

Informovanost žáků základních škol o problematice poruch příjmu potravy

Darja Peňázová

Bakalářská práce
2016



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav pedagogických věd
akademický rok: 2015/2016

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Darja Peňázová**
Osobní číslo: **H120164**
Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**
Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Informovanost žáků základních škol o problematice poruch příjmu potravy**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.
Vymezení terminologie a teoretických východisek z oblasti rizikového chování, problematiky poruch příjmu potravy a jejich prevence.
Příprava metodiky empirické části, zpracování projektu výzkumu a stanovení výzkumného problému.
Realizace kvantitativního výzkumu formou dotazníku.
Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.
Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

DOLEJŠ, Martin. Efektivní včasná diagnostika rizikového chování u adolescentů. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010. ISBN 978-80-244-2642-6.

FRAŇKOVÁ, Slávka, Jana PAŘÍZKOVÁ a Eva MALICHOVÁ. Jídlo v životě dítěte a adoloscenra: teorie, výzkum, praxe. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2013. ISBN 978-80-246-2247-7.

CHRÁSKA, Miroslav. Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.

MATOUŠEK, Oldřich a Andrea KROFTOVÁ. Mládež a delikvence. Vyd. 2., aktualiz. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-771-x.

NEŠPOR, Karel. Návykové chování a závislost. 3., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-267-6.

SOBOTKOVÁ, Veronika. Rizikové a antisociální chování v adolescenci. Vyd. 1. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4042-3.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Anna Petr Šafránková, Ph.D.

Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce:

9. prosince 2015

Termín odevzdání bakalářské práce:

27. dubna 2016

Ve Zlíně dne 9. prosince 2015



doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka



Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně

25.2.2016



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

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

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

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

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

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

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

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

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

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

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

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá informovaností žáků základních škol o problematice poruch příjmu potravy. Teoretická část se ve své první části zaměřuje na vymezení základních konceptů v oblasti rizikového chování žáka základní školy, rizikových projevů chování u žáků a faktory vzniku rizikového chování. Zabývá se také vzděláváním žáků s rizikovým chováním. Ve druhé části se dále zabývá problematikou poruch příjmu potravy, typem poruch, příčinou, diagnostikou a léčbou těchto poruch. Třetí část práce je věnována prevenci a to zejména prevenci vzniku rizikového chování, prevenci poruch příjmu potravy a prevenci rizikového chování na základní škole. Praktická část se zaměřuje na zjištění míry informovanosti žáků základních škol o dané problematice.

Klíčová slova: rizikové chování, poruchy příjmu potravy, prevence, informovanost.

ABSTRACT

This bachelor thesis deals with the awareness of primary school students about eating disorders. The theoretical part focuses first on the definition of basic concepts in risk behavior of primary school student, risk behavior among students and factors of risk behavior emergence. It also discusses the education of risk-behavior students. The second part deals with the issue of eating disorders, types of disorders, their causes, diagnosis and treatment of these disorders. The third part is dedicated to prevention of eating disorders and the prevention of risk behaviors in elementary school. The practical part focuses on findings of the level of awareness about the issue at primary school students.

Keywords: risk behavior, eating disorders, prevention, awareness.

Mé poděkování patří zejména mé vedoucí Mgr. Anně Petr Šafránkové, Ph.D. za její vstřícný přístup a odbornou spolupráci při zpracování bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat také rodině, která mě po celou dobu psaní mé bakalářské práce aktivně podporovala.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci „Informovanost žáků základních škol o problematice poruch příjmu potravy“ zpracovala sama s použitím uvedené literatury a že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

„Pokud s něčím, co jsem napsal, nesouhlasíte, netrapte se tím. Nejspíš už s tím nesouhlasím ani já sám.“

Jeremy Clarkson

OBSAH

ÚVOD	9
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 RIZIKOVÉ CHOVÁNÍ	12
1.1 RIZIKOVÉ PROJEVY CHOVÁNÍ U ŽÁKŮ	13
1.2 FAKTORY VZNIKU RIZIKOVÉHO CHOVÁNÍ.....	15
1.3 VZDĚLÁVÁNÍ ŽÁKŮ S RIZIKOVÝM CHOVÁNÍM	16
2 PROBLEMATIKA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	18
2.1 VYBRANÉ TYPY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	19
2.2 DIAGNOSTIKA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	20
2.3 LÉČBA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY.....	21
3 PREVENCE	24
3.1 PREVENCE VZNIKU RIZIKOVÉHO CHOVÁNÍ	25
3.2 PREVENCE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY.....	26
3.3 PREVENCE RIZIKOVÉHO CHOVÁNÍ NA ZÁKLADNÍ ŠKOLE.....	27
II PRAKTICKÁ ČÁST	29
4 REALIZACE VÝZKUMU	30
4.1 STANOVENÍ VÝZKUMNÉHO CÍLE	30
4.2 VÝZKUMNÝ PROBLÉM A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	30
4.3 VÝZKUMNÝ SOUBOR	31
4.4 METODA SBĚRU DAT	31
4.5 METODIKA VYHODNOCENÍ DAT.....	31
5 INTERPRETACE DAT	32
5.1 DOPORUČENÍ.....	49
ZÁVĚR	51
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	52
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	55
SEZNAM GRAFŮ	56
SEZNAM TABULEK	57
SEZNAM PŘÍLOH	58

ÚVOD

Bakalářská práce s názvem Informovanost žáků základních škol o problematice poruch příjmu potravy se zabývá aktuální problémem této problematiky u žáků na druhém stupni základních škol.

Na druhém stupni základních škol se žáci dostávají do stádia dospívání a jsou ve věku, kdy o sebe začínají čím dál tím více dbát. Někdy možná až nezdravým způsobem, hlavně dívky začínají držet různé diety, aby se cítili více krásné. Způsobuje to také vliv masmédií a jimi prezentovaný ideál krásy. Tento ideál je prezentován hlavně modelkami.

Již na druhém stupni základních škol se vyskytují dívky trpící mentální anorexií nebo mentální bulimií. Tyto onemocnění se nevyhýbají ani chlapcům, ale u nich nejsou tak časté. Tyto onemocnění se zpravidla objevují nejčastěji mezi třináctým a patnáctým rokem, ale můžou se vyskytovat i kolem osmnáctého roku. Z tohoto důvodu by se měla provádět informovanost a prevence již na základní škole, zejména na druhém stupni.

Bakalářská práce se dělí na teoretickou a praktickou část. Teoretická část je rozdělena do tří kapitol.

První kapitola nese název Rizikové chování. Je zde vymezen samotný pojem rizikové chování, dále jsou zde rozpracovány rizikové projevy chování u žáků na druhém stupni základních škol. Zabývá se rizikovými projevy, jako jsou agrese, šikana, záškoláctví, poruchy příjmu potravy a jiné. Další podkapitola je věnována faktorům vzniku rizikového chování a to zejména sociálnímu prostředí, rodině, vrstevníkům, škole a masmédiím. Dále se zde rozebírá samotné vzdělávání žáků s rizikovým chováním, vzdělávacími cíli, dovednostmi a vztahy.

Druhá kapitola se podrobněji zabývá problematikou poruch příjmu potravy. V úvodu kapitoly je vymezen pojem poruchy příjmu potravy a další charakteristiky. Podkapitoly jsou děleny na typy poruch, kde jsou rozebrány hlavní poruchy, jako jsou mentální anorexie a mentální bulimie. V další podkapitole se budeme zabývat možnou diagnostikou poruch a poslední podkapitola je věnována charakteristice léčby konkrétních poruch.

Třetí kapitola se následně zabývá již konkrétní prevencí. Tato kapitola je dělena do tří podkapitol, které se postupně zabývají prevencí. Je zde rozebrána prevence vzniku rizikového chování, jak prevence primární, sekundární, tak i specifická a nespecifická. Dále se

kapitola zabývá prevencí poruch příjmu potravy a v neposlední řadě je poslední podkapitola věnována prevenci rizikového chování na druhém stupni základních škol.

V praktické části byl realizován výzkum na druhých stupních základních škol, formou dotazníkového šetření.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 RIZIKOVÉ CHOVÁNÍ

V první kapitole si vymezíme pojem rizikové chování. Nejdříve musíme zmínit, že toto chování se zkoumalo mnoho let a nadále zkoumá, protože každá etapa lidského vývoje sebou přináší nové problémy a poznatky či objevy, které ovlivňují a mění vývoj celé populace nejen v pozitivním slova smyslu, ale i z hlediska negativního. S určitostí můžeme říci, že tento vývoj nestagnuje, ale je postupný a neustále se měnící. Mezi příčiny změny vývoje řadíme rozvoj komunikačních technologií, postupnou pohodlnost společnosti a také vyšší nároky na vzhled a morální vystupování. Bylo by vhodné, kdybychom si uvedli i pojmy jako jsou rizikové dítě, rizikovní žáci a riziková skupina.

Každý autor pohlíží na rizikové chování různými pohledy. Průcha (2013, s. 248) vymezuje rizikové chování jako rizikové chování populační skupiny, uvádí v pedagogickém kontextu zejména skupiny dospívajících. Dále se zmiňuje o ustanovení Světové zdravotnické organizace (WHO - World Health Organization), která stanovila medicínskou kategorii „dorost“ jako samostatnou rizikovou populační skupinu se samostatným preventivním programem. Vytýčuje zde tři nejznámější typy rizikového chování, mezi které patří: zneužívání návykových látek (např. marihuana, alkohol, kofein, aj.), nesprávné chování v oblasti sexuální (např. promiskuita, pohlavní nemoci, aj.), nepřizpůsobivost a vznik psychosociálních výkyvů (např. deprese, úzkosti, výkyvy nálad, agresivita, aj.). Tyto typy se vzájemně prolínají a je zde velká pravděpodobnost, že jeden typ ovlivňuje druhý a ten může ovlivnit typ následující.

Miovský (Adiktologie, ©2011) rozumí pod pojmem rizikové chování, takové chování, díky kterému se zhoršuje nejen sociální a zdravotní problémy, ale také mnoho dalších problémů, mezi které například řadíme společenské, rodinné a školní problémy.

Podle Sobotkové (2014, s. 40) chápeme pojem rizikové chování, jako nadřazený pojem k pojmům problémové a asociální chování. Tyto chování se snažíme hlouběji pochopit a také prozkoumat, protože je to jeden z faktorů, díky kterému můžeme nalézt pochopení v chování nejen samotného jedince, ale i v chování společenských skupin. Toto „pochopení“ nám umožňuje vysvětlit podstatu například biologického a psychologického chování společnosti a výše zmíněných skupin.

Dále si uvedeme pojem rizikové dítě, které je nejjasněji popsáno a vymezeno v publikaci od Průchy (2013, s. 248), který vymezil rizikové dítě ve dvou pojetích. V prvním pojetí popisuje rizikové dítě v pojetí speciální pedagogiky, u něhož bylo obvykle zjištěno, že

pravděpodobně bude nebo je psychicky postižené. V druhém pojetí se zabývá pojetím sociální pedagogiky jako jedince z rizikové skupiny.

Problematikou pojmu rizikové skupiny se zabývá Průcha (2013, s. 247), který ji definuje jako skupinu, která má ztížený přístup ke vzdělávání a je obtížné ji svým způsobem vzdělávat. Do této skupiny patří nejčastěji děti školního věku. Vzniká zde riziko sociálního selhání, které může způsobit postavení a uplatnění rodičů, kteří mají nemalý vliv na rozvoj a vývoj svých dětí. Tyto děti se od svých rodičů učí a přejímají jejich zvyklosti a tradice. Nejsou to ale jenom rodiče, kteří ovlivňují chování, ale také prostředí, ve kterém se jedinci nacházejí. Mezi rizikové prostředí se řadí takové prostředí, které obsahuje špatné sociální a mravní podmínky pro výchovu např. soužití s lidmi ve stejné lokalitě, kteří se řadí mezi nepřizpůsobivé.

1.1 Rizikové projevy chování u žáků

V oblasti rizikového projevu chování bychom se měli zaměřit především na chování žáků. Velká část autorů používá mnoho názvů, které jsou nadřazeny ostatním názvům, pro příklad si uveďme název kriminalita, který je nadřazený krádežím, zločinům a přestupkům.

K pochopení rozdělení do skupin chování nám pomůže Dolejš (2010, s. 34) a také Světová zdravotnická organizace (WHO), díky kterým můžeme rozdělit chování do tří skupin:

1. agresivní formy (aktivní) – řadíme sem především různé formy agresivního chování, které vedou k násilí a kriminalitě
2. pasivní formy – patří sem užívání legálních a nelegálních drog, aktivity, které negativně ovlivňují život a vývoj chování
3. kompromisní formy – vztahují se k rodinným a vztahovým problémům, sociální aktivitě a v neposlední řadě také k pracovním problémům.

V současné školní prevenci rozlišujeme podle Miovského (2010, s. 75-78) devět oblastí rizikového chování, které nám pomůžou k pochopení rizikového chování:

- 1) Záškoláctví
- 2) Šikana a extrémní projevy agrese
- 3) Rizikové sporty a rizikové chování v dopravě
- 4) Rasismus, xenofobie
- 5) Negativní působení sekt
- 6) Sexuální rizikové chování

- 7) Prevence v adiktologii
- 8) Spektrum poruch příjmu potravy
- 9) Okruh poruch a problémů spojených se syndromem CAN

Záškoláctví můžeme definovat jako neomluvenou absenci žáka ve škole. Je to přestupek, kterým žák zanedbává školní docházku a tím se dopouští chování, které by nemělo být tolerováno (Adiktologie, ©2011). Žák se tímto vyhýbá v některých případech povinností, které jej čekají ve škole a to má za následek zhoršený prospěch a chování (Zkola, ©2003 - 2015).

