

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

FAKULTA PEDAGOGICKÁ
ODDĚLENÍ BIOLOGIE CBG

**Využití aktivizačních metod v rámci výuky
tématu "Poruchy příjmu potravy" na SŠ**
DIPLOMOVÁ PRÁCE

Bc. Lucie Mrázová

Učitelství pro střední školy, obor Biologie – Chemie

Vedoucí práce: Mgr. Petra Vágnerová

Plzeň, 2017

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a zdrojů informací.

V Plzni, 28. června 2017

.....
vlastnoruční podpis

PODĚKOVÁNÍ:

Na tomto místě bych ráda poděkovala všem, kteří mi dopomohli k vytvoření diplomové práce. Největší dík patří vedoucí mé diplomové práce Mgr. Petře Vágnerové, za ochotu, pomoc a odborné vedení při vytváření této práce. Dále bych chtěla poděkovat rodině a mému manželovi za podporu a pomoc při studiu a psaní diplomové práce.

ZDE SE NACHÁZÍ ORIGINÁL ZADÁNÍ KVALIFIKAČNÍ PRÁCE.

OBSAH

ÚVOD	3
1 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY	4
1.1 CHARAKTERISTIKA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	4
1.1.1 Mentální anorexie (anorexia nervosa)	4
1.1.2 Mentální bulimie (bulimia nervosa)	5
1.1.3 Obezita	6
1.1.4 Bigorexie (Adonisův komplex)	6
1.1.5 Drunkorexie	7
1.1.6 Orthorexie	8
1.2 RIZIKOVÉ OBDOBÍ PRO VZNIK PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	8
1.2.1 Období pro vznik mentální anorexie, mentální bulimie, drunkorexie, orthorexie.....	8
1.2.2 Období pro vznik obezity	9
1.2.3 Období pro vznik bigorexie	10
1.3 MOŽNOSTI LÉČBY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	10
1.3.1 Psychofarmakoterapie	10
1.3.2 Hospitalizace	11
1.3.3 Psychoterapie	11
1.3.4 Nutriční terapie a poradenství	11
1.3.5 Sociální začleňování	12
1.3.6 Terapeutické techniky	12
1.3.7 Pohybové aktivity u obezity	12
2 MOŽNOSTI ZAŘAZENÍ TÉMATIKY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY VE VÝUCE NA SŠ.....	13
3 VÝUKOVÉ METODY	14
3.1 AKTIVIZAČNÍ METODY	16
3.2 KLASIFIKACE AKTIVIZAČNÍCH METOD	17
3.2.1 Problémové vyučování	17
3.2.2 Hry	19
3.2.3 Diskusní metody	20
3.2.4 Situační metody	22
3.2.5 Inscenační metody	23

3.2.6 Speciální metody.....	23
4 METODIKA.....	25
4.1 AKTIVIZAČNÍ METODY POUŽITÉ V DIPLOMOVÉ PRÁCI.....	25
4.2 NÁVRHY JEDNOTLIVÝCH AKTIVIT.....	26
4.3 OVĚŘENÍ V PRAXI	33
4.4 DOTAZNÍK	34
5 VÝSLEDKY OVĚŘENÍ	36
5.1 HODNOCENÍ VSTUPNÍCH DOTAZNÍKŮ.....	36
5.1.1 Vyhodnocení otázky č. 1	36
5.1.2 Vyhodnocení otázky č. 2	37
5.1.3 Vyhodnocení otázky č. 3	38
5.1.4 Vyhodnocení otázky č. 4	39
5.2 HODNOCENÍ VÝSTUPNÍCH DOTAZNÍKŮ	40
6 DISKUSE	41
6.1 OVĚŘOVÁNÍ NAVRŽENÝCH AKTIVIT V PRAXI.....	41
6.2 VYHODNOCENÍ VÝSLEDKŮ Z DOTAZNÍKŮ	43
6.3 SROVNÁNÍ PRACÍ ZAMĚŘENÝCH NA PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY	43
6.4 SROVNÁNÍ PRACÍ ZAMĚŘENÝCH NA AKTIVIZAČNÍ METODY VE VÝCHOVĚ KE ZDRAVÍ.....	44
ZÁVĚR.....	45
RESUMÉ.....	46
SEZNAM LITERATURY	47
SEZNAM PŘÍLOH	49
PŘÍLOHA 1	I
PŘÍLOHA 2	II

ÚVOD

Tato diplomová práce se zabývá využitím aktivizačních metod v rámci výuky tématu "Poruchy příjmu potravy" na SŠ. Cíle práce jsou následující: zpracovat problematiku vyučovacích metod s důrazem na aktivizační metody a teoreticky zpracovat problematiku poruch příjmu potravy (PPP). Dále pro jednotlivé aktivizační metody zpracovat návrhy aktivit zaměřených na PPP a navržené aktivity ověřit v praxi a výsledky zpracovat a zhodnotit.

Výsledkem bude vytvořený didaktický manuál pro učitele, kteří chtějí zařadit téma poruch příjmu potravy do výuky biologie nebo výchovy ke zdraví.

Jelikož se autorka ve volném čase zabývá primární prevencí této problematiky na ZŠ a SŠ, uvědomuje si vážnost jednotlivých onemocnění.

1 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

1.1 CHARAKTERISTIKA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Poruchy příjmu potravy jsou jedním z nejčastějších a nejzávažnějších onemocnění, postihující dospívající dívky, mladé ženy i muže. Obtíže způsobují nejen postiženým jedincům, ale i jejich sociálnímu okolí. Komplexní charakter těchto onemocnění je staví na pomezí psychiatrie, nutričního lékařství, psychologie, sociologie a dalších oborů. Symptomatologie poruch má svůj logický vývoj, biologický, osobní a sociální význam. Nevhodné jídelní postoje a nesprávné jídelní návyky přinášejí nemocným uspokojení. Změna v jídlu a ve výživě je velkým zásahem do složité fyziologie organismu, která může mít dlouhodobé psychické důsledky. Nemocní vyhledávají léčbu v různých fázích poruchy a mají od ní různá očekávání. Může tedy nastat celá řada problémů (Krch et al. 2005).

1.1.1 MENTÁLNÍ ANOREXIE (ANOREXIA NERVOSA)

Nemocní snižují tělesnou hmotnost, omezují energetický příjem a zvyšují energetický výdej. Panuje u nich strach z tloušťky, věnují intenzivní pozornost k vlastnímu vzhledu a váze (Krch 2002). Mají pokřivenou představu o svém těle, neustále se zhlíží v zrcadle a kontrolují místa, kde se ukládá tuk (Crook 1995). Nechutenství a oslabená chuť k jídlu je důsledek dlouhodobého hladovění. Dochází ke zvýšenému zájmu o jídlo, nemocní rádi sbírají recepty a rádi vaří pro druhé (Krch et al. 2005).

K diagnostickým kritériím řadíme tělesnou hmotnost (udržovaná nejméně 15 % pod předpokládanou úroveň) nebo Body Mass Index (17,5 a nižší) (Krch et al. 2005).

Specifickými typy mentální anorexie jsou nebulimický a bulimický typ. U nebulimického (restriktivního) typu nedochází během epizody mentální anorexie k opakovaným záchvatům přejídání. U bulimického (purgativního) typu během epizody mentální anorexie k opakovaným záchvatům přejídání dochází (Krch et al. 2005).

Na vzniku mentální anorexie a jejím rozvoji se podílí celá řada faktorů. Například nejistota dospívání posílena nějakým traumatem, nevhodné jídelní návyky v rodině, příliš velká soutěživost v rodině, tlak médií na představy a životní vzory, hubnoucí ideál krásy, úzkostnost a přílišná ctižádostivost (Krch 2002). Dalším faktorem je perfekcionismus. Dívky s těmito rysy se snaží být nejlepší ve škole, mají vysoké požadavky na svoji osobnost a extrémně dodržují diety (Papežová 2010).

U mentální anorexie se můžeme setkat s celou řadou zdravotních komplikací. Jako příklad kardiovaskulárních komplikací můžeme uvést bradykardii (zpomalení srdeční

frekvence). Pokud pacienti nadužívají diuretika a laxativa (projímadla), dochází k narušení elektrolytové rovnováhy a k srdečním arytmiím, které mohou vést k srdeční zástavě. K častým gastrointestinálním komplikacím pak patří bolesti břicha, dilatace žaludku, nevolnost. Zpomaluje se proces vyprazdňování žaludku, který vede k pocitům plnosti a nadmutosti. Také může docházet k zácpě nebo průjmům. Onemocnění mohou provázet také kosterní komplikace, jako je osteoporóza, při které může docházet ke zlomeninám. Endokrinní komplikací je ztráta menstruačního cyklu (amenorea). Při dlouhém trvání amenorey se objevuje neschopnost otěhotnět (infertilita). Dále sem řadíme také poruchy štítné žlázy. Objevuje se i anémie z nedostatku železa ve stravě, kterou řadíme mezi hematologické komplikace. K metabolickým komplikacím řadíme zhoršenou regulaci tělesné teploty. A v neposlední řadě nemoc provázejí dermatologické komplikace, jako jsou suchá šupinatá kůže, modřiny, vypadávání vlasů nebo špatná kvalita nehtů (Krch et al. 2005, Papežová 2010).

