spolupracovat
- ▶ hospitalizace - nasazena při skutečném ohrožení pacienta
- ▶ ambulantní péče - běžná léčba nepomáhá, pacient si to uvědomuje a souhlasí s odbornou pomocí
- ▶ svépomoc - vhodná pro pacienty, kteří se zatím nedostali do závažnější fáze nemoci
- ▶ rodinná terapie - první volba jedná-li se o mladé pacienty žijící se svou rodinou
- ▶ kognitivně-behaviorální terapie, interpersonální terapie
- ▶ farmakoterapie



Prevence

- ▶ vzoblat mladé lidi, ale poučit i rodiče
- ▶ je nutné regulovat reklamu a Internet
- ▶ nezbytná je spolupráce, odborníků, státu a médií
- ▶ prevence v ČR - nezisková organizace Anabell

Anabell