Šikana a extrémní projevy agrese. Nejdříve bychom si mohli ujasnit, co je to šikana. „*Šikana je chování, kdy jeden nebo více žáků úmyslně a opakovaně ubližuje spolužákovi či spolužákům a používá k tomu agresi a manipulaci.*“ (Šance dětem, ©2011 - 2016) Agresi rozumíme ubližování a ponižování, které je prováděno druhé osobě.

Jako další si uvedeme **rizikové sporty a rizikové chování v dopravě.** Miovský (2010, s. 76) uvádí, že se jedná o novou formu chování, kterou můžeme definovat jako záměrné vystavení sebe samého nebo druhé osoby nepřiměřeně vysokému riziku újmy na zdraví nebo ohrožení života při sportovních činnostech (např. nekvalitní vybavení a nezkušenost při horolezectví) nebo dopravě.

„**Rasismus** je názor, který tvrdí, že někteří lidé jsou nadřazeni a jiní méněcenní z důvodu příslušnosti k určité rase.“ (Ostrov radosti Zlín, ©2016) „**Xenofobie** je strach z toho, kdo přichází z ciziny či z cizího prostředí, mimo vlastní sociální útvar.“ (Multikultura Zlín, ©2015)

Negativní působení sekt. Miovský (2010, s. 76) rozumí sektou ohraničenou sociální skupinu, jejíž členové sdílí stejný koncept, díky kterému se skupina vymezuje vůči svému okolí. Dochází k izolaci a manipulaci do této skupiny patřících osob. Může se zde objevit protiprávní činnost (trestní činnost, přestupky).

Nedílnou součástí je **sexuální rizikové chování.** V České republice je dítě chráněno před sexuálními formami do svých 15-ti let. Do rizikového sexuálního chování řadíme podle Sobotkové (2014, s. 41) předčasný pohlavní styk, promiskuitu, náhodné známosti, nechráněný styk, prostituční chování, předčasné těhotenství a rozvoj sexuální deviace.

Prevenční v adiktologii Miovský (2010, s. 77) považuje také za primární prevenci takové aktivity a programy, které jsou zaměřeny na oblast užívání návykových látek, jejich uživa-

telů a rizika s tím spojená. Programy prevence se vyznačují třemi hlavními charakteristikami: přímé a explicitní vyjádření vztahu (problematika užívání návykových látek), zacílení na jasně ohraničenou a definovanou cílenou skupinu a jasná časová a prostorová ohraničenost realizace (plán programu, příprava, provedení, zhodnocení).

U **spektra poruch příjmu potravy** se převážně jedná o problém moderního, hektického stylu života. Blíže se budeme touto tematikou zabývat v následující kapitole Problematika poruch příjmu potravy.

„**Syndrom CAN** (*Child Abuse and Neglect*) – tedy syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte.“ (Ciklová, 2014, s. 129) Ciklová (2014, s. 121-126) vymezuje formy syndromu CAN: fyzické týrání, psychické týrání, sexuální zneužívání, zanedbávání, šikánování, systémové týrání, sekundární viktimizace a Münchhausenův syndrom by proxy.

K této problematice se podobně vyjadřuje Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování (Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, ©2013 – 2016).

1.2 Faktory vzniku rizikového chování

Je mnoho faktorů, které ovlivňují vznik rizikového chování. Kabíček (2014, s. 36 - 37) vymezuje tři nejhlavnější faktory:

1.) Individuální faktory

Kabíček (2014, s. 36) je dělí na rizikové a ochranné. Mezi rizikové patří zanedbávání, zneužívání dětí, malá sebedůvěra, sebeúcta, syndrom hyperaktivity, snížená pozornost (ADHD), beznaděj, příslušnost k menšinám, rodičovství v dospívání.

K ochranným faktorům řadíme sebeúctu, sebedůvěru, schopnost sebekontroly a seberealizace, úcta, vhodní přátelé, budoucí perspektiva.

2.) Rodinné faktory

Dělíme je také na rizikové a ochranné. Dlouhodobý konflikt, nedostatečná komunikace v rodině, malý rodičovský dohled, autoritativnost rodičů se řadí do rizikových faktorů. Mezi ochranné patří dobré vztahy v rodině, komunikativnost, podpora dospívajícího, dobré socioekonomické postavení rodiny. (Kabíček, 2014, s. 36 - 37)

3.) Společenské faktory

Členíme je na rizikové a ochranné. Pod rizikové faktory spadá chudoba společnosti, nezaměstnanost, rizikové chování v médiích, dostupnost drog, benevolentní zákony, okolní komunita a legální přístup ke zbraním. K ochranným faktorům řadíme

pozitivní vzory ve společnosti, pozitivní chování v médiích, malá propustnost k negativním jevům, dobrá okolní komunita a nedostupnost drog.

Mezi další faktory vzniku rizikového chování patří:

Osobnost člověka se utváří již od prvopočátku vývoje dítěte. Jeho osobnost je ovlivňována mnoha faktory. Mezi hlavní negativní patří: stres a špatná komunita. Mezi pozitivní ovlivnění osobnosti patří: sebeúcta, úcta k zákonům a pravidlům a pozitivní genetické vlastnosti. (Matoušek et al., 2003, s. 51 - 60)

Škola se v průběhu času měnila a neustále se mění. Nikdy nebyla institucí, kde by byly děti, nuceny učit se jen předměty, ale spíše škola klade důraz nejen na výchovu, ale i na psychický rozvoj žáka. Vzdělávání není krátkodobé, je celoživotní záležitostí a díky tomu se v dnešní době zvyšuje délka školní docházky, díky čemu se zvyšuje úroveň vzdělanosti populace. Vzdělávací systém každé školy je jiný, což má za následek různorodost studijních oborů a znalostí jednotlivých žáků. (Matoušek et al., 2003, s. 63 - 67)

Pro mládež je důležitá **vrstevnická skupina**, ve které vyrůstají. Dodává jim a vytyčuje meze dovoleného chování a také jejich chování ovlivňuje. U mládeže, která má slabou podporu v rodině je velká pravděpodobnost, že bude mít větší potřebu „zapadnout“ a být kladně přijat vrstevnickou skupinou než u mládeže, u které je podpora rodiny na vyšší úrovni. Utváří se mnoho vrstevnických skupin podle stylu preferované hudby, způsobu chování, sociálního zařazení, k postoji ke škole. Může také vzniknout delikventní skupina, která páchá protiprávní činnost tím, že tráví čas v hernách, z čehož může vyplynout jejich následný nedostatek prostředků k navštěvování heren. Tento nedostatek má za následek drobné krádeže, které můžou přerůst až v organizované plánované akce. Cílem této akce je získat prostředky k uspokojení jejich potřeb.

1.3 Vzdělávání žáků s rizikovým chováním

Nejdříve si musíme ujasnit, co znamená pojem vzdělávání. Vzdělávání je podle Doležalové (2009, s. 5) komplexní proces činnosti vedoucí k rozvoji člověka, zkvalitnění a prohloubení jeho hodnot a vlastností. Tento proces je zpravidla zajišťován vzdělávacími institucemi.

Součástí vzdělávání žáků s rizikovým chováním je důležité správně členit cíle ve vztahu k jejich vzdělávání, neustále je inovovat a přizpůsobovat se novým podmínkám. Podle Doležalové (2009, s. 19 - 20) rozlišujeme cíle podle několika kritérií:

- a. Časové kritérium (krátkodobé, dlouhodobé, jednorázové)
- b. Konkrétní kritérium (obecně definovat, konkrétní případ)
- c. Vztahové kritérium (individuální forma, skupinová forma)
- d. Obsahové kritérium (podle toho čeho, chceme dosáhnout)

Jůva (2001, s. 51) ve své publikaci uvádí cíl jako jeden ze základních stavebních prvků pedagogiky. Správně určené cíle mají za následek správnost problému, který chceme vyřešit, v našem případě obeznámit žáky s rizikovým chováním. Jůva (2001, s. 51 – 54) dále uvádí rozdělení cílů na individuální a sociální. Individuální výchovný cíl, je takový cíl výuky, díky kterému se rozvíjí osobnost jedince, jeho prospěch a následné uplatnění. Tento pojem je typický pro vzdělávání 20. století. Sociální cíl je opakem individuálního cíle, jedinec se zaměřuje přímo na tu schopnost, díky které bude nejprospěšnější společností a bude odpovědně plnit svou sociální roli.

Podle Maňáka (2003, s. 91 - 92) se dovednostní vztahy učíme ne pro školu, ale pro svůj život. Neustále zvyšující se nároky na větší rozsah poznatků má negativní dopad na praktickou část poznatků, které se tím pádem posunuje ne do oblasti studentského života, nýbrž do oblasti reálného života. Dovednost bychom měli být schopni utvářet a dívat se na ni z mnoha úhlů, které nám pomůžou ve správné orientaci, kterou potřebujeme k tomu, abychom například vyskytlou situaci zvládli.

Maňák (2003, s. 93 – 95) definuje utváření dovedností v procesu utváření těchto dovedností, jako ideální průběh, učíme se mu celý život. Zahrnuje mnoho etap. Nejdříve si žáci osvojí fakta, která jsou důležitá k realizaci dané dovednosti. Tato fakta se následně uloží do paměti žáka a v případě nutnosti je žák dokáže při realizaci dovedností využít a zvládnout danou problematiku. Poté se podle logiky sestaví řešení problému a také strategie, jak dosáhnout úspěšného řešení. V poslední etapě je strategie vsugerována do souboru procedur, které jsou často aplikovány na danou realizaci automaticky. Dovednosti se neustále utvářejí a zdokonalují přímo úměrně s časem, kdy žák se postupně zamýšlí a prohlubuje získané znalosti, které přispívají k dalšímu zdokonalení. V procesu utváření dovedností je podle Maňáka (2003, s. 94) několik klíčových momentů. Mezi které patří aktualizace schopností a zkušeností žáka, orientace v problému, aktivní hledání řešení, variace podmínek a přenos dovedností. Při zvládnutí všech těchto klíčových momentů je žák schopen splnit danou úlohu. Dle našich zkušeností můžeme říci, že při důkladném vzdělání žáků je mnohem jednodušší jejich následné řešení problémů.

2 PROBLEMATIKA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

V současné době jsou poruchy příjmu potravy velmi častým a nebezpečným psychickým onemocněním a to především u dospívajících dětí, obzvláště u dívek. Onemocnění může způsobit velmi závažné následky.

Jídlo je nenahraditelným zdrojem základních živin a jednou z hlavních podmínek správného somatického a psychického zdraví. Potřeba nasycení přirozeně určuje i uspokojení ostatních potřeb, od reprodukčního instinktu až po seberealizaci. Nedostatek energie nebo některých živin může být příčinou závažných poruch a naopak změny v chuti k jídlu, příjmu potravy a tělesné hmotnosti mohou signalizovat rozvoj somatické a duševní poruchy od banální únavy až po závažná onemocnění jako jsou poruchy příjmu potravy. (Krch, 1999, s. 13)

Fraňková (2000, s. 5) ve své knize uvádí, že spojování s příjemnými nebo negativními zážitky je jedním ze základů pozdějších postojů k jídlům samotným nebo i k jejich jednotlivým složkám. Jídlo by se mělo pro dítě stávat postupně potřebou a to více než biologickou. Jídlo by mělo uspokojovat jeho emoční, biologické a psychosociální potřeby.

Pro Vágnerovou (2008, s. 463) jsou poruchy příjmu potravy charakteristické „patologickou změnou postoje k vlastnímu tělu, neadekvátním hodnocením jeho proporcí a hmotnosti a z toho vyplývajícím narušením vztahu k jídlu a alimentárního chování.“

Poruchy příjmu potravy jsou onemocnění, kam patří, podle zatím poslední verze Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN) dva nejzřetelněji vymezené syndromy a to mentální anorexie a mentální bulimie. (Krch, 1999, s. 13)

I přes zdánlivou odlišnost vyhublých anorektiček a bulimiček jsou si mentální anorexie a mentální bulimie velmi podobné. Jejich jednotlivé příznaky se liší zejména podle závažnosti podvýživy a hlavně také metod používaných k určování váhy. Obě poruchy spojuje také strach z tloušťky a věnování někdy až nadměrné pozornosti k vlastnímu vzhledu a k již zmiňované kontrole tělesné hmotnosti. Lidé trpící těmito poruchami se neustále zabývají tím, jak vypadají, kolik váží a vytrvale se snaží pořád hubnout, nebo alespoň zabránit vzrůstu své tělesné hmotnosti. (Krch, 1999, s. 13)

Vágnerová (2008, s. 463) zdůrazňuje, že postava, která je silná, je posuzována jako určité sociální stigma, jako faktor, z něhož vyplývá celkové osobní znehodnocení. Moderní mediálně prezentovaný vzor je velice blízký prepubertálnímu vzezření dívek jako hubené, bez

boků a stehen a hubenýma nohama. Je to hlavně moderní průmysl, který mediálně propaguje extrémní štíhlost, která je hlavně pro děti školního věku extrémně nebezpečná. Děti se tento vzor pokouší napodobovat, jelikož si myslí, že by takto měli vypadat, ale v mnoha případech to může vést až k poruchám příjmu potravy.