1.1.2 MENTÁLNÍ BULIMIE (BULIMIA NERVOSA)

Jedná se o poruchu, kterou charakterizují opakující se záchvaty přejídání spojené s chorobným strachem z tloušťky (Krch et al. 2005). Riziko přejedení zvyšuje pravidelný cyklus hladovění, zvracení a užívání projímadel (Krch 2002).

Diagnostickým kritériem je nepotlačitelná touha se přejídat s neustálým zabýváním se jídlem. V další fázi nastupuje pocit ztráty kontroly nad jídlem a úmyslné vyvolávání zvracení s nepřiměřenou kontrolou tělesné hmotnosti (Krch et al. 2005).

U mentální bulimie rozlišujeme následující dva specifické typy – purgativní typ a nepurgativní typ. Pacient s purgativním typem pravidelně používá zvracení, zneužívá laxativa (projímadla) nebo diuretika, aby zabránil zvýšení hmotnosti. Pacient s nepurgativním typem používá přísné diety, hladovky nebo intenzivní fyzické cvičení, ne však pravidelné purgativní metody (Krch et al. 2005).

Faktory, které se podílejí na vzniku a rozvoji mentální bulimie, jsou shodné s mentální anorexií (Papežová 2010, Krch et al. 2005, Krch 2008).

Zdravotní komplikace u mentální bulimie se shodují s mentální anorexií. Zvracení, které nemocní vyvolávají prstem či různými předměty, může způsobit zranění krku, které je velmi bolestivé a život ohrožující. Žaludeční šťávy vyleptávají zubní sklovinu a stěny jícnu. Nejzávažnější komplikací je možné prasknutí jícnu. Dalším důsledkem zvracení bývají otoky slinných žláz pod čelistí, které způsobují dojem opuchlého obličeje. Dochází

také k narušení rovnováhy tělesných tekutin a solí s následným nadměrným zatížením srdce a ledvin. Objevují se neurologické komplikace od křečí a závratí až po ztrátu vědomí. Pokud nemocní používají laxativa (projímadla) a diuretika, opět se narušuje rovnováha tělesných tekutin a solí. Na projímadlech se vytváří závislost a nemocní zvyšují dávky, které pak způsobí komplikace v tlustém střevě (Krch 2002).

1.1.3 OBEZITA

Definice obezity, kterou uvádí Marinov et al. (2012), říká, že jde o nadměrné ukládání tělesného tuku v organismu obvykle spojené s vzestupem hmotnosti.

Při obezitě stoupne tuková rezerva nad obvyklou úroveň a poškozuje zdraví. U dospělých jedinců považujeme za obezitu stav, kdy je hodnota BMI (Body Mass Index, vypočítaná jako tělesná hmotnost dělená druhou mocninou tělesné výšky) vyšší než 30 jednotek. U dětí toto kritérium použít nemůžeme, protože BMI se během dětství a dospívání mění. Používají se proto percentilové grafy. Statistika udává, že se dětská obezita objevuje u 5 – 10 % dětské populace. Příčinou obezity je nedostatek pohybové aktivity a nesprávné stravovací návyky. Nemocní jedinci tráví čas pasivním sledováním televize nebo zábavou na počítači. Zvýšené psychické nároky populace vedou k zvýšenému příjmu potravy ve večerních hodinách (Marinov et al. 2012).

Obezita je spojena s výskytem závažných onemocnění. K častým metabolickým komplikacím řadíme diabetes mellitus 2. typu a poruchu metabolismu lipidů. Jako příklad kardiovaskulárních komplikací můžeme uvést zvýšený krevní tlak, ischemickou chorobu srdeční, cévní mozkové příhody, křečové žíly. Gynekologickou komplikací u žen bývá porucha menstruačního cyklu. Mezi ortopedické komplikace patří degenerativní onemocnění kloubů a páteře. Velmi časté jsou respirační obtíže. U obézních pacientů se objevují i kožní komplikace jako jsou strie, ekzémy, mykózy. A v neposlední řadě je zaznamenáván zvýšený výskyt nádorových onemocnění (Hainer et al. 2011). Obtíže psychické jako je nízké sebevědomí a sebeuplatnění se vyskytují u dospělých i dětských jedinců. Mohou přibývat deprese i sociální izolace (Marinov et al. 2012).

1.1.4 BIGOREXIE (ADONISŮV KOMPLEX)

Nemocní jsou posedlí vlastním vzhledem, usilují o dosažení nereálných tělesných proporcí. Připadají si nedostatečně svalově vyvinutí (Kulháněk 2014). Provází je nízké sebevědomí a vyšší sklon k perfekcionismu (Krch 2008). Bigorektiky spojuje závislost na

posilování, užívání velkého množství bílkovinných, sacharidových suplementů a anabolických steroidů (Kulhánek 2014). Většinou dochází k sociální izolaci a omezení jiných zájmů. Tato diagnóza se nejvíce objevuje u dospívajících a dospělých mužů, kteří jsou extrémně zaujati vlastní muskulaturou (Papežová 2010). Priorita nemocných je svalnatá postava, které se snaží docílit silovým posilováním. Snižují frekvenci aerobního tréninku ze strachu o svalovou hmotu. Pokud dojde k zranění během silového tréninku, nedodržují rady lékařů, aby snížili frekvence tréninků. Nemocní se často vzhlíží v zrcadle a kontrolují, zda mají velké svaly (Murray et Baghurst 2013).

Příčinou vzniku bigorexie je rostoucí popularita kulturistiky (Mosley 2009).

Při podávání anabolických steroidů dochází k poškození srdce a jater. Dále se objevují abnormality v lipidovém spektru, gynekomastie (zvětšení prsní žlázy), hypertrofie gonád (zvětšení pohlavních žláz), neplodnost, psychické změny, imunosuprese (snížení imunity). U žen se projevuje maskulinizace (projevy mužských pohlavních znaků), akné, hirsutismus (ochlupení žen na místech, kde se typicky vyskytuje mužské) a ztráta menstruačního cyklu (Dhar et al. 2005). Mění se i složení mikroflóry v dutině ústní a může docházet k zánětům ozubice (Brusca et al. 2014).

1.1.5 DRUNKOREXIE

Nemocní opakovaně snižují příjem potravy, aby si mohli dovolit pít více alkoholických nápojů. Nemocní si velmi dobře uvědomují, že alkohol je energeticky vydatný, proto extrémně snižují příjem kalorií v potravě. Důvodem k tomuto jednání je nespokojenost s vlastní postavou a touhou po štíhlosti. Nemocní se také snaží o výdej energie na diskotéce a kombinují alkohol s energetickými nápoji (Kulhánek 2014).

Stav opilosti nastává brzy i po malých dávkách alkoholu, může hrozit i otrava alkoholem. Účinky alkoholu u dospívajících dívek a chlapců jsou mnohem závažnější než u dospělé populace. Alkohol snadno proniká k tělesným orgánům, nejvíce jsou ohrožená játra. U dospívajících jedinců odbourávají játra alkohol pomaleji než u dospělých. Dochází k prudkému vzestupu krevního tlaku a roste riziko cévní mozkové příhody. Imunitní systém je oslaben, hrozí častější infekční onemocnění. Po opakovaných stavech opilosti přichází deprese, pocit úzkosti, poruchy paměti a spánku (Nešpor et Csémy 2003).

1.1.6 ORTHOREXIE

Tuto poruchu charakterizuje patologická posedlost zdravým stravováním. Nemocní se snaží ze svého jídelníčku vyloučit potraviny, které obsahují chemická hnojiva nebo jiné škodlivé látky (Zamora et al. 2005). Postupně ztrácí sociální vztahy, protože je zaměstnává neustálé dlouhé plánování, nákup a příprava jídla. Vyznačují se perfektní kázní a pocitem morální nadřazenosti nad ostatními, kteří nejedí správně. Nekonečné pátrání po dietní dokonalosti může vést k anémii, osteoporóze atd. (Arhire 2015). V počátku nemoci se objevuje jen touha zhubnout nebo zlepšit zdraví organismu. Později se složení stravy stává nejdůležitější prioritou života. Orthorexie se nejčastěji objevuje v rozvinutých zemích (Zamora et al. 2005).

1.2 RIZIKOVÉ OBDOBÍ PRO VZNIK PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

1.2.1 OBDOBÍ PRO VZNIK MENTÁLNÍ ANOREXIE, MENTÁLNÍ BULIMIE, DRUNKOREXIE, ORTHOREXIE

Významným rizikovým obdobím je zde především puberta, kdy dochází k dramatickým tělesným a hormonálním změnám. Dívky bývají oproti chlapcům vnitřně nejistější. Provázejí je obavy, zda jsou nebo nejsou oblíbené v kolektivu. V průběhu dospívání se u dívek sebevědomí zvyšuje, ale až do dospělosti zůstává nízké hodnocení vlastního těla. U rizikových jedinců má vliv i separace od rodiny, kdy dochází k narušení jídelních zvyklostí (Krch et al. 2005). Pokud se PPP rozvine v tomto období, odsouvá se, nebo se úplně zastaví proces dospívání a osamostatnění (Papežová 2010).