Podle Krchy (1999, s. 14) nemocní s poruchami příjmu potravy mají také řadu stejných problémů, se kterými se můžeme setkat v určité formě i u zdravých vrstevníků.

2.1 Vybrané typy poruch příjmu potravy

Pokud mluvíme o poruchách příjmu potravy, tak se zmiňujeme o mentální anorexii a mentální bulimii. Tyto poruchy jsou sice od sice odlišné, ale mají také několik společných znaků a to zejména kolísání hmotnosti ve snaze ji snižovat nebo alespoň udržet. Existuje mezi nimi viditelný rozdíl. Pacienti s mentální anorexií jsou na první pohled hodně hubení až vychrtlí, zatímco pacienti trpící mentální bulimií nebývají na první pohled ničím nápadní. Obě tyto poruchy se mohou také vyskytovat současně. Za další poruchy příjmu potravy můžeme považovat syndrom nočního přejídání nebo záchvatovité přejídání.

Mentální anorexie podle Krchy (1999, s. 14) je porucha charakterizována zejména úmyslným snižováním tělesné hmotnosti. Termín anorexie však může být poněkud zavádějící, protože nechutenství nebo oslabení chuti k jídlu je spíše až sekundárním důsledkem dlouhodobého hladovění, který se nemusí vyskytovat u všech pacientů s touto nemocí. U některých pacientů je omezování se v jídlu naopak doprovázeno zvýšeným zájmem o jídlo. Anorektičtí pacienti neodmítají jíst proto, že by neměli chuť, ale proto, že jíst z vlastního rozhodnutí nechtějí.

Speciálními typy mentální anorexie jsou podle Krchy (1999, s. 15) nebulimický (restriktivní) typ, během něhož u pacienta nedochází k opakovaným záchvatům přejídání. Dalším typem je bulimický (purativní) typ, který spočívá u pacienta tím, že dochází k opakovaným záchvatům přejídání.

Mentální bulimie je podle Krchy (1999, s. 17) charakterizována zejména opakujícími se záchvaty přejídání, spojenými s přehnanou kontrolou vlastní tělesné hmotnosti.

Nešpor (2011, s. 44) definuje bulimii jako syndrom vyznačující se záchvaty přejídání a také přehnanou kontrolou tělesné váhy, které vedou pacienta k aplikování krajních opatření, aby zmírnil tloušťku vyvolávající účinky požití potravy.

Specifickým typem podle Krchy (1999, s. 18) je purativní typ, který se vyznačuje prováděním pravidelného zvracení a užíváním laxativ nebo diuretik. Dalším typem je nepurativní typ, který používá přísné diety, hladovky nebo intenzivní cvičení. Není to však založeno na pravidelnosti.

Pro **syndrom nočního přejídání** je podle Krchy (1999, s. 20) typicky příznačná večerní anorexie, nespavost a noční přejídání. Jeho průběh je pravděpodobně spojen s životním stresem a neúspěšnými pokusy o zhubnutí. Pacienti s touto poruchou si často stěžují na neschopnost přestat jíst, když jednou začnou. Vzácně mluví o hladu a nemusejí jíst, pokud není jídlo k dispozici.

Syndrom záchvatového přejídání je často spojen s nadváhou nebo s obezitou. Pacienti se často přejídají, aniž by užívali nějaké kompenzační chování. Podle Krchy (1999, s. 20) se pacienti s touto poruchou vyznačují tím, že jí mnohem rychleji než je obvyklé, jí dokud se necítí nepříjemně nasycení, aniž by pociťoval hlad. Většinou takoví pacienti jí o samotě, neboť se stydí za své chování. Po přejedení jsou obvykle sami sebou znechuceni a cítí se velmi provinile. V souvislosti s přejídáním se objevují pocity úzkosti. K záchvatům obvykle dochází alespoň dvakrát týdně.

2.2 Diagnostika poruch příjmu potravy

V této podkapitole se seznámíme s diagnostikou, kritérii níže zmíněných mentálních onemocnění. Poruchy příjmu potravy jsou komplexní poruchy, nemoci způsobené mnoha faktory (biologické, psychologické, společenské). Mezi nejčastěji diagnostikované poruchy příjmu potravy řadíme mentální anorexii (MA) a mentální bulimii (MB).

Mentální anorexie (Krch, 2005, s. 16) je charakterizována snižováním hmotnosti, co může mít za následek podvýživu a podváhu. Podle mezinárodní klasifikace nemocí v její desáté revizi (MKN – 10) musí jedinec, u kterého se diagnostikuje mentální anorexie splňovat následující kritéria:

- a. Hmotnost jedince je udržována nejméně 15 % pod předpokládanou úrovní, nebo BMI (Body Mass Index) 17,5 (kg/m²) a nižší.
- b. Snižování tělesné hmotnosti si nemocný způsobuje sám tím, že se vyhýbá jídlům, „po kterých se tloustne“, a že užívá jeden nebo několik z následujících prostředků: vyprovokované zvracení, užívání laxativ, užívání anorektik a diuretik, nadměrné cvičení.

- c. Strach z tloušťky přetrvává a přetrvává také zkreslená představa o vlastním těle, vyskytuje se vtíravá obava z dalšího tloustnutí a díky tomu si pacient dává za cíl mít velmi nízkou tělesnou hmotnost.
- d. Rozsáhlá endokrinní porucha, která zahrnuje hypotalamo – hypofýzo – gonádovou osu, projevující se u žen jako amenorrhoea a u mužů jako ztráta sexuálního zájmu a potence. Mohou se taky vyskytnout zvýšené hladiny kortizolu, zvýšené hladiny růstového hormonu, změny periferního metabolismu thyreoidního hormonu a odchylky ve vylučování inzulínu.
- e. Pokud je původ onemocnění před pubertou, projevuje se puberta opožděně nebo může být zastaven vývoj jedince (je zastaven vývoj primárních a sekundárních pohlavních znaků). Po úspěšné léčbě dochází k dokončení puberty, ale menarche je z výše uvedeného důvodu opožděná.

Mentální bulimie (Novák, 2010, s. 11) je charakterizována střídáním opakovaných záchvatů přejídání, neustálým zabýváním se jídlem, neovladatelnou touhou po jídle, hladověním, kontrolou váhy a přehnaným strachem z vyšší tělesné hmotnosti. Podle desáté revize mezinárodní klasifikace nemocí (MKN – 10) musí osoba, u které se diagnostikuje mentální bulimie, musí se u ní prokázat následující příznaky:

- a. Osoba má neodolatelnou touhu se neustále zabývat jídlem, tato touha většinou končí konzumací velkých dávek jídla v krátkém časovém úseku.
- b. Pacient se snaží potlačit následky způsobené konzumací jídla mnoha způsoby, mezi které řadíme zneužívání laxativ, vyprovokované zvracení svépomocí, užívání léků diuretik a anorektik, období hladovění.
- c. Psychický stav člověka je narušen, zabývá se až chorobně strachem z tloušťky. Takto postižený člověk si určí přesně stanovený váhový limit, který je nižší než zdravá váha, kterou uvádí lékaři (tato váha je u každého člověka různá). V dřívější anamnéze je často zmíněna mentální anorexie, která u člověka mohla, ale také nemusela být diagnostikována.

2.3 Léčba poruch příjmu potravy

Díky léčbě poruch příjmu potravy můžeme snížit riziko, složitost a závažnost těchto poruch. Je několik organizací, které takto postiženým osobám můžou pomoci a jsou základem pro jejich následné uzdravení a regeneraci poruch. Ke každé osobě se musí přistupovat individuálně, a proto vznikají speciální léčebné plány a pobyty, které mají za úkol vy-

řešit problémy, aby nedošlo k následnému obnovení poruchy. Těmito léčbami se obvykle zaobírají odborníci v oblasti zdravotnictví (lékaři, odborníci na zdravou výživu, terapeuti). (Eating Disorder Hope, ©2005 - 2016)

Neméně důležitá část léčby je vlastní motivace. Motivace je jedna ze základních položek úspěchu. Motivaci podle Papežové (2012, s. 26 – 27) můžeme rozdělit do pěti stádií:

1. Popření – je to stádium, kdy člověku ani nepadne na mysl, že by mohlo být něco v nepořádku, neuvědomuje si, že má problém a nevidí důvod ke změnám.
2. Úvahy – toto stádium je typické tím, že člověk rozjímá a začíná si uvědomovat a přemýšlet o tom, že má určitý problém a věnuje zvýšenou pozornost na své stravovací návyky. Ne každý člověk si připustí, že je třeba změny, ale někteří si tuto změnu připustí, ale zde nastává problém v tom ohledu, že neudělá první krok k tomu, aby něco změnil.
3. Příprava – pacient potřebuje změnu, chce pomoci. Není si zcela jist následkem změny svých stravovacích návyků. Vyskytují se zde faktory, které mohou pozitivně, ale také negativně hrát významnou roli ve změně (rodina, partner, přátelé).
4. Akce – je rozhodnutí pacienta ve smyslu změny chování, je schopen postupně změnit a začít věřit tomu, že je schopen udržet změnu díky využití podpory a povzbuzení okolí.
5. Udržení – pacient pokračuje ve změně, které vede k jeho uzdravení a snaží se vyhnout stavu, kterému trpěl v minulosti.

Podle Krchy (2005, s. 123 – 124) je důležité správně určit formu léčby, aby pacientovi nevzniklo žádné riziko a nebezpečí na újmě zdraví. Mezi nejčastěji využívané služby v této oblasti řadíme:

- a. Hospitalizace a částečná hospitalizace – pobyt v nemocnici je zaměřen na uzdravení a zlepšení fyzické stránky pacienta. Pacient je veden ke spolupráci a ke zlepšení jeho stavu, aby nemusela být v budoucnu potřebná hospitalizace.
- b. Ambulantní lékařská péče – je prováděna skupinově nebo po domluvě individuálně, je vedena pod lékařským dohledem. Pacienti se snaží aktivně řešit symptomy poruch příjmu potravy.
- c. Svépomoc, řízená svépomoc a psychoedukace – u pacientů došlo k výraznému zlepšení nebo k odstranění poruchy. Tato metoda je doporučována osobám, které trpí méně závažnými onemocněními.

- d. Rodinná terapie – rodina je důležitý aspekt ve vyřešení problému, který nastal. Je důležité, aby pacient našel oporu mezi členy rodiny a ti jej podporovali k dosažení zlepšení.
- e. Kognitivně-behaviorální terapie – léčba probíhá postupně, terapeut si musí vytvořit kladný vztah s pacientem. Tato terapie je vhodná pro pacientky, které trpí vážnými příznaky poruch příjmu potravy.
- f. Interpersonální terapie – terapeut určí charakter a objasní možný výsledek spolupráce a dále hledá oblast, ve které má pacient obtíže.
- g. Psychodynamická terapie – pokud není účinná krátkodobá léčba, přechází se na léčbu dlouhodobou, převládá aktivní ovládnutí symptomu. Zabývá se specifickými potřebami pacientek.
- h. Farmakoterapie – pokud selžou počáteční pokusy o zlepšení stavu osoby, je vhodné zvážit, jestli by neměla dotyčná osoba užívat medikaci na zlepšení fyzického a tím spojeného psychického stavu.

3 PREVENCE

Prevenici chápeme podle Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy (Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, ©2013 - 2016) jako problematiku rizikového chování speciálního vzdělávání. Má také na starosti mnoho činností, mezi které řadíme například přípravu legislativy, zpracování materiálů obsahujících prevenci rizikového chování, řízení pracovních skupin, administraci, dotační politiku, kontrolování činnosti dotovaných projektů, účastnění se na poradních výborech a certifikaci pro udělování certifikátů. Výše zmíněné ministerstvo zabezpečuje posuzování školních tiskopisů, přípravu podkladů k projektům a materiálům, spolupracuje s organizacemi, které působí v oblasti prevence, připravuje podklady a návrhy k projednání ve vládě. Neméně důležitou činností je také spolupráce s vládními orgány, sdruženími, pedagogickými iniciativami, neziskovými organizacemi zabývající se mládeží, dále propaguje výchovně-vzdělávací činnosti. Také plní roli v komunikaci s vysokými školami, základními školami a školami pedagogického směru.

Další definicí prevence může být: „*soubor opatření zaměřených na předcházení nežádoucím jevům, zejména onemocnění, poškození, sociálně-patologickým jevům. Rozlišujeme primární prevenci (celá populace), sekundární (rizikové skupiny a jednotlivci) a terciární (minimalizování následků nebo pokračování nežádoucích jevů).*“ (Matoušek, Kroftová, 2003, s. 265)

Matoušek a Kroftová (2003, s. 265) dále chápou prevenci jako oblast výzkumu, díky které lze předcházet nevhodnému chování, které se ještě u dětí neprojevovalo, ale je zde možnost, že se tohoto chování mohou dopustit.

Podle webového portálu Společnost pro prevenci (Společnost pro prevenci, ©2014) označujeme prevenci jako soustavu opatření: ve zdravotnictví (prevence před nemocemi, epidemiemi, profylaxe – předcházení novým nemocem), ve výchově, v sociální politice (předcházení sociálním problémům a krizí), v dopravě (zamezení vzniku nehod), v právu (snažíme se o omezení zločinů a vzniku recidiv).

Prevence má mnoho podob, a proto se budeme hlavně zabývat prevencí vzniku rizikového chování, prevencí poruch příjmu potravy a prevencí rizikového chování na základní škole. Ke každé prevenci přistupujeme z různých hledisek, abychom dosáhli tíženého výsledku a tím předejít vzniku problému.

K této prevenci se podobně vyjadřuje také Metodické doporučení prevenci rizikového chování (Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, ©2013 – 2016), které je schváleno vedením MŠMT.

3.1 Prevence vzniku rizikového chování

Dle webového portálu Klinika adiktologie (Adiktologie, ©2011) „Prevenci členíme na prevenci primární, sekundární a terciální. Podstatou primární prevence je předcházení vzniku rizikového chování u osob, u kterých se ještě rizikové chování nevyskytlo. Např. předcházení užití návykových látek u osob, které dosud nejsou s drogou v kontaktu. U sekundární prevence se jedná o předcházení vzniku, rozvoji a přetrvávání rizikového chování u osob, které jsou rizikovým chováním ohroženi. Např. předcházení vzniku a rozvoji závislosti u osob, které již drogu užívají. Cílem terciální prevence je předcházení zdravotním nebo sociálním potížím v důsledku rizikového chování. Např. předcházení vážnému nebo trvalému zdravotnímu nebo sociálnímu poškození v souvislosti s užíváním drog.“

Dále dělíme primární prevenci na specifickou a nespecifickou. Specifická primární prevence je úzce zaměřena na danou formu rizikového chování. Mnoho dětí vyžaduje specifický typ podpůrného programu. Snahou těchto programů je začlenit děti zpět do skupiny dětí tak, aby nedošlo ke vzniku rizikového projevu chování.

Specifickou primární prevenci můžeme dále členit do tří úrovní:

- 1.) Všeobecná primární prevence – zaměřuje se na mládež, důležitý je pouze věk. Řadíme sem primárně programy pro větší skupinu osob.
- 2.) Selektivní primární prevence – u osob, které řadíme do této prevence je ve vyšší míře shledána přítomnost rizikového faktoru. Tyto osoby jsou více ohrožené než jiné osoby a lze je rozpoznat na základě mnoha faktorů (psychologické, podle pohlaví, podle věku, historické, biologické). Nejčastěji zde pracovníci spolupracují s menší skupinou osob a kladou důraz na komunikaci a vztah k danému problému.
- 3.) Indikovaná primární prevence – u těchto osob se již vyskytly různé projevy rizikového chování a jsou ve větší míře vystaveni rizikovým faktorům. Důležité je co nejrychleji zachytit problém, správně jej posoudit a začít s léčbou. Cílem této prevence je snížit frekvenci a zmírnit následky problému. Nedílnou součástí těchto cílů je porozumění osobám, u kterých se vyskytuje řešený problém.

Nespecifická primární prevence nemá přímou souvislost s rizikovým chováním. Řadíme sem sportovní a volnočasové aktivity, které pomáhají k rozvoji jedince a speciální programy, které učí jedince dodržovat společenská pravidla. Tyto aktivity by se vyskytovaly i v případě, kdyby neexistovaly projevy rizikového chování. Tato prevence na rozdíl od specifické primární prevence není více zaměřena na problémy, ale spíše na společenský vývoj jedince.

Webový portál Management Mania (Management Mania, ©2011 - 2013) shledává riziko jako pojem, který je důležité nepředcházet a pomocí veškerých dostupných metod zjistit toto riziko. Pokud zjistíme riziko, pokusíme se jej odstranit nebo alespoň zmírnit jeho následky.

3.2 Prevence poruch příjmu potravy

Podle Matouška a Kroftové (2003, s. 266) je důležitým prostředkem prevence v rodinách a ve školách. Velký vliv na jedince má také společnost.

Webový portál Celostní medicína (Celostní medicína, ©2004) se zabývá otázkou jak vhodně poznat dobu, kdy se schyluje k nemoci. Většina onemocnění má daný spouštěcí moment, díky kterému nemoc propukne. V mnoha případech je nemoc velmi vážná a může být již pozdě na její léčbu. Dle tohoto portálu bychom měli změnit svůj postoj. Neměli bychom zanedbávat prevenci. I při malých příznacích onemocnění bychom měli toto onemocnění řešit a neignorovat jej. Měli bychom si také všimnout reakcí na změny v našem životě. Každá změna má za následek v lepším případě zlepšení situace a v horším případě zhoršení situace. Lze podotknout, že v mnoha případech onemocnění je vhodnější alternativní medicína než léčba v podobě užívání léků. Pokud nebude správně fungovat prevence, může se stát, že se proces nemoci nezastaví, ale propukne ve větším rozsahu.

Miovský (2012, s. 70) chápe poruchy příjmu potravy jako současný problém způsobený poruchou ve vzorci chování. Příjem potravy je závislý od zkresleného vnímání svého těla. To má za následek nadváhu, podváhu a s tím spojené zdravotní, sociální, nebo dokonce psychologické problémy.

Nejčastěji se porucha příjmu potravy utváří v období puberty, kdy dochází k tělesným změnám, jak u dívek, tak i u chlapců. Ne každý jedinec se dokáže s touto skutečností vyrovnat. Je tedy důležité pozorně sledovat dospívání tak, aby nevzniklo žádné ohrožení pro budoucí období života.

3.3 Prevence rizikového chování na základní škole

Jednou z nemála povinností školy je postarat se o to, aby žáci nepřišli do styku s rizikovým chováním v prostředí školy i mimo něj. Hlavním aspektem prevence na základních školách jsou specializované programy, které mají za úkol postarat se o to, aby byl žák obeznámen s problematikou rizikového chování a byl díky těmto programům schopen se tomuto chování vyvarovat a případně pomoci osobě, která trpí některým typem rizikového chování.

Prevenčí rizikového chování rozumíme soubor mnoha metod a přístupů, které jsou používány v rámci školství. Cílovými skupinami jsou z větší části žáci a dospívající. Škola zahrnuje hlavní skupinu z hlediska prevence, díky tomu, že se v ní nachází nejvíce dříve zmíněných žáků a dospívajících. Je také nutné zohlednit hlediska výchovy a určit do jaké míry bude škola tyto hlediska dodržovat. Nedílnou součástí tohoto procesu je přenesení stanovených hledisek do praxe a jejich následné respektování a dodržování. (Miovský et al., 2010, s. 61)

Z uvedených požadavků vyplývá, že je nereálné, aby škola neměla žádný preventivní program, a proto bychom měli zmínit existenci těchto programů, které pomáhají vzdělávacímu systému a jsou nedílnou součástí každého vzdělávacího institutu. Mezi preventivní programy Jedlička školy řadíme minimální preventivní programy, které zahrnují:

- a. vytvoření předpokladů zdravého životního stylu ve škole – volnočasové aktivity, pozitivní vztahy mezi učitelem a žákem, fyzické potřeby (tělesná výchova), rozvoj duševního zdraví.
- b. začlenění mravních kodexů do vzdělávání – efektivní metoda vzdělávání, příznivé podmínky studia, propagace zdravého životního stylu.
- c. vzdělávání pedagogů s problematikou dnešního životního stylu – poradenská činnost, zavádění inovací do výuky.
- d. zapojení přátelé a partnery školy do problematiky životního stylu a rizikem chování – komunikace rodičů s pedagogy, spolupráce přátel školy s rodiči a s tím spojená vyšší informovanost o problémech žáka, odborná pomoc školy.
- e. uplatnění přiměřených trestů – kontrola splněných úkolů žáka, dodržování právních norem, zákaz alkoholu a drog, potírání užívání návykových látek - spolupráce s orgány tomu určenými (policie, sociální pracovníci).

- f. koncepční charakter zřizovatelů škol – zamezit unáhlení se bez předešlého důkladného prozkoumání problému, je potřeba postupovat postupně, abychom zmapovali podrobně vzniklý problém a dokázali jej vyřešit.
- g. evaluace efektivity – určíme, zda preventivní program funguje a jestli by bylo možné jej zlepšit, díky evaluaci zjistíme požadované výsledky a informace o problémech (Jedlička et al., 2015, s. 367 – 370).

Teorie Problému-Chování je podle (Colorado, ©2005) systematický, psychologický rámec chování. Teorie problému chování se neustále rozšiřuje o nové poznatky. Na jedince působí, jak společenské faktory, tak i faktory environmentálního směru. Chování je chování, které je kodifikované a společensky uznané. Problémové chování zahrnuje kouření cigaret, užívání marihuany a užívání dalších nelegálních drog, delikventní chování. Ochranné faktory jsou hlavně pozitivní vztahy se školou, sociální podpora, vrstevníci.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 REALIZACE VÝZKUMU

Praktická část bakalářské práce navazuje na problematiku, která je již zmíněna v teoretické části.

4.1 Stanovení výzkumného cíle

Hlavním výzkumným cílem empirické části bakalářské práce je: Zjistit míru informovanosti žáků základních škol o problematice poruch příjmu potravy. Dílčím cílem praktické části bakalářské práce jsou:

1. Zjistit míru informovanosti o prevenci žáků na 2. stupni ZŠ o problematice poruch příjmu potravy.
2. Zjistit znalosti o prevenci poruch příjmu potravy u žáků na 2. stupni ZŠ.
3. Zjistit znalost pojmu poruch příjmu potravy u žáků na 2. stupni ZŠ.
4. Zjistit zdroje informací o problematice poruch příjmu potravy u žáků na 2. stupni ZŠ.

4.2 Výzkumný problém a výzkumné otázky

Jako **výzkumný problém** jsme si stanovili: Informovanost žáků základních škol o problematice poruch příjmu potravy.

Na základě výzkumného problému jsme se stanovili hlavní výzkumnou otázku a dílčí výzkumné otázky.

Hlavní výzkumná otázka: Jaká je informovanost žáků základních škol o problematice poruch příjmu potravy?

Dílčí výzkumné otázky:

1. Jaká je znalost pojmu poruchy příjmu potravy mezi žáky na 2. stupni ZŠ?
2. Jaké jsou znalosti o prevenci poruch příjmu potravy u žáků na 2. stupni ZŠ?
3. Jaké jsou zdroje informací o poruchách příjmu potravy?
4. Jaká je míra informovanosti o prevenci poruch příjmu potravy?
5. Vnímají žáci prevenci poruch příjmu potravy jako dostačující?

4.3 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor představují pro naši bakalářskou práci žáci 2. stupně základních škol. Dotazovaní žáci byli vybráni podle dostupného výběru, který se nejlépe hodí k vysvětlení dané problematiky. Věkové rozmezí tedy tvoří žáci od deseti do šestnácti let.

4.4 Metoda sběru dat

V rámci kvantitativního výzkumu jsme zvolili výzkumnou metodu sběru dat jako dotazníkové šetření. Praktická část dotazníku navazuje na první část bakalářské práce, tedy na teoretickou část. Respondenti odpovídali na otázky anonymně. Otázky byly formulovány jasnou a srozumitelnou formou. U každé otázky byl výběr z více odpovědí. Pouze jedna otázka byla otevřená, na kterou respondenti mohli odpovídat dobrovolně. Zbylé otázky byly povinné. Dotazník byl umístěn na webový portál www.surveymonkey.com.

Dotazník byl rozeslán na předem náhodně vybrané základní školy, kde měli žáci možnost jeho vyplnění. Dotazník nám vyplnilo celkem 169 respondentů.

4.5 Metodika vyhodnocení dat

Dotazník byl zpracován čárkovací metodou a poté byly výsledné hodnoty převedeny do tabulek, kde je uveden výčet odpovědí, dále četnost odpovědí respondentů a procentuální znázornění, poté se tabulka převáděla pro lepší přehlednost do grafů, které nám slouží pro lepší a přehlednější znázornění.

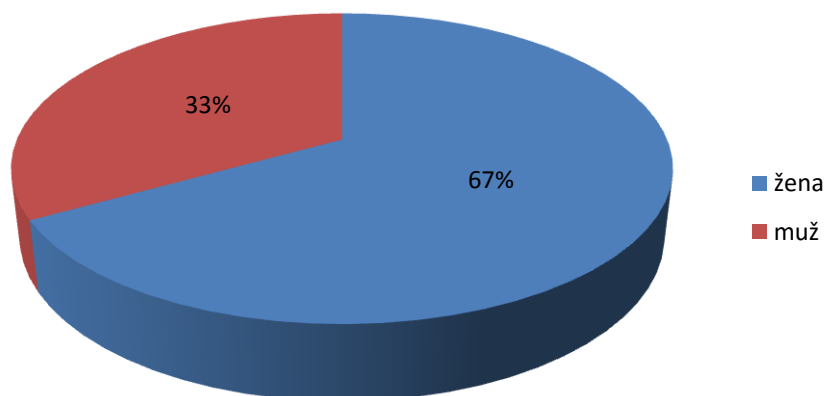
5 INTERPRETACE DAT

V kapitole Interpretace dat se budeme zabývat analýzou dat a následnou interpretací dat, které jsme získali formou dotazníkového šetření. Dotazník s názvem Informovanost žáků základních škol o problematice poruch příjmu potravy, byl sestaven na webovém portálu www.surveymonkey.com, kde probíhal sběr dat. Dotazník byl zpracován čárkovací metodou a poté byly výsledné hodnoty převedeny do tabulek, kde je uveden výčet odpovědí, dále četnost odpovědí respondentů a procentuální znázornění, poté se tabulka převáděla pro lepší přehlednost do grafů, které nám slouží pro lepší a přehlednější znázornění.