Výjimkou pro vznik PPP není ani mladší školní věk (Papežová 2010). Mentální anorexie se vyskytuje už u 6 až 7 letých dětí. Nízká tělesná hmotnost u dětí ohrožuje jejich tělesný růst a následky mohou být nezvratné (Krch et al. 2005).

Další kritické období přichází s novou rolí ženy, matky. Pokud v pubertě není PPP léčena nebo doléčena, dochází během těhotenství k zhoršení symptomů. Ženy pociťují strach ze ztráty kontroly nad hmotností a snaží se zabránit vzrůstu tělesné váhy. Těmto ženám se můžou rodit děti s nižší porodní hmotností, vyšším výskytem vrozených vývojových vad a častější úmrtností při porodu. Pokud nemocná žena otěhotní v důsledku uměle vyvolané ovulace, může hrozit spontánní potrat. Existují i výzkumy, které potvrzují, že období mateřství bylo spouštěcím vlivem pro vznik PPP, v souvislosti se změnami tělesné hmotnosti, těla a postavy v těhotenství (Papežová 2010). Mnoho nemocných matek se snaží po porodu rychle zhubnout. Jejich patologické zaměření na jídlo, tělesnou

hmotnost a postavu oslabuje vnímavost k potřebám dítěte. Pocity nespokojené matky vedou k patologickému požadavku submisivního a dokonalého dítěte. Podle výzkumů hrozí možnost, že dítě nemocné matky bude také trpět PPP. Narušení rodičovské role se odráží i v narušení manželské nebo partnerské role. U mentální anorexie se projevuje výrazně snížený zájem o sex v důsledku snížené činnosti pohlavního systému (Krch et al. 2005). Pokud žena nemá ráda své tělo, cítí se v intimních situacích velmi nepříjemně (Crook 1995).

1.2.2 OBDOBÍ PRO VZNIK OBEZITY

Obezita se může vyskytovat už u předškolních dětí. Faktory pro vznik obezity nacházíme už v kojeneckém období. Děti, které nejsou kojené, ale dostávají umělou výživu, mohou být později obézní. Umělá výživa oproti mateřskému mléku má vyšší energetickou hodnotu, obsahuje více bílkovin a méně nenasycených mastných kyselin. Dalším vlivem je předčasné nahrazování mléčné stravy za průmyslově vyráběné příkrmy a pití slazených nápojů. Na děti velmi působí reklama s podporováním stravování ve fast-foodech. Konzumací těchto jídel a vynechávání pohybové aktivity dochází k nárůstu tukových zásob. Problém nastává ve chvíli, kdy je jeden z rodičů obézní. Dítě se pak utvrzuje v názoru, že být obézní je normální. V dospívání většinou chybí režim a pravidelnost v jídle. Děti nesedí při jídle u stolu s rodiči, ale jedí u počítače nebo televize. Adolescenti vynechávají snídani, odmítají svačiny od rodičů a oběd ve školní jídelně. Tuto situaci řeší nákupem nevhodných potravin z automatů nebo školních bufetů (Marinov et al. 2012).

V dospělosti většinou přetrvávají nevhodné stravovací návyky. V rámci práce se přidávají služební cesty, při kterých rizikovní jedinci nejsou schopni kontrolovat příjem potravy. Téměř denně se stravují v restauracích nebo fast-foodech. S tímto stylem stravování přijímají větší porce jídel, než jejich tělo potřebuje. Při přepravě do zaměstnání nebo ve volném čase dávají lidé přednost automobilu nebo hromadné dopravě. Odpadá tedy pohybová aktivita při chůzi. Při využívání moderní techniky se omezuje i fyzická aktivita v domácnosti nebo v práci (Hainer et al. 2011).

Kritické období u žen pro vznik obezity je opět mateřství. Většina žen změni životní styl, dochází k poklesu pohybové aktivity a zvýšené konzumaci nevhodných jídel z nedostatku času (Hainer et al. 2011). Z výzkumů vyplývá i negativní vliv nikotinu v těhotenství na rozvoj dětské obezity a vyšší novorozenecké hmotnosti. Negativně působí

i trans nenasycené mastné kyseliny v těhotenské výživě. Chronická obezita u těhotných je také spojovaná s čtenějším výskytem vrozených vývojových vad (Marinov et al. 2012).

1.2.3 OBDOBÍ PRO VZNIK BIGOREXIE

Nejrizikovější je období dospívání a adolescence. Většina mužů věnuje nadměrný zájem svým tělesným proporcím, fyzickému vzhledu a výkonu. Dlouhodobá nadměrná sebekontrola vede k extrémům ohrožující zdraví. Na předávkování steroidními hormony zemřelo mnoho dospívajících chlapců chodících do posiloven (Krch 2008).

1.3 MOŽNOSTI LÉČBY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Hlavní nesnází při práci s osobou nemocnou poruchou příjmu potravy je ta, že si pacienti nepřipouštějí onemocnění jako problém. Nemoc používají spíše jako řešení svých osobních a vztahových problémů. Snaha o obranu poruchou příjmu potravy je dysfunkční, protože z ní vyplývají další závažné problémy. Pacienti s mentální anorexií, mentální bulimií a drunkorexií jsou k léčbě ambivalentní, panuje u nich strach ze ztráty kontroly z přibírání (Krch et Švédová 2013).

Léčba poruch příjmu potravy je náročná a vyžaduje spolupráci odborníků. Do léčby by měl být zapojen psychiatr (psychofarmakoterapie, event. psychoterapie) a psycholog (vyšetření specifické psychopatologie, event. psychoterapie), psychoterapeut (individuální, rodinná, skupinová terapie, práce s tělem), nutriční specialista, zdravotní sestry, popř. sociální pracovník a podle povahy zdravotních problémů a následků např. internista, gynekolog, endokrinolog, gastroenterolog. U pacienta by měl být zdůrazňován význam psychoedukace, tj. poučení o povaze a následcích nemoci, možnostech léčby a motivační terapie (Krch et Švédová 2013).

1.3.1 PSYCHOFARMAKOTERAPIE

Psychofarmaka jsou používána jako podpůrná metoda ve spojení s účinnou psychoterapií. Jedná se o antidepresiva, anxyolitika, léky stimulující chuť k jídlu a antipsychotika (Krch et Švédová 2013). V některých případech není tato léčba nutná nebo užitečná. U pacientů je třeba brát v úvahu i vedlejší účinky léků (Krch et al. 2005).

1.3.2 HOSPITALIZACE

Důvodem hospitalizace nemocných je potřeba jejich lékařské stabilizace. V těchto případech je nemocniční léčba nezbytná a není nutné vyžadovat závazek pacienta, že se vyléčí z poruchy příjmu potravy. Pokud je ale hospitalizace zamýšlena jako důležitý krok v procesu uzdravení, musí se pacient zavázat k aktivní spolupráci. Hospitalizace je indikována v těchto případech: 1. nezbytnost návratu k normální hmotnosti nebo přerušení trvalého úbytku hmotnosti u vyhublých pacientů; 2. přerušování záchvatů přejídání, zvracení či zneužívání projímadel; 3. zhodnocení a léčba vážných zdravotních komplikací; 4. léčba některých přidružených stavů, jako je těžká deprese, riziko sebepoškozování nebo zneužívání psychoaktivních látek (Krch et al. 2005).

1.3.3 PSYCHOTERAPIE

Nejvíce je zkoumána účinnost klasické kognitivně-behaviorální terapie, která zahrnuje různé přístupy, např. psychoterapii zaměřenou na zlepšení tělesného sebepojetí, sebedůvěry, trénink asertivity a sociálních dovedností, změna patologických jídelních postojů, myšlenek a pocitů. Na této terapii jsou založeny i svépomocné manuály pro nemocné a jejich rodiny (Krch et Švédová 2013).

Existují i svépomocné skupiny, které poskytují emocionální podporu a motivaci nemocným i jejich rodinám. Mohou sloužit jako místo prvního kontaktu, doplňková metoda léčby i v roli prevence (Krch et Švédová 2013).

Porozumět hlubším příčinám onemocnění pomáhá psychoanalytická a psychodynamická terapie (Krch et Švédová 2013).

U dětí a mladších adolescentů je nezbytné do léčby zapojit celou rodinu (Krch et Švédová 2013). Zvláště tam kde jsou v popředí rodinné konflikty nebo dysfunkční role v rodině (Krch et al. 2005).

1.3.4 NUTRIČNÍ TERAPIE A PORADENSTVÍ

Nutriční terapeut poskytuje pacientům informace o výživě a zhodnocuje jejich nutritivní stav. Následně pomáhá pacientovi nastolit pravidelný jídelní režim a učí ho, které potraviny do jídelníčku patří a které nepatří. Přístup terapeuta je vždy individuální (Krch et Švédová 2013).