Položka v dotazníku č. 1: Jakého jste pohlaví?

Možnost odpovědi	Četnost n_i	Relativní četnost f_i
žena	113	67 %
muž	56	33 %
Σ	169	100 %

Tabulka 1 - Pohlaví



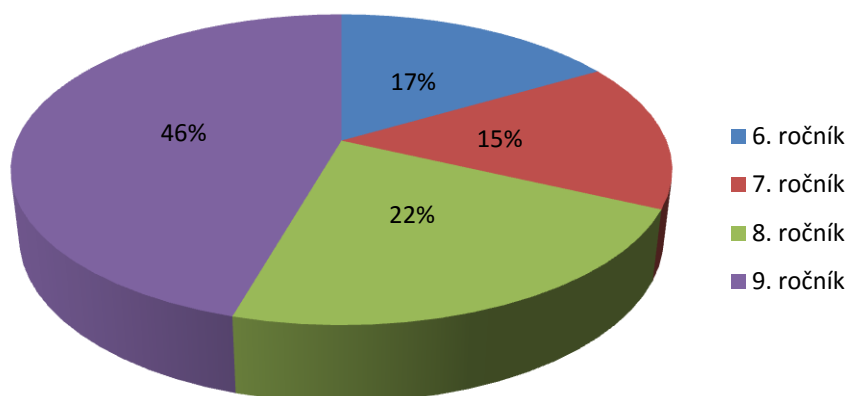
Graf 1 - Pohlaví

Dotazníkové šetření se zúčastnilo 169 respondentů. 113 dotazovaných respondentů uvedlo, že jsou ženského pohlaví a 56 dotazovaných respondentů uvedlo, že jsou mužského pohlaví.

Položka v dotazníku č. 2: Které třídy jste žákem?

Možnosti odpovědí	Četnost n_i	Relativní četnost f_i
6. ročník	28	17 %
7. ročník	26	15 %
8. ročník	38	22 %
9. ročník	77	46 %
Σ	169	100 %

Tabulka 2 - Ročník



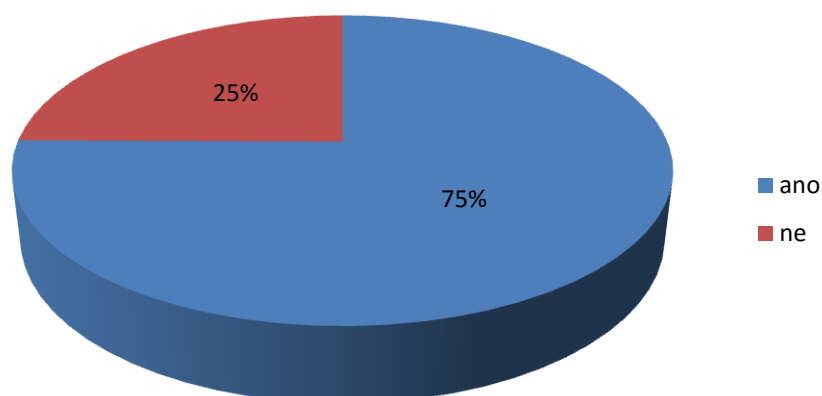
Graf 2 - Ročník

Otázkou číslo 2 jsme zjišťovali, kterého ročníku jsou žáci součástí. Z šestého ročníku se zúčastnilo dotazníkového šetření 28 respondentů, dále pak ze sedmého ročníku 26 respondentů, z osmého ročníku 38 respondentů a z devátého ročníku 77 respondentů. Z výše uvedeného vyplývá, že se dotazníku zúčastnilo nejvíce žáků z devátých tříd, než z nižších ročníků druhého stupně základních škol.

Položka v dotazníku č. 3: Setkali jste se již s pojmem Poruchy příjmu potravy?

Možnosti odpovědí	Četnost n_i	Relativní četnost f_i
ano	127	75 %
ne	42	25 %
Σ	169	100 %

Tabulka 3 - Setkání s pojmem



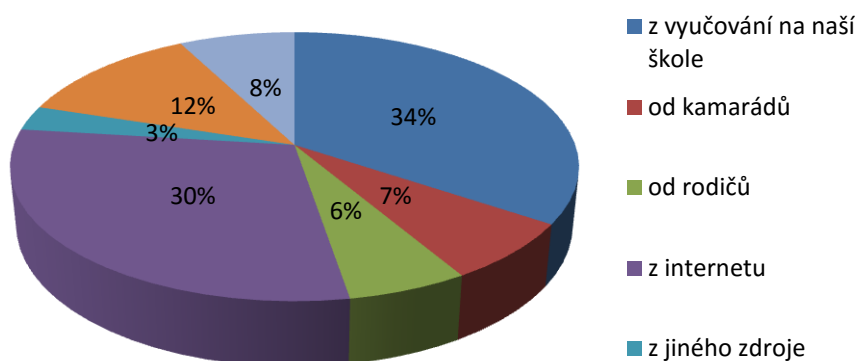
Graf 3 – Setkání s pojmem

Z odpovědí na tuto otázku vyplývá, že s pojmem Poruch příjmu potravy se již setkala 75 % dotázaných a zbylých 25 % uvedlo, že s pojmem nebyli seznámeni. Z čehož můžeme usoudit, že se většina žáků s pojmem setkala a je důležité, aby se nadále procentuální číslo seznámení zvyšovalo.

Položka v dotazníku č. 4: Jestli ano, tak kde jste se dozvěděli více o pojmu Poruchy příjmu potravy?

Možnosti odpovědí	Četnost n_i	Relativní četnost f_i
z vyučování na naší škole	58	34 %
od kamarádů	12	7 %
od rodičů	10	6 %
z internetu	50	30 %
z jiného zdroje	5	3 %
s pojmem jsem se neseťkal	21	12 %
jiné	13	8 %
Σ	169	100 %

Tabulka 4 - Kde se dozvěděli více o pojmu



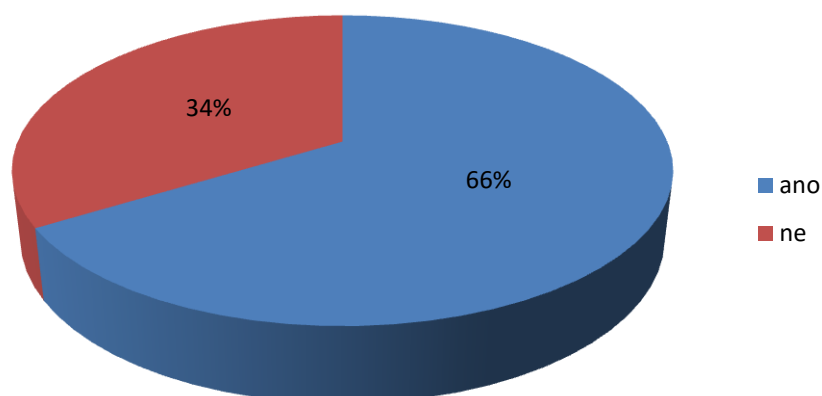
Graf 4 - Kde se dozvěděli více o pojmu

Z otázky položené v dotazníku a následně vyjádřené v grafu je zřejmé, že se o nejméně žáků dozvědělo o pojmu Poruch příjmu potravy z jiného zdroje – v našem případě 3 %, následně se více o pojmu od rodičů dozvědělo pouhých 6 % žáků. Poté 7 % dotázaných uvedlo, že se o pojmu dozvědělo od kamarádů. Dále 8 % respondentů odpovědělo na tuto otázku zvolenou možností jiné. 12 % se s pojmem ještě nesetkalo. 30 % respondentů zodpovědělo a vybralo možnost setkání s pojmem z internetu a 34 % dotázaných označilo odpověď z vyučování na naší škole. Z otázky nám vyplynulo, že se nejvíce respondentů seznámilo s pojmem na jejich základní škole, kterou navštěvují. Je zajímavé, že od rodičů se dozvědělo o tomto pojmu pouhých 6 %, je proto vhodné abychom apelovali na rodiče dětí a již od dětství je seznamovali s těmito poruchami. Rodiče by se tímto aktivně účastnili prevence a pomohli do budoucna snížit riziko výskytu Poruch příjmu potravy. Tato prevence by měla za následek zdravější populaci.

Položka v dotazníku č. 5: Byli jste s pojmem Poruchy příjmu potravy seznámeni ve vyučování na Vaší škole?

Možnosti odpovědí	Četnost n_i	Relativní četnost f_i
ano	112	66 %
ne	57	34 %
Σ	169	100 %

Tabulka 5 - Seznámení s pojmem ve vyučování



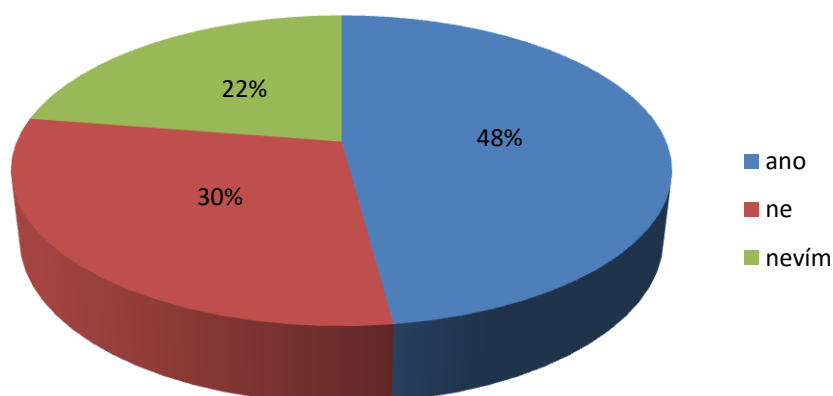
Graf 5 - Seznámení s pojmem ve vyučování

Graf nám ukazuje, že ze 100 % (169) respondentů uvedlo, že 66 % (112) se ve vyučování na jejich škole seznámilo a zbylých 34 % (57) odpovědělo na tuto otázku zápornou možností - ne.

Položka v dotazníku č. 6: Myslíte si, že jste s problematikou Poruch příjmu potravy dostatečně seznámeni?

Možnosti odpovědí	Četnost n_i	Relativní četnost f_i
ano, myslím, že jsem s problematikou dostatečně seznámen	81	48 %
ne, nemyslím si, že bych byl s problematikou dostatečně seznámen	50	30 %
nevím	38	23 %
Σ	169	100 %

Tabulka 6 - Dostatečné seznámení s problematikou



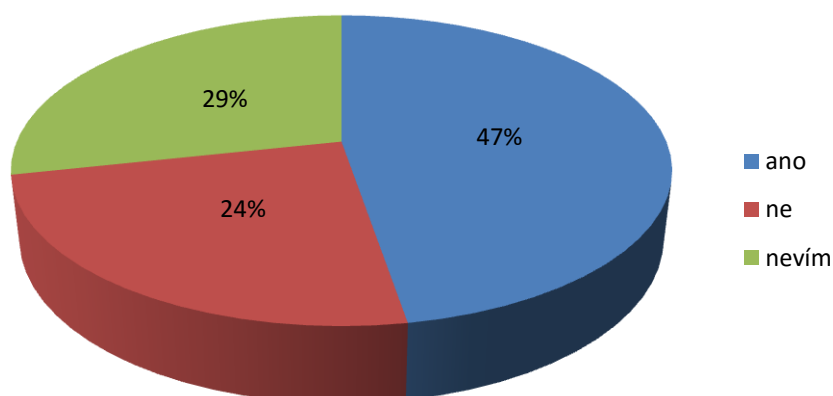
Graf 6 - Dostatečné seznámení s problematikou

Díky z výše znázorněného grafu nám plyne odpověď na otázku, zda si dotazovaní myslí, že jsou s problematikou Poruch příjmu potravy dostatečně seznámeni. Jak můžeme vidět skoro polovina (48 %) si myslí, že je s problematikou dostatečně seznámena, kdežto druhá polovina zbylých dotazovaných uvedla ty možnosti, které jsou v protikladu k první zvolené možnosti.

Položka v dotazníku č. 7: Chtěli byste být o problematice Poruch příjmu potravy více informováni (např. ve vyučování na Vaší škole)?

Možnosti odpovědí	Četnost n_i	Relativní četnost f_i
ano	80	47 %
ne	41	24 %
nevím	48	28 %
Σ	169	100 %

Tabulka 7 - Informování o problematice



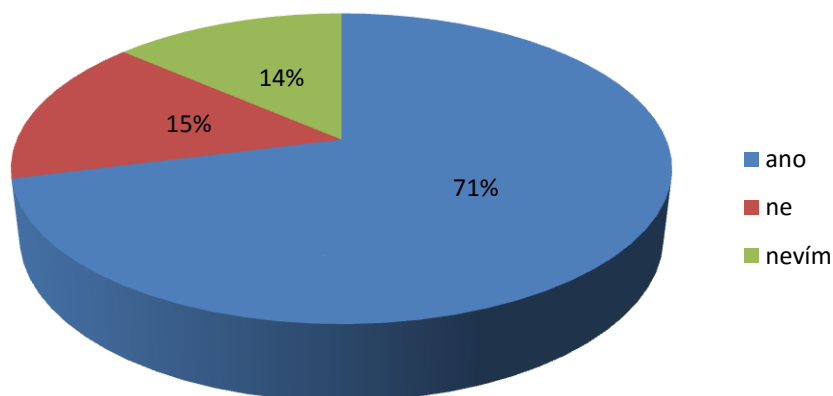
Graf 7 - Informování o problematice

80 respondentů by chtělo být o problematice Poruch příjmu potravy více informováno – způsob informovanosti může být formou: ve vyučování, speciální programy, návštěvy pedagogicko-psychologické poradny. Zbylých 86 respondentů se vyjádřilo, že bych nechtělo nebo ještě neví, jestli by chtěli být více o problematice obeznámeni.