1.3.5 SOCIÁLNÍ ZAČLEŇOVÁNÍ

U nemocných poruchou příjmu potravy dochází k sociálnímu stažení a k sociálním deficitům. Chybí zájem o kontakt s opačným pohlavím a věku odpovídající sociální aktivity. Proto by se sociální začleňování nemělo opomíjet v komplexní léčbě (Krch et Švédová 2013).

1.3.6 TERAPEUTICKÉ TECHNIKY

Pacienty s poruchou příjmu potravy je důležité naučit, aby měli rádi své tělo a uměli vyjádřit své pocity. Terapeut využívá relaxačních masáží, dechových cvičení, tance, kreativního pohybu, strečinku, jógy a různých her. Tělesné pocity mohou pacienti vyjádřit při arteterapii v kresbách, kolážích nebo malbě (Krch et al. 2005).

1.3.7 POHYBOVÉ AKTIVITY U OBEZITY

U pacientů s obezitou je organismus v permanentním přetížení. Měla by být provedena edukace pacienta, aby se lépe orientoval v různých druzích pohybového režimu. Pravidelná pohybová aktivita by měla pacientovi přinášet uspokojení, radost, zlepšení fyzické kondice. Nejdůležitějším přínosem je odbourávání tukových zásob a předcházení civilizačním chorobám. Pohybové aktivity, by měly být vybírány podle psychické, praktické a fyzické připravenosti. Vzhledem k riziku poškození nosných kloubů dolních končetin se nejčastěji doporučuje chůze, plavání, cyklistika, tanec, běh na lyžích, bruslení a nordic walking (chůze s holemi). Později se může zařadit silový trénink. Vhodnou alternativou silového tréninku je funkční trénink s využitím balančních pomůcek (gymnastický míč, BOSU), jednoručních činek nebo TRX (total-body resistance exercise) (Marinov et al. 2012).

2 MOŽNOSTI ZAŘAZENÍ TÉMATIKY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY VE VÝUCE NA SŠ

Kurikulární politika zformulovala v Národním programu rozvoje vzdělávání v ČR (tzv. bílé knize) zákon o středním vzdělání. Systém vzdělávání jako celku formuje NPV (Národní program vzdělávání), na který navazuje RVP (Rámcový vzdělávací program). RVP zdůrazňuje klíčové kompetence, jejich provázanost se vzdělávacím obsahem a uplatnění získaných dovedností a vědomostí v praktickém životě (RVP 2007).

Tématiku PPP bychom zařadili do vzdělávací oblasti Člověk a příroda, konkrétní vzdělávací obor biologie, učivo biologie člověka. Studenti využívají znalosti o orgánových soustavách pro pochopení vztahů mezi procesy probíhajícími v lidském těle. Během vzdělávání se u studentů utváří klíčové kompetence. Studenti se snaží správně formulovat problém a následně hledají odpověď a řešení. Ochraňují své zdraví i zdraví ostatních lidí (RVP 2007).

První možné zařazení tématiky PPP je k učivu o trávicí soustavě, látkovém metabolismu a výživě člověka. Student musí umět popsat stavbu trávicí soustavy, pochopit trávení potravy a následné vstřebávání. Dále by se měl orientovat v metabolismu sacharidů, tuků, bílkovin a energetickém metabolismu. Dokáže popsat pyramidu zdravé výživy. Vyjmenuje důležité složky stravy a jejich význam pro člověka. Další možné zařazení tématiky PPP je k učivu věnovanému ontogenetickému vývoji. Jaké období ontogenetického vývoje je nejrizikovější pro vznik poruch příjmu potravy, je detailně popsáno v kapitole č. 1.

Tématiku PPP bychom také zařadili do vzdělávací oblasti Člověk a zdraví, konkrétní vzdělávací obor Výchova ke zdraví. Vzdělávání studenty směřuje především k hlubšímu poznávání rizikového a nerizikového chování. K utváření klíčových kompetencí přispívá odpovědnost za zdraví, zařazování správného stravování a pohybu, schopnost diskutovat o problematice a hledat řešení (RVP 2007).

Zařazení tématiky je možné k učivu o zdravém způsobu života a péči o zdraví, změnách v životě a jejich reflexi, rizicích ohrožujících zdraví a jejich prevenci (RVP 2007).

3 VÝUKOVÉ METODY

Výukové metody jsou velmi úzce spojeny s osobností učitele a žáků. Odrážejí jejich postoje, názory i zkušenosti a tím se přizpůsobují aktuálním potřebám. Oproti organizačním formám představují výukové metody dynamický prvek ve výuce a mohou se přizpůsobovat novým cílům. Ve výchovně – vzdělávacím systému jsou výukové metody jen jedním z prvků, a proto nemohou nahradit chybějící obsah. Výukové metody mají především funkci informační vazby mezi učitelem a žákem. Žák se také učí osamostatňovat a vytváří si vlastní učební styl a pozitivní přístup k trvalému vzdělávání (Maňák et Švec 2003).

Výukovou metodu chápeme jako cestu k dosažení edukačních cílů. Dochází k vzájemné spolupráci, kdy učitel akceptuje psychologické, sociální a somatické individuální zvláštnosti žáka a žák se svobodně ztotožňuje s edukačním cílem (Kalhous et al. 2002, Skalková 2007).

Je několik kritérií, které by měla výuková metoda splňovat, aby byla didakticky účinná (Mojžíšek 1975 cit. v Kalhous et al. 2002):

1. Je informativně nosná
2. Je formativně účinná
3. Je racionálně a emotivně působivá
4. Respektuje systém vědy a poznání
5. Je výchovná
6. Je přirozená ve svém průběhu a důsledcích
7. Je použitelná v praxi
8. Je adekvátní žákům
9. Je adekvátní učiteli
10. Je didakticky ekonomická
11. Je hygienická

Učitel by se měl vyvarovat stereotypnímu používání výukových metod, které vede k apatii u žáků a nejsou dosaženy edukační cíle. Učitel při plánování vyučovací hodiny promyslí nejvhodnější metodu pro stanovení cíle, analýzy obsahu učiva, dále také na

základě znalostí a zkušeností žáků i jeho osobní zkušenosti (Skalková 2007). Při rozhodování je velmi důležitý vztah mezi učitelem a žákem., jejich pedagogická interakce (Maňák et Švec 2003).

V didaktické teorii se učitel setkává s celou řadou pokusů o klasifikaci výukových metod. Příkladem může být klasifikace dle Maňáka et Švece (2003):

A. Klasické výukové metody

1. Metody slovní – vysvětlování, výklad, přednáška, rozhovor, dialog
2. Metody názorně demonstrační – pozorování předmětů a jevů, předvádění pokusů a modelů, demonstrace statických obrazů, projekce statická a dynamická
3. Metody praktické – nácvik pohybových a pracovních dovedností, laboratorní činnosti žáků, pracovní činnosti v dílnách a na pozemku, grafické a výtvarné činnosti

B. Aktivizační výukové metody

1. Diskusní metody
2. Situační metody
3. Inscenační metody
4. Didaktické hry
5. Specifické metody

C. Komplexní výukové metody

1. Kooperativní vyučování
2. Individuální vyučování
3. Párové vyučování
4. Projektové vyučování
5. Hypnopedie
6. Výuka dramatem
7. Televizní výuka
8. Učení v životních situacích

3.1 AKTIVIZAČNÍ METODY

Správný učitel by měl navozovat podmínky pro co nejefektivnější procesy učení. Vždy volí nejvhodnější vyučovací metodu, didaktické prostředky a pomůcky (Kalhous et al. 2002). Umí studenty efektivně motivovat k učení a dává tématům „osobní rozměr“. Motivace napomáhá procesu učení tím, že zvyšuje pozornost, duševní úsilí i odhodlání čelit obtížím (Petty 2004).

Aktivizační metody kladou velký důraz na osobní prožitek. Student si zapamatuje mnohem více, pokud využije v procesu expozice více smyslových orgánů (Kotrba et Lacina 2007, 2010). Výuka je vedena tak, aby bylo dosaženo výchovně – vzdělávacích cílů hlavně na základě vlastní učební práce žáků, přičemž se klade důraz na myšlení a řešení problémů (Maňák et Švec 2003). Pozitivní přínos aktivizačních metod je i ve změně vztahů mezi učitelem a žáky. Učitel se nevzdává dominantní role, ale dává větší prostor žákům k seberealizaci a rozvoji. Žáci se lépe poznávají i mezi sebou a mohou se zlepšit vztahy ve třídě. Aktivizační metody učí žáky vzájemné spolupráci. Rozvíjí se komunikační a prezentační dovednosti. Žáci jsou nuceni o problematice přemýšlet a prezentují své názory před ostatními (Kotrba et Lacina 2007, 2010). Aktivní seberealizací žáků vůči společenskému prostředí se škola víc propojuje s reálným životem. Škola se tak stává pro žáky zajímavější a přitažlivější (Maňák et Švec 2003).