Položka v dotazníku č. 8: Dokázali byste vysvětlit, co znamená a obnáší pojem mentální anorexie?

Možnosti odpovědí	Četnost n_i	Relativní četnost f_i
ano	120	71 %
ne	26	15 %
nevím	23	14 %
Σ	169	100 %

Tabulka 8 - Vysvětlení mentální anorexie



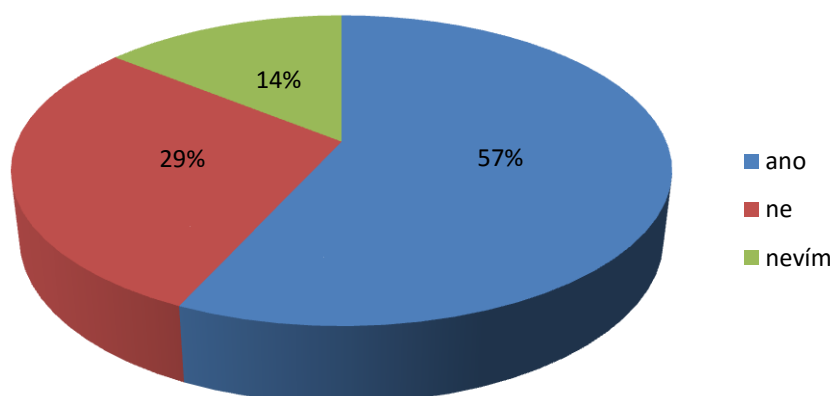
Graf 8 - Vysvětlení mentální anorexie

Mnoho dotázaných (71 %) uvedlo, že by dokázalo vysvětlit, co znamená a obnáší pojem mentální anorexie, kterému jsme se věnovali v druhé kapitole teoretické části bakalářské práce. Zbývá menší skupina (29 %) dotázaných dle zvolených možností by nedokázala nebo nevěděla tento pojem vysvětlit.

Položka v dotazníku č. 9: Dokázali byste vysvětlit, co znamená a obnáší pojem mentální bulimie?

Možnosti odpovědí	Četnost n_i	Relativní četnost f_i
ano	96	57 %
ne	49	29 %
nevím	24	14 %
Σ	169	100 %

Tabulka 9 - Vysvětlení mentální bulimie



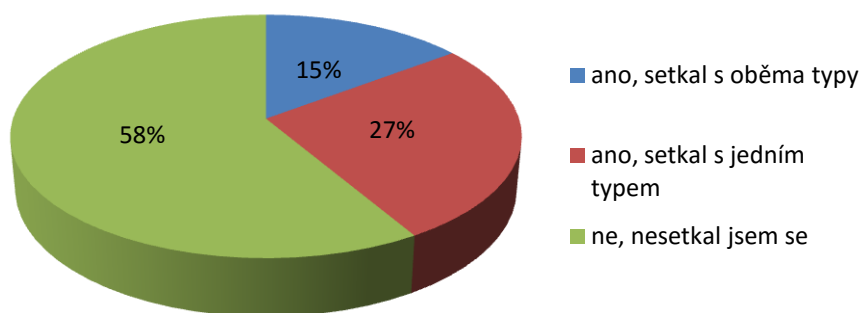
Graf 9 - Vysvětlení mentální bulimie

Otázka číslo 9 dopadla velmi podobně jako otázka číslo 8, ve které nás zajímalo, zda by žáci dokázali vysvětlit, co znamená a obnáší pojem mentální anorexie. V této otázce nás zajímá pojem mentální bulimie. Dotazovaných 57 % žáků uvedlo, že by dokázalo vysvětlit, co znamená a obnáší pojem mentální bulimie, zbylí dotazovaní uvedli, že by pojem nedokázali vysvětlit nebo by nevěděli jak pojem definovat.

Položka v dotazníku č. 10: Setkali jste se s některým typem Poruch příjmu potravy, jako je mentální bulimie nebo mentální anorexie?

Možnosti odpovědí	Četnost n_i	Relativní četnost f_i
ano, setkal jsem se s oběma typy	25	15 %
ano, setkal jsem se s jedním typem	45	27 %
ne, neseťkal jsem se s žádným typem	99	59 %
Σ	169	100 %

Tabulka 10 – Setkání s Poruchami příjmu potravy



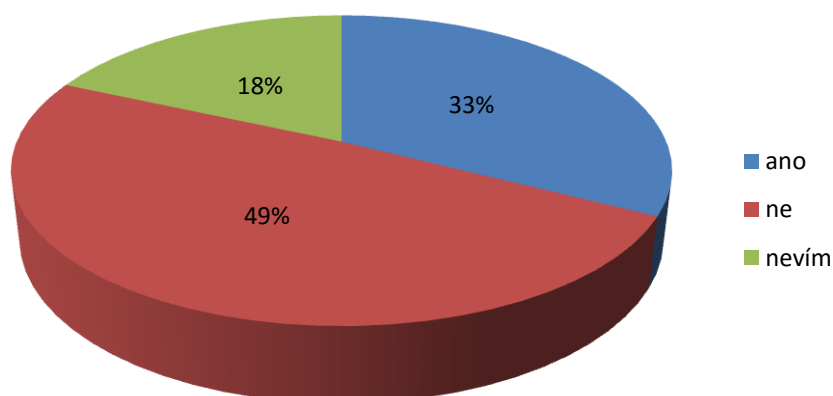
Graf 10 - Setkání s Poruchami příjmu potravy

U této otázky nám graf znázorňuje, že se celých 59 % (99 respondentů) nesetkalo s žádným typem, je to tedy většina dotazovaných. Dále 27 % uvedlo, že se setkalo s jedním typem Poruch příjmu potravy a to buď s mentální anorexií, nebo mentální bulimií. Pouhých 15 % se setkalo s oběma již zmiňovanými typy poruch.

Položka v dotazníku č. 11: Trpí nebo trpěl Poruchou příjmu potravy (mentální bulimie, mentální anorexie) někdo ve vašem okolí (kamarádi, příbuzní)?

Možnosti odpovědí	Četnost n_i	Relativní četnost f_i
ano	55	33 %
ne	83	49 %
nevím	31	18 %
Σ	169	100 %

Tabulka 11 – Poruchy příjmu potravy v okolí



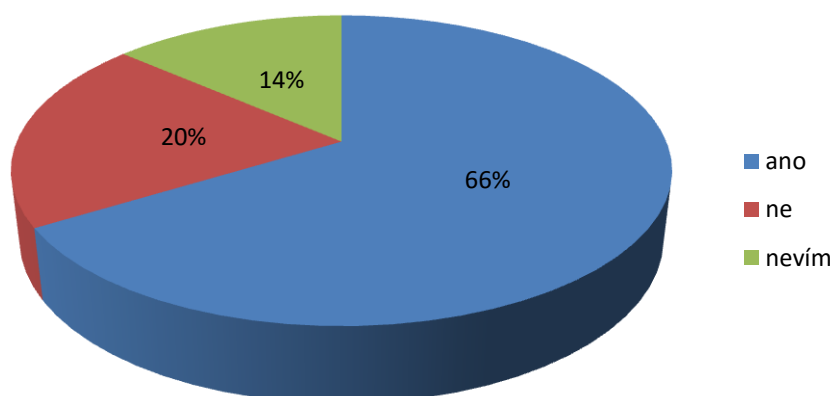
Graf 11 - Poruchy příjmu potravy v okolí

Hlavním cílem této otázky bylo, jestli se žáci na základní škole setkali s osobou v jejich okolí, která trpěla nebo nyní trpí Poruchou příjmu potravy. Skoro polovina (49 % - 83) dotázaných se ještě s žádnou osobou, která trpí nebo trpěla Poruchou příjmu potravy, nesešla. Dále 33 % (55) respondentů uvedlo, že pozná takovou osobu a 18 % neví doposud o nikom, kdo by mohl těmito poruchami trpět.

Položka v dotazníku č. 12: Pokud byste sami trpěli Poruchou příjmu potravy, věděli byste, na koho se máte obrátit?

Možnosti odpovědí	Četnost n_i	Relativní četnost f_i
ano, věděl	112	66 %
ne, nevěděl	34	20 %
nevím	25	14 %
Σ	169	100 %

Tabulka 12 - Na koho se obrátit



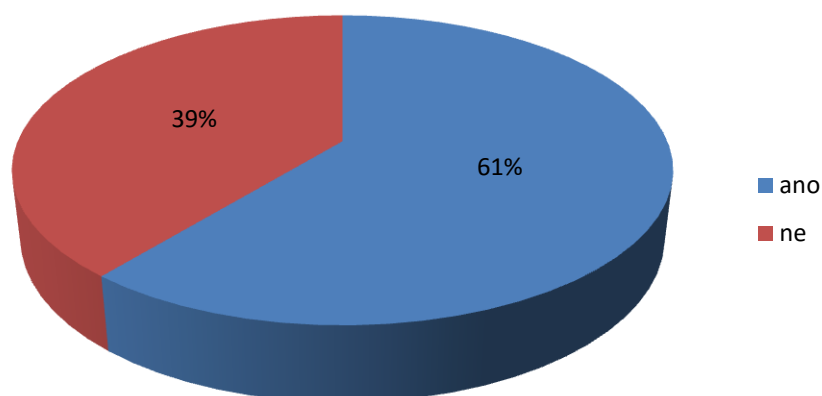
Graf 12 - Na koho se obrátit

Žáci základních škol v 66 % ví, na koho by se měli obrátit, když by měli pocit, že sami některou z Poruch příjmu potravy trpí. 20 % by nevědělo a 14 % neví na koho se obrátit. V tomto ohledu se žáci zdají být dobře informováni a z větší části by věděli, na koho se mají obrátit v případě, že by sami trpěli některou z poruch.

Položka v dotazníku č. 13: Setkali jste se někdy s pojmem BMI (Body Mass Index)?

Možnosti odpovědí	Četnost n_i	Relativní četnost f_i
ano	103	61 %
ne	66	39 %
Σ	169	100 %

Tabulka 13 - Pojem BMI



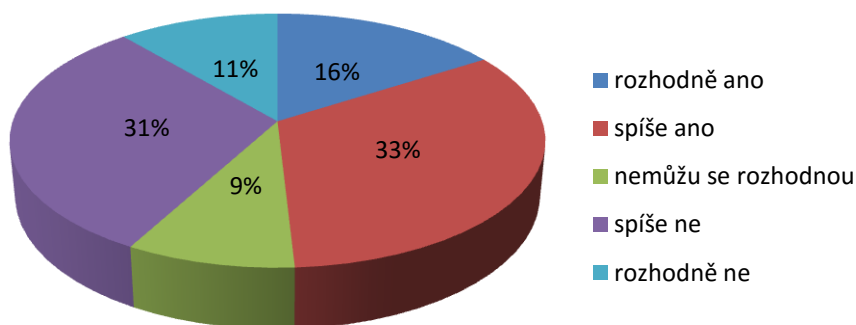
Graf 13 - Pojem BMI

V teoretické části bakalářské práce v podkapitole 2.2, která nese název Diagnostika poruch příjmu potravy, jsme se také zabývali pojmem BMI (Body Mass Index). Zjišťujeme v otázce, zda se žáci již setkali s uvedeným pojmem. Více než 60 % zvolilo možnost, že se s ním setkalo a zbylých necelých 40 % se pojmem ještě neseťkalo.

Položka v dotazníku č. 14: Jste spokojeni se svojí současnou postavou?

Možnosti odpovědí	Četnost n_i	Relativní četnost f_i
rozhodně ano	27	16 %
spíše ano	56	33 %
nemůžu se rozhodnout	15	9 %
spíše ne	52	31 %
rozhodně ne	19	11 %
Σ	169	100 %

Tabulka 14 - Spokojenost s postavou



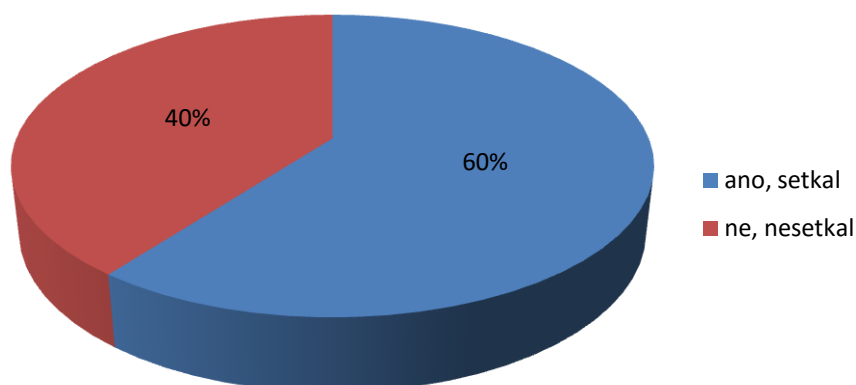
Graf 14 - Spokojenost s postavou

V otázce číslo 14 se respondenti měli vyjadřovat ke spokojenosti se svojí současnou postavou. Měli na výběr z pěti možností. Celých 56 respondentů uvedlo, že se svojí současnou postavou jsou spíše spokojeni, dále pak 52 uvedlo, že jsou spíše nespokojeni. 16 % respondentů se k otázce vyjádřilo kladně a jsou se svojí současnou postavou rozhodně spokojeni a zbylých 20 % se nemůže rozhodnout nebo rozhodně nejsou se svojí současnou postavou spokojeni.