Při zavádění aktivizačních metod do školní výuky na středních školách se můžeme setkat s některými překážkami. Na straně učitele se může jednat o nedostatek zkušeností s vytvářením podkladů pro realizaci aktivizačních metod nebo nedostatek informačních zdrojů v podobě odborné literatury zabývajících se danou tematikou. Velice významnou roli hraje vztah učitele k samotným žákům a také zda je v třídním kolektivu učitel oblíbený a má respekt. Také může nastat situace, že žáci budou brát aktivizační metody jako úlevu z tradiční formy vyučování. V tomto případě by měli učitelé na začátku realizace zdůraznit, že vědomosti jsou předávány pouze jinou formou. Překážky mohou nastat i ze strany vedení školy, tím že nebudou aktivizační metody podporovat. Z hlediska realizace aktivizační metody je nejmenší překážkou materiální vybavení a pomůcky. Učitel si vystačí s klasickou tabulí, křídami, nakopírovanými materiály, fixy, lepícími papírky atd. K vylepšení průběhu realizace může využít počítač, dataprojektor a další didaktickou techniku. Asi největší překážkou pro učitele je časová náročnost přípravy aktivizační metody a dodržení harmonogramu v tematickém plánu (Kotrba et Lacina 2007, 2010).

3.2 KLASIFIKACE AKTIVIZAČNÍCH METOD

Dělení aktivizačních metod dle Kotrby et Laciny (2007, 2010), podle tematického zařazení do kategorií:

- Problémové vyučování
- Hry
- Diskusní metody
- Situační metody
- Inscenační metody
- Speciální metody

3.2.1 PROBLÉMOVÉ VYUČOVÁNÍ

Základem aktivizačních metod jsou problémové úlohy. Aktivizační metody řeší a zpracují určitý problém (Kotrba et Lacina 2007, 2010). Student se učí pokusem a omylem, učí se ze svých úspěchů i nezdarů (Maňák et Švec 2003). Problémové vyučování od studentů vyžaduje samostatnost, aktivitu a produktivní myšlení. Důraz je kladen na myšlení, vytváření hypotéz, objevování a bádání. Tento typ vyučování vede ke kreativní činnosti. Problémová metoda podněcuje studenty k vědeckému zkoumání skutečnosti. Studenti zde uplatňují smyslové vnímání, teoretické poznávání, ale také poznávání empirické. Základem je i silná motivace účastníků (Kotrba et Lacina 2007, 2010).

Průběh řešení problémových úloh (Maňák et Švec 2003; Kotrba et Lacina 2007, 2010):

1. Vytvoření problémové situace – problémovou situaci navozuje většinou učitel
2. Analýza problémové situace – studenti poznávají známé, neznámé prvky a závislosti mezi nimi
3. Formulace problému – problém se formuluje pomocí otázky
4. Řešení problému – studenti řeší daný problém, odpověď na otázku
5. Verifikace řešení – ověření správnosti řešení
6. Zobecnění postupu řešení problému – zobecnění provádí učitel společně se studenty Dále následuje procvičování a upevňování nových poznatků.

Obecné dělení problémových úloh (Kotrba et Lacina 2007, 2010):

1. Skupinové řešení problému

Studenti se rozdělí do skupin a řeší stejný problém. Zástupci jednotlivých skupin prezentují své řešení. Učitel na závěr provede shrnutí všech řešení a přístupů. Není žádné striktní nařízení k postupu práce ve skupinách.

2. Individuální řešení problému

Učitel zadá problémovou úlohu a každý student se snaží individuálně vymyslet řešení. Může se jednat o jednoduché otázky, které vyžadují krátké zamyšlení až k složitým problémům, na které studenti potřebují domácí přípravu.

Metody problémového vyučování:

1. Analýza případové studie
2. Metody heuristické
3. Úloha samostatně sestavovaná
4. Úloha na předvídání

Analýza případové studie

Při vytváření se vychází z reálné události. Student se snaží situaci vyřešit a své argumenty obhájit. Na základě své obhajoby se učí diskutovat, přijmout názory ostatních, ale také rozvíjejí tvůrčí myšlení a teoretické znalosti (Kotrba et Lacina 2007, 2010).

Případová studie by měla mít konkrétní cíl. Hlavní cíl je vždy učit se samostatně, nezávisle myslet, rozhodovat se a jednat (Kotrba et Lacina 2007, 2010).

Další cíle (Pošvář cit.v Kotrba et Lacina 2007, 2010):

- Rozvoj a výcvik kooperačního učení studentů při práci v týmu.
- Vývoj dovedností hodnocení lidí a získávání návyků vedení lidí.
- Poznávání prostředí a problémů střetávání kultur v mezinárodních organizacích.
- Stimulace myšlení a učení studentů v biologických oborech a disciplínách.
- Rozvoj dovedností v psaní a používání případových studií.

Metody heuristické

Tyto metody můžeme označovat jako metody samostatného řešení problému. Student využívá své dosavadní vědomosti, dovednosti a objevuje nové poznatky a souvislosti. U studentů se rozvíjí myšlení, poznávací procesy a získávají intelektuální dovednosti (Kotrba et Lacina 2007, 2010). V současné výuce se klade důraz na využití heuristických metod, protože společnost vyžaduje aktivní a tvořivé osobnosti. Učitel studentům dané poznatky nesděljuje, ale vede je k samostatnému pátrání, hledání a objevování (Maňák et Švec 2003). Heuristická metoda se doporučuje zkušených učitelům, kvůli didaktické složitosti a časové náročnosti (Kotrba et Lacina 2007, 2010).

Řešení problému začíná zavedením nového pojmu s následným seznámením studentů s problémem. Dále studenti pracují samostatně, teoreticky hledají podstatné znaky. Na základě teoretických znalostí vypracují konkrétní úkol s využitím praktické činnosti v dílnách, laboratořích, odborných pracovnách (Kotrba et Lacina 2007, 2010).

Úloha samostatně sestavovaná

Učitel zadá jednoznačné podmínky úkolu a nechá studenty samostatně formulovat problém, nebo vyřešit úkol. Do těchto úloh patří veškeré domácí úkoly, cvičení, vypracování protokolů, psaní seminárních a slohových prací, výpočty, samostatné úkoly v biologických, chemických a fyzikálních praktikách, nebo také jazyková a mluvnická cvičení ve výuce cizích jazyků (Kotrba et Lacina 2007, 2010).

Úloha na předvídání

Studenti se snaží předvídat, k čemu může dojít, na základě podrobných informací od učitele. Učitel může oživit výuku pomocí otázky k zamyšlení nad danou tematikou (Kotrba et Lacina 2007, 2010).

3.2.2 HRY

Hra je považována za jednu z hlavních lidských činností. Hra podporuje projevovalání iniciativy a tvořivosti. Studenti musí dodržovat přesně stanovená pravidla a tím se učí sebekontroly (Skalková 2007). Správně nastavená hra zapojuje velmi

intenzivně studenty do výuky a přiměje je k velkému soustředění, jakého nelze dosáhnout pomocí žádné jiné výukové metody (Petty 2004). Učitel nejdříve musí hru metodicky připravit, aby splnila předem stanovený cíl (Kotrba et Lacina 2007, 2010).

Popis hry by měl obsahovat (Maňák cit.v Kotrba et Lacina 2007, 2010):

- a. název hry, autor
- b. pomůcky ke hře, nároky na vybavení, časová náročnost
- c. stručná a výstižná pravidla
- d. pedagogický cíl
- e. způsob hodnocení
- f. možné modifikace hry
- g. zvláštní poznámky
- h. náměty na diskusi se studenty

Didaktické hry a soutěže jsou vhodné pro opakování, procvičování učiva. Obecně dělíme hry na neinterakční (každý hráč hraje sám za sebe) a interakční (hráči na sebe vzájemně působí). Příkladem neinterakčních her mohou být křížovky, přesmyčky, kvízy, vědomostní a diagnostické testy, otázkové hry, pexeso, doplňovačky, slepé mapy, domino, různé deskové hry s úkoly, šifrované texty a další. Příkladem interakčních her jsou ekonomické hry, které se zaměřují na plánování strategií a taktik (Kotrba et Lacina 2007, 2010).

Přínos pexesa, které je vytvořené z probírané látky, je nesporný. Studenti zábavnou formou přiřazují různé pojmy a fakta k sobě. Dochází tak k prohloubení vědomostí a jejich lepšímu zapamatování. Na závěr hry je důležité shrnutí, zopakování správných řešení a případné vysvětlení nejasností (Kotrba et Lacina 2007, 2010).

3.2.3 DISKUSNÍ METODY

Diskuse znamená volně plynoucí konverzaci, při níž mohou studenti vyjádřit svůj názor a vyslechnout názory ostatních (Petty 2004). Student si během diskuse osvojí nové poznatky, naučí se správně komunikovat, pohotově reagovat, formulovat vlastní stanovisko a koncentrovat pozornost. Diskuse studenty nutí přemýšlet o názorech svých i názorech spolužáků. Velkou motivací, která ovlivňuje aktivitu studentů, je jejich sebehodnocení

a hodnocení druhých (Skalková 2007). Základem je přesná definice problému nebo rozporu a následná spontánnost diskutujících (Kotrba et Lacina 2007, 2010).

Učitel by měl diskusi připravit písemně. Nejprve formulovat problém, postup řešení, hlavní stěžejní body a časový harmonogram diskuse (Kotrba et Lacina 2007, 2010). Při průběhu se učitel snaží navodit vhodné podmínky pro rozvinutí bezprostředních vztahů mezi studenty a aktivizuje pasivnější. Učitel řídí diskusi tím, že udržuje orientaci k hlavnímu problému a nedopustí zesměšňování či nevhodnou útočnost. Na závěr provede shrnutí či doplnění mezer v tématu (Skalková 2007).

Velmi důležitý je zasedací pořádek ve třídě. Je potřeba, aby si studenti vzájemně viděli do tváře, proto je nejlepší utvořit kruh ze židlí nebo podkovu z lavic (Petty 2004).

Diskusních metod je celá řada. Krátká charakteristika těch nejznámějších:

Brainstorming (burza nápadů)

Nejvíce používaná diskusní metoda. Cílem je maximální produkce nových myšlenek a hypotéz, které vedou k vyřešení daného problému. Před začátkem je dobré uvolnit atmosféru třídy. Učitel napíše na tabuli nebo flipchart téma diskuse. Během brainstormingu se zaznamenávají všechny vyslovené nápady na tabuli. Platí přísný zákaz kritizování studentů mezi sebou nebo od učitele (Kotrba et Lacina 2007, 2010).

Brainwriting

Jedná se o písemnou obdobu brainstormingu. Doporučuje se tam, kde je vhodné odstranit psychické a komunikační bariéry. Většinou studenti napíší nápady na lístečky a připevní je na tabuli (Kotrba et Lacina 2007, 2010).

Diskuse ve spojení s přednáškou

Diskuse může proběhnout před přednáškou s cílem vzbudit zájem o nově probírané učivo. Ke zvýšení pozornosti studentů je vhodné zařadit diskusi v průběhu přednášky. Pokud chce učitel získat okamžitou zpětnou vazbu od studentů, jestli chápou nové učivo, je vhodné zařadit diskusi po přednášce (Kotrba et Lacina 2007, 2010).

Diskusní metody řadíme mezi metody dialogické (Kotrba et Lacina 2007, 2010). Dialogické metody významně aktivizují, jsou založeny na přímé interakci mezi vyučujícím a studenty nebo mezi studenty navzájem. Náleží sem i metoda rozhovoru (Skalková 2007).

Rozhovor

Spočívá v tom, že formou otázek a odpovědí osvětluje určitý jev, problém a vede studenty k novým poznatkům. Slouží k přípravě studentů na novou látku, k vlastnímu seznámení s novým učivem, k upevnování nově získaných poznatků, k průběžné kontrole stupně osvojení nových vědomostí. Můžeme tedy rozlišovat rozhovor vstupní, systematizující, upevňující a kontrolní. Jinou funkci plní tzv. heuristický rozhovor. Učitel klade studentům řadu otázek, které vedou k samostatnému odhalování nových vztahů, příčin jevů, hodnocení. Tuto metodu lze využít v rozhovoru problémového charakteru. Po navození problémové situace podněcuje učitel studenty otázkami k jejímu řešení (Skalková 2007).

3.2.4 SITUAČNÍ METODY

Tyto metody jsou založeny na problémové situaci, která vychází z reálné události, jež je třeba vyřešit. Jelikož má situace více možných řešení, je důležitý komplexní přístup (Kotrba et Lacina 2007, 2010).

Situační metody rozvíjejí komunikaci, tvůrčí myšlení, učí argumentovat a řešit příběhy z praxe (Maňák et Švec 2003).

Fáze řešení situace (Maňák et Švec 2003):

1. Volba tématu: jakých cílů chceme situací dosáhnout
2. Seznámení s materiály: studenti se musejí dozvědět o dané situaci co nejvíce informací prostřednictvím dokumentu, písemnosti, obrazů, TV nahrávky atd.
3. Vlastní studium případu: učitel by měl vytyčit sledované cíle a poskytnout úvodní pokyny
4. Návrhy řešení, diskuse: studenti si sdělují své názory, postupy řešení v průběhu diskuse a učitel všechny argumenty konfrontuje se skutečností

3.2.5 INSCENAČNÍ METODY

Podstatou inscenačních metod je sociální učení v modelových situacích, v nichž účastníci edukačního procesu jsou sami aktéry předváděných situací (Bratská cit. v Maňák et Švec 2003). Při realizaci se simuluje nějaká událost, v níž se kombinuje hraní rolí a řešení problému. Pro studenty inscenace znamená získat nové prožitky, prohloubit osvojené učivo, objasnit otázky lidských osudů, osvojit si adekvátní způsoby chování a jednání (Maňák et Švec 2003).

Obecné fáze inscenace (Maňák et Švec 2003):

1. Příprava inscenace: učitel stanoví cíle, konkretizaci obsahu, časový plán, rozdělí role a vytyčí postup
2. Realizace inscenace: jednotliví aktéři dostanou podrobné pokyny k zpodobení dané postavy
3. Hodnocení inscenace: učitel hodnotí bezprostředně po skončení inscenace a nechá prostor i pro hodnocení studenty

Inscenační metody můžeme dělit (Kotrba et Lacina 2007, 2010):

1. Strukturní inscenace
Všichni účastníci dostanou popis výchozí situace, role a úkolu. Učitel vytvoří přesný scénář a plán inscenace, ale do děje už nezasahuje.
2. Nestrukturní inscenace
Studenti dostanou od učitele pouze popis výchozí situace. Inscenace má improvizovaný charakter a ztvárnění situace záleží pouze na vybraných studentech. Učitel do průběhu nezasahuje.

3.2.6 SPECIÁLNÍ METODY

Tuto kategorii tvoří metody, které nelze zařadit do předchozích kategorií. Velkou skupinu tvoří kombinace předešlých metod (Kotrba et Lacina 2007, 2010).

Skupinová práce

Práce ve skupinkách vyžaduje aktivitu. Nesmělí studenti se nechají snadno přimět k plnění úkolu. Práce ve skupinkách znamená sebekontrolu, vzájemnou pomoc, rozvoj

komunikace, učení se tvořivosti, hodnocení, schopnosti syntézy a analýzy. Skupinová práce vede studenty k odpovědnosti za učení. Vytváří se skupinová loajalita, která studenty silně motivuje (Petty 2004).

U některých členů může docházet k pasivitě tím, že přenechají iniciativu ostatním. Tento problém řešíme tak, že učitel rozdělí studenty sám a vytvoří různorodé skupiny. Rozděluje studenty podle znalostí a zkušeností. Tím studentům umožní, aby se učili jeden od druhého. Skupiny vytvoří dvou až pětičlenné (Petty 2004).

Při plánování činnosti si nejdříve učitel určí cíle a časový limit. Činnost musí být konkrétní, jasná, přehledná. Musí být připraveny všechny pomůcky. Na začátku práce nechá studenty, aby si poradili s úkolem sami, ale zůstává v pohotovosti. Při průběhu obchází skupinky a kontroluje, popřípadě pomáhá. V závěru bude následovat shrnutí, zhodnocení a případná diskuse (Petty 2004).

4 METODIKA

4.1 AKTIVIZAČNÍ METODY POUŽITÉ V DIPLOMOVÉ PRÁCI

Nejprve byl stanoven a vytyčen cíl – čeho by se mělo pomocí aktivizační metody dosáhnout. Sama aktivizační metoda bude tvořit prostředek pro jeho dosažení. Pro každou aktivizační metodu byla vytvořena náplň. Jelikož se autorka v diplomové práci zabývá tématem poruch příjmu potravy, nechala se inspirovat problémy a skutečnostmi z reálného života. Výsledkem je metodický list pro učitele, který obsahuje popis dané aktivity, její cíl, pomůcky k realizaci a časové nároky.

V diplomové práci byly vybrány tyto aktivizační metody:

- Dialogická metoda – rozhovor: s cílem objasnit studentům charakteristiku PPP
- Diskusní metoda – brainstorming: učitel zjišťuje co nejvíce informací od studentů o PPP
- Diskusní metoda – diskuse, která navazuje na situační metodu: s cílem objasnit studentům příčiny vzniku a možnosti léčby PPP
- Situační metoda – práce s videodokumentem: s cílem objasnit studentům příčiny vzniku a možnosti léčby PPP
- Problémová metoda – skupinová práce: s cílem objasnit studentům zdravotní rizika PPP
- Inscenační metoda: s cílem zahrát reálný rozhovor s nemocným člověkem PPP
- Didaktická hra – pexeso s pojmy: s cílem procvičit získané znalosti o PPP

4.2 NÁVRHY JEDNOTLIVÝCH AKTIVIT

Rozhovor

Cíl: objasnit studentům charakteristiku poruch příjmu potravy

Časová dotace: 15 minut

Průběh:

Otázky do rozhovoru:

Mezi jaké nemoci řadíme poruchy příjmu potravy?

Jaké jsou rozdíly mezi psychickými nemocemi a infekčními nemocemi?

Kdo léčí psychické nemoci?