Položka v dotazníku č. 15: Setkali jste se někdy s kritikou na Vaši postavu?

Možnosti odpovědí	Četnost n_i	Relativní četnost f_i
ano, setkal	102	60 %
ne, nesetkal	67	40 %
Σ	169	100 %

Tabulka 15 - Kritika postavy



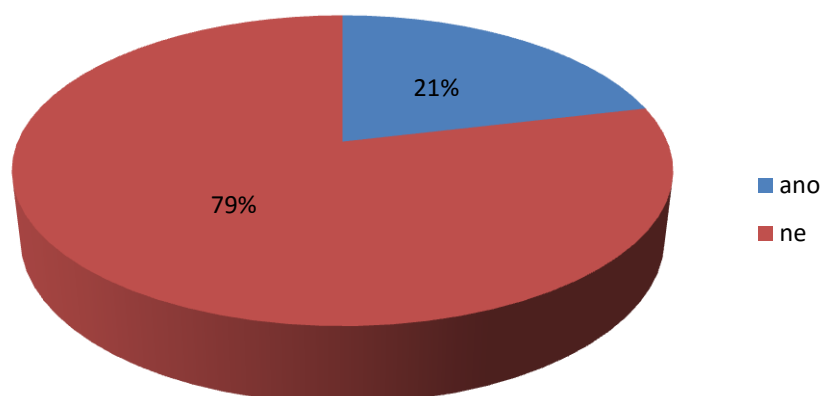
Graf 15 - Kritika postavy

Tato otázka má za účel zjistit informovanost o problému, který se týkal postav žáků základních škol. S kritikou na svoji postavu se setkalo již v tak útlém věku 60 % dotázaných a 40 % žáků se s kritikou ještě nesetkalo, ale je velmi pravděpodobné, že s kritikou setkají a měli by být na ni připraveni.

Položka v dotazníku č. 16: Posuzujete ostatní spolužáky podle typu postavy?

Možnosti odpovědí	Četnost n_i	Relativní četnost f_i
ano	36	21 %
ne	133	79 %
Σ	169	100 %

Tabulka 16 - Posuzování postavy



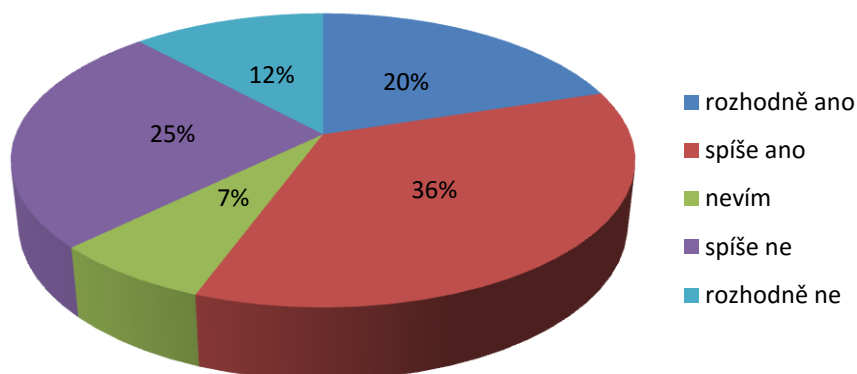
Graf 16 - Posuzování postavy

Důležitou otázkou dotazníku, na kterou respondenti odpovídali je posuzování spolužáků podle typu postavy. 79 % dotázaných se vyjádřilo k této otázce v tom směru, který neposuzuje spolužáky podle typu postavy. Zbýlých 21 % soudí ostatní spolužáky. Toto číslo se zdá být malé, ale ve větším měřítku je velké, proto by se měli ti žáci, kteří spadají pod toto procentuální číslo zamyslet sami nad sebou, a nesoudili spolužáky, čímž jim ubližují.

Položka v dotazníku č. 17: Myslíte si, že se stravujete pravidelně?

Možnosti odpovědí	Četnost n_i	Relativní četnost f_i
Rozhodně ano	34	20 %
Spíše ano	60	36 %
nevím	12	7 %
Spíše ne	43	25 %
Rozhodně ne	20	12 %
Σ	169	100 %

Tabulka 17 - Pravidelné stravování



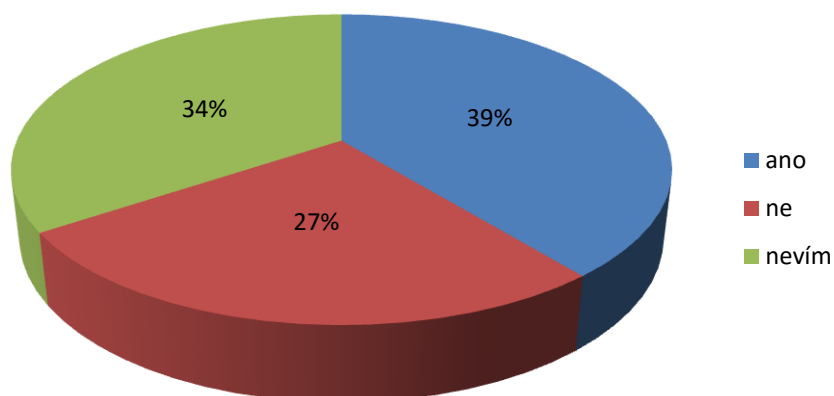
Graf 17 - Pravidelné stravování

Z uvedených dat vyplývá, že se žáci stravují spíše a rozhodně pravidelněji než tím způsobem, že by se spíše nebo rozhodně pravidelně nestravovali. Malé procento se vyjádřilo k této otázce tím způsobem, že neví, jestli se stravují pravidelně nebo ne.

Položka v dotazníku č. 18: Myslíte si, že se Poruchy příjmu potravy dají úplně vyléčit?

Možnosti odpovědí	Četnost n_i	Relativní četnost f_i
ano	66	39 %
ne	45	27 %
nevím	58	34 %
Σ	169	100 %

Tabulka 18 - Vyléčení Poruch příjmu potravy



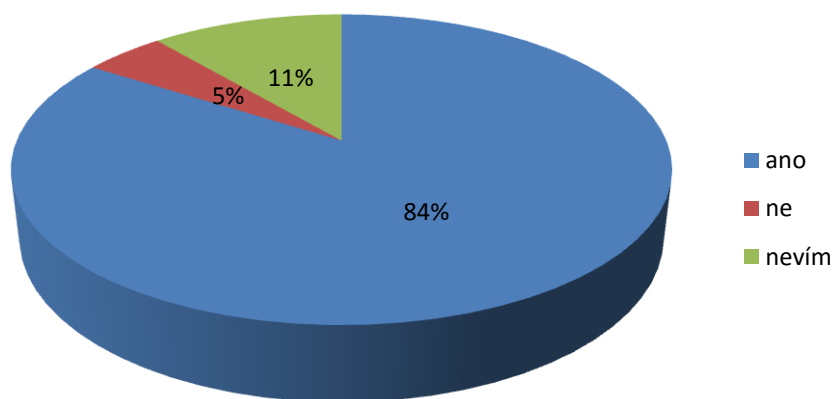
Graf 18 - Vyléčení Poruch příjmu potravy

Tato otázka se nám procentuálně rozložila na všechny tři odpovědi v téměř stejném podílu. Měli bychom si připomenout, že jsme se již touto otázkou léčby Poruch příjmu potravy zabývali v podkapitole 2.3 Léčba poruch příjmu potravy. Důležitou částí této léčby je si uvědomit, že poruchou trpíme a v případě nezvládnutí situace se nebát a kontaktovat speciální pracovníky, kteří nám se zvládnutí situace pomohou.

Položka v dotazníku č. 19: Myslíte, že Poruchy příjmu potravy mohou mít následky?

Možnosti odpovědí	Četnost n_i	Relativní četnost f_i
ano	142	84 %
ne	8	5 %
nevím	19	11 %
Σ	169	100 %

Tabulka 19 - Následky Poruch příjmu potravy



Graf 19 - Následky Poruch příjmu potravy

Respondenti se nejvíce přiklonili k odpovědi, že Poruchy příjmu potravy mohou mít následky, bylo jich 84 %. V návaznosti na předchozí uvedené procentuální číslo můžeme říci, že si žáci uvědomují problematiku a vážnost situace Poruch příjmu potravy.

Položka v dotazníku č. 20: Zde můžete sdělit Vaše připomínky:

Tato otázka vedla respondenty k tomu, aby se vyjádřili k tématu Poruch příjmu potravy a sdělili své připomínky, které je v průběhu vyplňování dotazníku napadli nebo je již vědě-

li dříve z jiných zdrojů. Tato otázka byla zcela dobrovolná, záleželo teda na přístupu dotázaných, jestli na ni odpoví nebo ne. Většina dotázaných se nevyjádřila, ale našlo se pár jedinců, kteří si dali čas a na tuto otázku odpověděli a napsali svůj názor nebo připomínku. Z vybraných si můžeme uvést nejzajímavější:

- „Myslím, že je to otázkou také výchovy a správných návyků osvojených od rodičů“
- „S touto nemocí jsem se setkal, ale nevím, co si o tom mám myslet, protože je to takový typ nemoci, který není tak vhodný“
- „Jsem trošku tlouštík, ale mně to nevádí“.

Z výše uvedených volných odpovědí vyplývá, že se dotazovaní dokázali vcítit do problematiky Poruch příjmu potravy a uvedli své připomínky a názory, za které jim děkujeme.

5.1 Doporučení

Jak jsme se již zmínili dříve, teoretická a praktická část bakalářské práce se zabývá Poruchami příjmu potravy. Nejdříve jsme si objasnili důležité pojmy, které nám pomohly k pochopení daného tématu, a dali nám možnost nahlédnout, jak jsou žáci základních škol informováni o Poruchách příjmu potravy.

Díky dotazníkovému šetření jsme zjistili, že jsou žáci na druhém stupni základních škol ve větší míře informováni a znají mnoho pojmů, které jsme se snažili v první části bakalářské práce objasnit. Znalosti žáků jsou na vysoké úrovni, ale prevence je na úrovni nižší a proto bychom měli klást větší důraz na zlepšení této skutečnosti formou seminářů. Například by se mohl uskutečnit dvouhodinový seminář v rámci výuky, který by byl zpracován formou prezentace a zabýval by se námi vymezeným tématem. Dále by bylo vhodné školit i samotné pedagogy, a aby tyto získané vědomosti mohli dále předávat žákům.

Semináře, které by se zabývaly prevencí, by mohli probíhat přímo ve výuce nebo navštěvováním těchto seminářů v místech tomu určených.

Ne vždy a všude je informovanost o našem problému dostatečná, je naším úkolem se vzdělávat svépomocí, abychom v případě, že některá osoba v našem okolí trpí některou z poruch, dokázali jí pomoci a přivést ji zpět ke zdravému stylu života.

Dotazník nám pomohl k pochopení mnoha otázek, týkajících se Poruch příjmu potravy. Bylo milým zjištěním, že větší část respondentů se již s otázkami psanými v dotazníku

setkala a také jsme vděčni za to, že odpověděli a díky těmto odpovědím nám pomohli pochopit problematiku vytyčených cílů této práce.

Jedním z cíle práce bylo zjištění zdrojů informací o Poruchách příjmu potravy. K tomuto nám pomohlo dotazníkové šetření. Nejvíce žáků se o pojmu Poruch příjmu potravy dozvědělo z vyučování na jejich školách, z čehož plyne, že nejvíce informací o tomto tématu, se žák dozvídá od pedagogů. V mnoha ohledech je jednání pedagogů správné, jelikož chtějí co nejvíce vzdělat žáky tak, aby byli připraveni na co nejvíce situací, které jich v životě čekají. Ne vždy je ale jednání pedagogů správné a proto by se měli nejen žáci, ale také samotní pedagogové co nejvíce vzdělávat v problematice dnešní doby.

Neméně důležitou činností je také léčba, které má za úkol potlačit nebo úplně vymizet nemoci, které mohou danou osobu vyřadit ze společenského, ale také i rodinného prostředí. Následky nemocí jsou velmi vážné, tudíž bychom neměli nic podcenit a být připraveni zakročit a pomoci tak komukoli, kdo naši pomoc potřebuje.

ZÁVĚR

V rámci bakalářské práce jsme se snažili o popsání poruch příjmu potravy u žáků na druhém stupni základních škol. Hlavními cíli bylo stanovení míry informovanosti, prevence a zjistit, jak jsou žáci s pojmy poruch příjmu potravy obeznámeni.

Na začátku práce byl popsán popis situace. Vycházeli jsme z odborné literatury, která nám pomohla k pochopení zadaného tématu a také nás navedla k dalším zdrojům, které prohloubily naše znalosti o informovanosti žáků.

Na teoretickou práci navazuje část praktická.

V rámci bakalářské práce proběhlo také dotazníkové šetření, které hodnotilo míru informovanosti žáků na základní škole a je součástí praktické části. Žáci zde mohli odpovídat na předem připravené otázky, na které bylo povinno odpovědět. Jedna otázka byla nepovinná, a tudíž mohli žáci na ni odpovědět dobrovolně.