Uvědomuje si pacient svoji nemoc?

Týkají se nemoci jen ženské populace?

Jaké jsou rizikové období pro vznik poruch příjmu potravy?

Pokuste se charakterizovat mentální anorexii, mentální bulimii, obezitu, bigorexii, drunkorexii, orthorexii?

Učitel se během rozhovoru snaží na základě odpovědí studentů o upřesnění a vysvětlení jednotlivých otázek a pojmů. Zdůrazní délku průběhu nemocí a samotnou léčbu poruch příjmu potravy.

Situační metoda

Práce s tématickým videodokumentem

Cíl: příčiny vzniku mentální anorexie a dalších PPP, možnosti léčby pacienta s mentální anorexií a jaké jsou možnosti léčby u ostatních PPP

Časová dotace: 30 – 36 minut

Pomůcky: dataprojektor, PC s přístupem na internet

Průběh:

Zhlédnutí dokumentu o mentální anorexií v pořadu Diagnóza na ČT1 (16 minut). Dále bude následovat diskuse se zasedacím pořádkem v kruhu (15 – 20 minut).

Témata do diskuse:

Jaké pocity u studentů dokument vyvolal?

Jaké jsou možné příčiny vzniku mentální anorexie a dalších PPP?

Jak ovlivňuje společnost svět modelingu nebo vliv internetu, časopisů, televize?

Jak moc důležitá je role rodiny v dětství a dospívání?

Schází se rodiny společně u jídla?

Mají studenti zdravé sebevědomí – jak by reagovali na kritiku postavy nebo vzhledu?

Je sport součástí jejich životního stylu?

Vliv stresu?

Jak moc je důležitá role partnerství?

Jaké jsou možnosti léčby u pacienta s mentální anorexií a u dalších PPP?

Uměl by student pomoci svému nemocnému spolužákovi, u kterého se rozvíjí PPP, pokud ano, kde nebo u koho?

Problémová metoda

Skupinová práce

Cíl: podrobné seznámení se zdravotními komplikacemi u PPP

Časová dotace: 40 minut

Pomůcky: tabule, křídly, vytištěné obrázky lidského těla, propiska

Průběh:

Brainstorming na téma PPP: Učitel zjišťuje během krátké chvíle, jaké informace mají studenti o poruchách příjmu potravy. Učitel zahájí brainstorming tím, že na tabuli napíše poruchy příjmu potravy a nechá studenty, aby chodili psát pojmy k tématu. Během brainstormingu učitel nekritizuje a nehodnotí, nechává studentům volný prostor se vyjádřit.

Skupinová práce: Učitel rozdělí studenty do šesti skupin. Každé skupince rozdá obrázek lidského těla ženy i muže. Dále přiřadí jednotlivým skupinkám konkrétní nemoc: mentální anorexie, mentální bulimie, obezita, bigorexie, drunkorexie, orthorexie. Studenti

se budou snažit popsat zdravotní komplikace u přiřazené nemoci, pomocí popisků na obrázku lidského těla ženy i muže. Po skončení práce vyberou studenti svého mluvčího, který přečte výsledek skupinové práce před ostatními. Snaží se vyjmenovat zdravotní komplikace a vysvětlit příčiny vzniku.

Učitel opravuje případné chyby nebo doplňuje chybějící informace. Provede závěrečné shrnutí zdravotních komplikací u jednotlivých PPP.

Obrázky lidského těla: viz Přílohu 1.

Inscenační metoda

Cíl: zahrát reálný rozhovor s nemocným poruchou příjmu potravy

Časová dotace: 40 minut

Průběh:

Učitel rozdělí třídu na dvě skupiny. Skupiny si zvolí jednoho účinkujícího, který bude hrát přiřazenou roli. V první inscenaci budou role rodič – nemocné dítě, v druhé inscenaci budou role spolužák – nemocný spolužák. Úkolem inscenace je zahrát reálný rozhovor u přiřazených rolí. Skupiny dostanou čas na přípravu své role, učitel během přípravy funguje jako poradce. Cíle rozhovoru: Jak navázat dialog s nemocným PPP? Jak vhodně říci, že si všímáme určitých změn, které signalizují PPP? Jak zjistit příčinu vzniku PPP? Jak upozornit na možné zdravotní komplikace? Jak nabídnout vhodnou pomoc nemocnému, pokud si je vědom svých potíží? Během samotné inscenace učitel do rozhovoru nezasahuje, nechává inscenaci volně plynout. Spolužáci ve skupině mohou radit účinkujícím.

Na závěr bude následovat zhodnocení studentů a učitele při diskusi. Co studentům inscenace přinesla? Bylo těžké hrát role? Nastaly nějaké komplikace během realizace? Dozvěděli se studenti něco nového k tématu PPP. Učitel zhodnotí přípravu i samotnou inscenaci.

Didaktická hra

Pexeso s pojmy

Cíl: procvičení získaných znalostí o poruchách příjmu potravy

Časová dotace: 10 – 15 minut

Pomůcky: vytištěné pexeso, nůžky

Průběh:

Učitel rozdává každému studentovi připravené pexeso. Může použít jednu nebo obě varianty. Studenti se sami snaží přiřadit charakteristický popis nemoci s konkrétním názvem nemoci. Na závěr učitel zkontroluje správné přiřazení.

Varianta A

Mentální anorexie	NEMOCNÍ si myslí, že jsou tlustí. Odmítají potravu.
Mentální bulimie	NEMOCNÍ si myslí, že jsou tlustí. Nárazově se přejídají a následně zvracejí.
Obezita	NEMOCNÍ nevykonávají žádnou fyzickou aktivitu. Odmítají sportovat.

Bigorexie	NEMOCNÍ trpí pocitem malosti a slabosti. Extrémně posilují ve fitness centrech.
Drunkorexie	NEMOCNÍ si extrémně hlídají svoji váhu. Snižují příjem jídla na minimum, aby si mohli dovolit alkohol.
Orthorexie	NEMOCNÍ jsou posedlí po takovém stravování, které má zajistit dokonalé zdraví.

Varianta B

Mentální anorexie	NEMOCNÍ rádi vaří pro druhé. Denně kontrolují svoji váhu a vzhlíží se v zrcadle.
Mentální bulimie	NEMOCNÍ ze strachu z tloušťky úmyslně vyvolávají zvracení.
Obezita	NEMOCNÍ se přejídají nezdravými jídly (smažené, sladké, slané...) Bolí je klouby, zadýchávají se.
Bigorexie	NEMOCNÍ přetěžují ledviny velkým množstvím bílkovin. Užívají nelegální látky – anabolické steroidy.

Drunkorexie	NEMOCNÍ odmítají jídlo, aby se mohli napít alkoholických nápojů.
Orthorexie	NEMOCNÍ se extrémně zajímají o své zdraví. Přizpůsobují tomu celý život.

4.3 OVĚŘENÍ V PRAXI

Ověřování navržených aktivit proběhlo na Střední zdravotnické škole v Plzni. Výuka byla zařazena do hodin biologie člověka ve třech třídách prvního ročníku. Třídy mají odlišné studijní obory – Zdravotnické lyceum, Laboratorní asistent a Zdravotnický asistent. Celkově se výuky s aktivizačními metodami zúčastnilo 64 studentů. Ve věkovém rozmezí 15 – 17 let. Z celkového počtu bylo 56 dívek a 8 chlapců.

Ve třídě u oboru Zdravotnické lyceum autorka vyučovala v rámci pedagogické praxe trávicí soustavu, látkový metabolismus a výživu. Po skončení pedagogické praxe byly vyzkoušeny aktivizační metody na téma poruchy příjmu potravy.

Ve třídách u oboru Laboratorní asistent a Zdravotnický asistent byly vyzkoušeny aktivizační metody na téma poruchy příjmu potravy po odučení trávicí soustavy, látkového metabolismu a výživy jiným pedagogem.

Jako způsob evaluace bylo zvoleno dotazníkové šetření. Studenti vyplnili vstupní a výstupní dotazník. Dotazník obsahuje základní informace o studentovi a čtyři otevřené otázky. Vstupním dotazníkem byly zjišťovány úvodní znalosti studentů o problematice PPP. Výstupním dotazníkem byly zjišťovány nové vědomosti, které studenti získali pomocí aktivizačních metod. Výsledky evaluačních dotazníků jsou zpracovány v kapitole Výsledky ověření.

4.4 DOTAZNÍK

Vstupní dotazník - Prosím o krátké a výstižné odpovědi!

Jméno:

Věk:

Třída:

Pohlaví:

Otázky:

1. Mezi jaké nemoci řadíme poruchy příjmu potravy?
2. Jaké mohou být příčiny vzniku poruch příjmu potravy?
3. Znáš nějakou konkrétní nemoc, která se řadí mezi poruchy příjmu potravy?
4. Kde nebo u koho bys hledal(a) pomoc pro osobu nemocnou poruchou příjmu potravy?

Výstupní dotazník – Prosím o krátké a výstižné odpovědi!

Jméno:

Věk:

Třída:

Pohlaví:

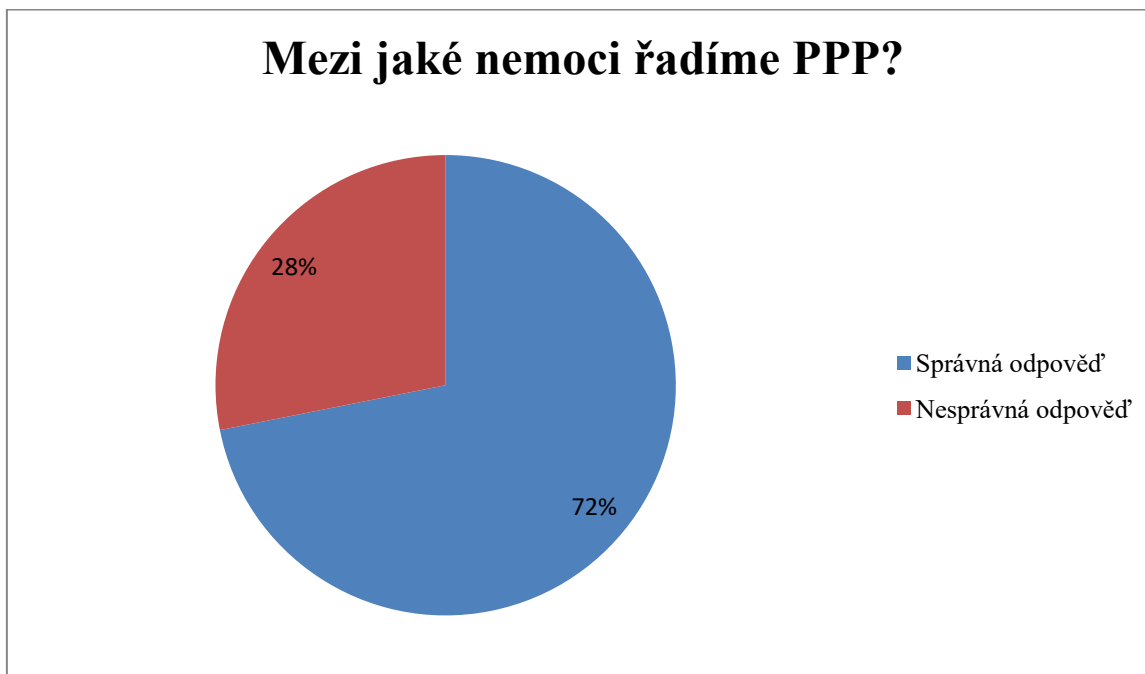
Otázky:

1. Mezi jaké nemoci řadíme poruchy příjmu potravy?
2. Jaké mohou být příčiny vzniku poruch příjmu potravy?
3. Znáš nějakou konkrétní nemoc, která se řadí mezi poruchy příjmu potravy?
4. Kde nebo u koho bys hledal(a) pomoc pro osobu nemocnou poruchou příjmu potravy?

5 VÝSLEDKY OVĚŘENÍ

5.1 HODNOCENÍ VSTUPNÍCH DOTAZNÍKŮ

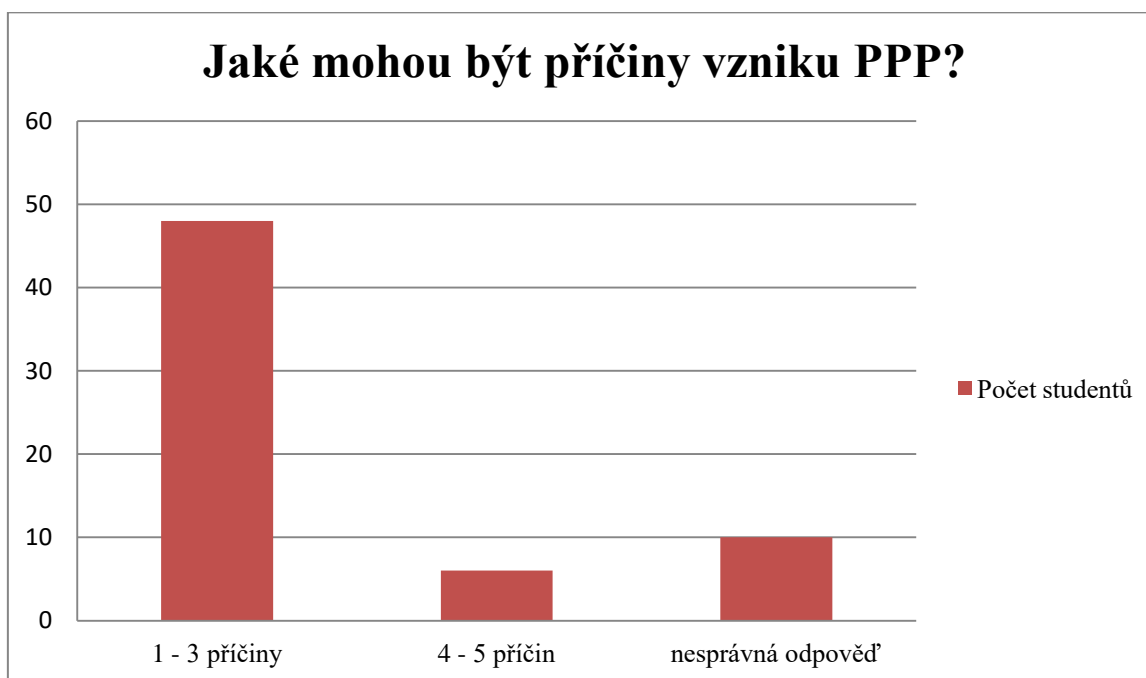
5.1.1 VYHODNOCENÍ OTÁZKY Č. 1



Obr. č. 1: Procentuální vyhodnocení odpovědí otázky č. 1

Na otázku č. 1 odpovědělo 72 % studentů správně. Studenti zařadili poruchy příjmu potravy mezi psychické nemoci. Nesprávně odpovědělo 28 % studentů, u nichž se v dotazníku objevovalo proškrtnuté políčko.

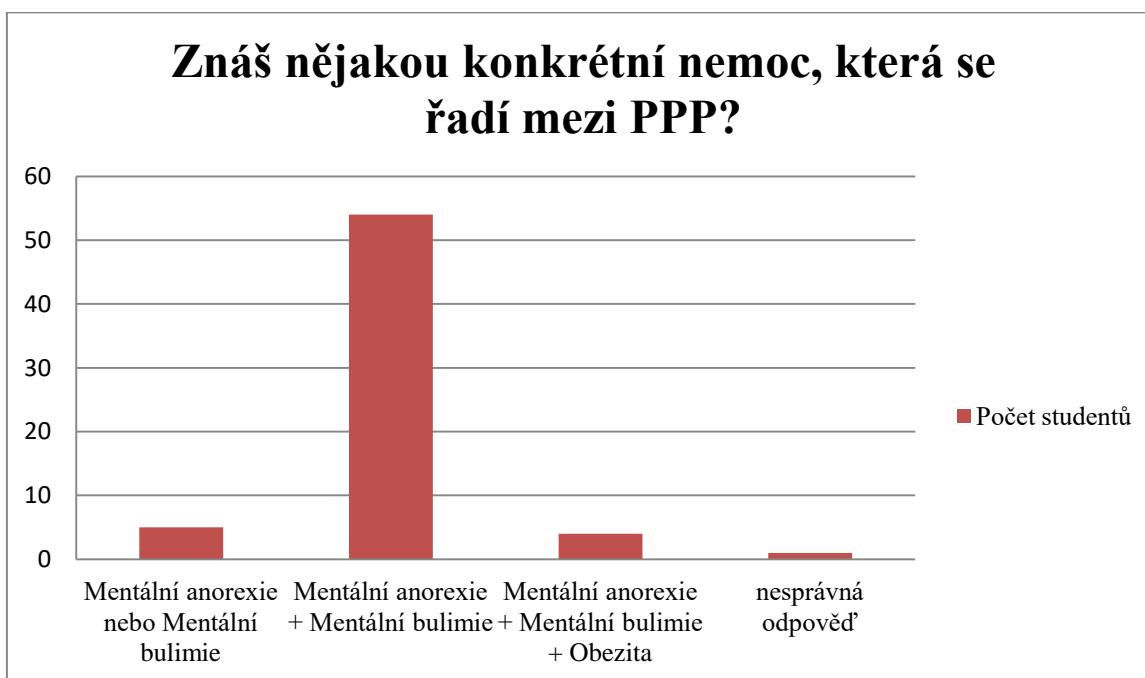
5.1.2 VYHODNOCENÍ OTÁZKY Č. 2



Obr. č. 2: Vyhodnocení odpovědí otázky č. 2

U otázky č. 2 odpovědělo 54 studentů správně a 10 studentů nesprávně. Z celkového počtu správně odpovídajících, bylo 46 studentů, kteří vyjmenovali 1 – 3 příčiny a 6 studentů, kteří vyjmenovali 4 – 5 příčin. Mezi správnými odpověďmi studenti psali stres, tlak médií, kritiku okolí, šikanu, modeling.