Na základě zpracování dat z dotazníkového šetření můžeme usoudit, že žáci jsou dostatečně informováni o poruchách příjmu potravy. Nemůžeme ale říct, že tato informovanost je na jisté míře, která je akceptovatelná. Měli bychom neustále apelovat na rodiče a také pedagogy, kteří mají velkou schopnost vštěpovat dětem správné pravidla a řády, které jim pomůžou v průběhu života.

Záměrem práce bylo objasnit informovanost poruch příjmu potravy u žáků a také zjistit prevence, které by měli být využity k předejití těchto poruch. Pokud práce alespoň některým pomohla, dá se říct, že byla úspěšná.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Monografie

- [1] BÁRTÍK, Pavel, MIOVSKÝ, Michal (ed.). *Primární prevence rizikového chování ve školství: [monografie]*. Vyd. 1. Praha: Sdružení SCAN, c2010. ISBN 978-80-87258-47-7.
- [2] CIKLOVÁ, Kateřina. *Rizikové chování ve škole s vazbou na legislativní úpravu: rádce školního metodika prevence*. 1. vyd. Ostrava: EconomPress, 2014. ISBN 978-80-905065-6-5.
- [3] DOLEJŠ, Martin. *Efektivní včasná diagnostika rizikového chování u adolescentů*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010. Monografie. ISBN 978-80-244-2642-6.
- [4] DOLEŽALOVÁ, Jana. *Vzdělávání, výuka, cíle, obsah výuky: (interaktivní text z obecné didaktiky)*. Vyd. 3. Hradec Králové: Gaudeamus, 2009. ISBN 978-80-7435-003-0. Dostupné také z: http://toc.nkp.cz/NKC/200911/contents/nkc20091997555_1.pdf
- [5] FRAŇKOVÁ, Slávka, Jiří ODEHNAL a Jana PAŘÍZKOVÁ. *Výživa a vývoj osobnosti dítěte: vymezení a terapie*. Vyd. 1. Editor František David Krch. Praha: HZ Editio, 2000. ISBN 80-860-0932-7.
- [6] CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 265 s. ISBN 978-80-247-1369-4.
- [7] JEDLIČKA, Richard. *Poruchy socializace u dětí a dospívajících: prevence životních selhání a krizová intervence*. Vydání 1. Praha: Grada, 2015. Psyché. ISBN 978-80-247-5447-5.
- [8] JŮVA, Vladimír. *Základy pedagogiky pro doplňující pedagogické studium*. Brno: Paido, 2001. ISBN 80-85931-95-8.
- [9] KABÍČEK, Pavel, Ladislav CSÉMY a Jana HAMANOVÁ. *Rizikové chování v dospívání a jeho vztah ke zdraví*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2014. ISBN 978-80-7387-793-4.
- [10] KRCH, František David a kol. *Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-716-9627-7.
- [11] KRCH, František David. *Poruchy příjmu potravy*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2005. Psyché. ISBN 802470840X.

- [12] MAŇÁK, Josef a Vlastimil ŠVEC. *Výukové metody*. Brno: Paido, 2003. ISBN 80-7315-039-5.
- [13] MATOUŠEK, O., KROFTOVÁ A. *Mládež a delikvence*. Praha: Portál, 2003. 2. vyd. ISBN 80-7178-771-X.
- [14] MIOVSKÝ, Michal. *Návrh doporučené struktury minimálního preventivního programu prevence rizikového chování pro základní školy*. Vyd. 1. Praha: Klinika adiktologie, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze ve vydavatelství Togga, 2012. ISBN 978-80-87258-74-3.
- [15] NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Vyd. 4., aktualiz. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-807-3679-088.
- [16] NOVÁK, Michal. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravin*. Vyd. 1. Brno: Akademické nakladatelství CERM, 2010. ISBN 978-80-7204-657-7.
- [17] PAPEŽOVÁ, Hana. *Začarovaný kruh anorexie, bulimie a psychogenního přejídání a cesty ven?!*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2012. ISBN 978-80-87142-18-9.
- [18] PRŮCHA, Jan, Eliška WALTEROVÁ a Jiří MAREŠ. *Pedagogický slovník*. 7., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0403-9.
- [19] SOBOTKOVÁ, Veronika. *Rizikové a antisociální chování v adolescenci*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2014. Psyché. ISBN 978-80-247-4042-3.
- [20] VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-414-4.

Internetové zdroje

- [21] *Co je to prevence*, In: Společnost pro prevenci [online]. 2014 [cit. 2016-03-14]. Dostupné z: <http://www.sppr.cz/old/prevence.html>
- [22] *Co je xenofobie?*, In: Multikultura Zlín [online]. 2015 [cit. 2016-03-09]. Dostupné z: <http://www.multikulturazlin.cz/l.php?id=7>
- [23] COSTA, Frances. *Problem Behavior Theory*, In: Colorado [online]. 2005 [cit. 2016-04-24]. Dostupné z: http://www.colorado.edu/ibs/jessor/pb_theory.html
- [24] EKERN, Jacquelyn. *Eating Disorders: Causes, Symptoms, Signs & Treatment Help*, In: Eating Disorder Hope [online]. 2014 [cit. 2016-03-10]. Dostupné z: <http://www.eatingdisorderhope.com/information/eating-disorder>

- [25] KLUPNEROVÁ, Lenka. *Záškoláctví*, In: Zkola [online]. 2013 [cit. 2016-03-11].
Dostupné z:
<http://www.zkola.cz/rodice/socpatologjevy/zaskolactvi/Stranky/Z%C3%A1%C5%A1kol%C3%A1ctv%C3%AD.aspx>
- [26] *Metody prevence rizik*, In Management Mania [online]. 2015 [cit. 2016-03-18].
Dostupné z: <https://managementmania.com/cs/metody-prevence-rizik>
- [27] NEVORALOVÁ, Monika. *Prevence rizikového chování*, In: Adiktologie [online].
2014 [cit. 2016-03-16]. Dostupné z:
<http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/70/4538/Prevence-rizikoveho-chovani>
- [28] NEVORALOVÁ, Monika. *Vymezení rizikového chování*, In: Adiktologie [online].
2011 [cit. 2016-03-08]. Dostupné z:
<http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/377/3074/Vymezeni-rizikoveho-chovani>
- [29] PETRIŠČOVÁ, Alena. *Agrese, šikana a jiné formy násilného chování*, In: Šance Dětem [online]. 2016 [cit. 2016-04-08]. Dostupné z:
<http://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/rodina-v-problemove-situaci/rizikove-chovani-ditete/agrese-sikana-a-jine-formy-nasilneho-chovani.shtml>
- [30] *Prevence*, In: MŠMT [online]. 2016 [cit. 2016-03-12]. Dostupné z:
<http://www.msmt.cz/vzdelavani/socialni-programy/prevence>
- [31] *Rasismus, xenofobie*, In: Ostrov radosti Zlín [online]. 2016 [cit. 2016-03-09]. Dostupné z: <http://www.ostrovzl.cz/prevence/rasismus-xenofobie/>
- [32] ŠÁCHA, Pavel. *Aktivní prevence nemocí*, In: Celostní medicína [online]. 2016 [cit. 2016-03-15]. Dostupné z: <http://www.celostnimedicina.cz/aktivni-prevence-nemoci.htm>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

WHO World Health Organization

Např. Například

CAN Child Abuse and Neglect

s. Strana

ADHD Attention Deficit Hyperactivity Disorder

MKN Mezinárodní klasifikace nemocí

MA Mentální anorexie

MB Mentální bulimie

BMI Body Mass Index

Aj. A jiné

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 - Pohlaví.....	32
Graf 2 - Ročník	33
Graf 3 – Setkání s pojmem	34
Graf 4 - Kde se dozvěděli více o pojmu	35
Graf 5 - Seznámení s pojmem ve vyučování	36
Graf 6 - Dostatečné seznámení s problematikou	37
Graf 7 - Informování o problematice	38
Graf 8 - Vysvětlení mentální anorexie.....	39
Graf 9 - Vysvětlení mentální bulimie	40
Graf 10 - Setkání s Poruchami příjmu potravy	41
Graf 11 - Poruchy příjmu potravy v okolí	42
Graf 12 - Na koho se obrátit	43
Graf 13 - Pojem BMI	43
Graf 14 - Spokojenost s postavou	44
Graf 15 - Kritika postavy	45
Graf 16 - Posuzování postavy	46
Graf 17 - Pravidelné stravování	47
Graf 18 - Vyléčení Poruch příjmu potravy	47
Graf 19 - Následky Poruch příjmu potravy	48

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 - Pohlaví.....	32
Tabulka 2 - Ročník	33
Tabulka 3 - Setkání s pojmem	33
Tabulka 4 - Kde se dozvěděli více o pojmu.....	34
Tabulka 5 - Seznámení s pojmem ve vyučování	35
Tabulka 6 - Dostatečné seznámení s problematikou	36
Tabulka 7 - Informování o problematice	37
Tabulka 8 - Vysvětlení mentální anorexie	38
Tabulka 9 - Vysvětlení mentální bulimie	39
Tabulka 10 – Setkání s Poruchami příjmu potravy.....	40
Tabulka 11 – Poruchy příjmu potravy v okolí	41
Tabulka 12 - Na koho se obrátit.....	42
Tabulka 13 - Pojem BMI	43
Tabulka 14 - Spokojenost s postavou	44
Tabulka 15 - Kritika postavy	45
Tabulka 16 - Posuzování postavy	45
Tabulka 17 - Pravidelné stravování	46
Tabulka 18 - Vyléčení Poruch příjmu potravy	47
Tabulka 19 - Následky Poruch příjmu potravy.....	48

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1	59
-----------------	----

PŘÍLOHA I: DOTAZNÍK

Příloha 1

Dotazník k bakalářské práci

Dobrý den,

jmenuji se Darja Peňázová a jsem studentkou třetího ročníku fakulty Humanitních studií na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně, oboru Sociální pedagogika.

Chtěla bych Vás tímto požádat o vyplnění mého dotazníku k bakalářské práci, jejíž téma je: Informovanost žáků základních škol o problematice poruch příjmu potravy.

Výsledky tohoto dotazníku budou sloužit výhradně jen pro účely mé bakalářské práce a jsou zcela anonymní.

Předem Vám děkuji za poskytnuté informace, čas a ochotu spolupracovat.

1. Jakého jste pohlaví?
 - a) žena
 - b) muž
2. Které třídy jste žákem?
 - a) 6. ročník
 - b) 7. ročník
 - c) 8. ročník
 - d) 9. ročník
3. Setkali jste se již s pojmem Poruchy příjmu potravy?
 - a) ano
 - b) ne
4. Jestli ano, tak kde jste se dozvěděli více o pojmu Poruchy příjmu potravy:
 - a) z vyučování na naší škole
 - b) od kamarádů
 - c) od rodičů
 - d) z internetu
 - e) z jiného zdroje
 - f) s pojmem jsem se neseťkal
 - g) jiné

5. Byli jste s pojmem Poruchy příjmu potravy seznámeni ve vyučování na vaší škole?
 - a) ano
 - b) ne
6. Myslíte si, že jste s problematikou Poruch příjmu potravy dostatečně seznámeni?
 - a) ano, myslím, že jsem s problematikou dostatečně seznámen
 - b) ne, nemyslím si, že bych byl s problematikou dostatečně seznámen
 - c) nevím
7. Chtěli byste být o problematice Poruch příjmu potravy více informováni (např. ve vyučování na Vaší škole)?
 - a) ano
 - b) ne
 - c) nevím
8. Dokázali byste vysvětlit, co znamená a obnáší pojem mentální anorexie?
 - a) ano
 - b) ne
 - c) nevím
9. Dokázali byste vysvětlit, co znamená a obnáší pojem mentální bulimie?
 - a) ano
 - b) ne
 - c) nevím
10. Setkali jste se s některým typem Poruch příjmu potravy, jako je mentální bulimie nebo mentální anorexie?
 - a) ano, setkal jsem se s oběma typy
 - b) ano, setkal jsem se s jedním typem
 - c) ne, neseťkal jsem se s žádným typem
11. Trpí nebo trpěl Poruchou příjmu potravy (mentální bulimie, mentální anorexie) někdo ve vašem okolí (kamarádi, příbuzní)?
 - a) ano
 - b) ne
 - c) nevím
12. Pokud byste sami trpěli Poruchou příjmu potravy, věděli byste, na koho se máte obrátit?
 - a) ano, věděl

- b) ne, nevěděl
 - c) nevím
13. Setkali jste se někdy s pojmem BMI (Body Mass Index)?
- a) ano
 - b) ne
14. Jste spokojeni se svojí současnou postavou?
- a) rozhodně ano
 - b) spíše ano
 - c) nemůžu se rozhodnout
 - d) spíše ne
 - e) rozhodně ne
15. Setkali jste se někdy s kritikou na Vaši postavu?
- a) ano, setkal
 - b) ne, nesetkal
16. Posuzujete ostatní spolužáky podle typu postavy?
- a) ano
 - b) ne
17. Myslíte si, že se stravujete pravidelně?
- a) rozhodně ano
 - b) spíše ano
 - c) nevím
 - d) spíše ne
 - e) rozhodně ne
18. Myslíte si, že se Poruchy příjmu potravy dají úplně vyléčit?
- a) ano
 - b) ne
 - c) nevím
19. Myslíte, že Poruchy příjmu potravy mohou mít následky?
- a) ano
 - b) ne
 - c) nevím
20. Zde můžete sdělit vaše připomínky: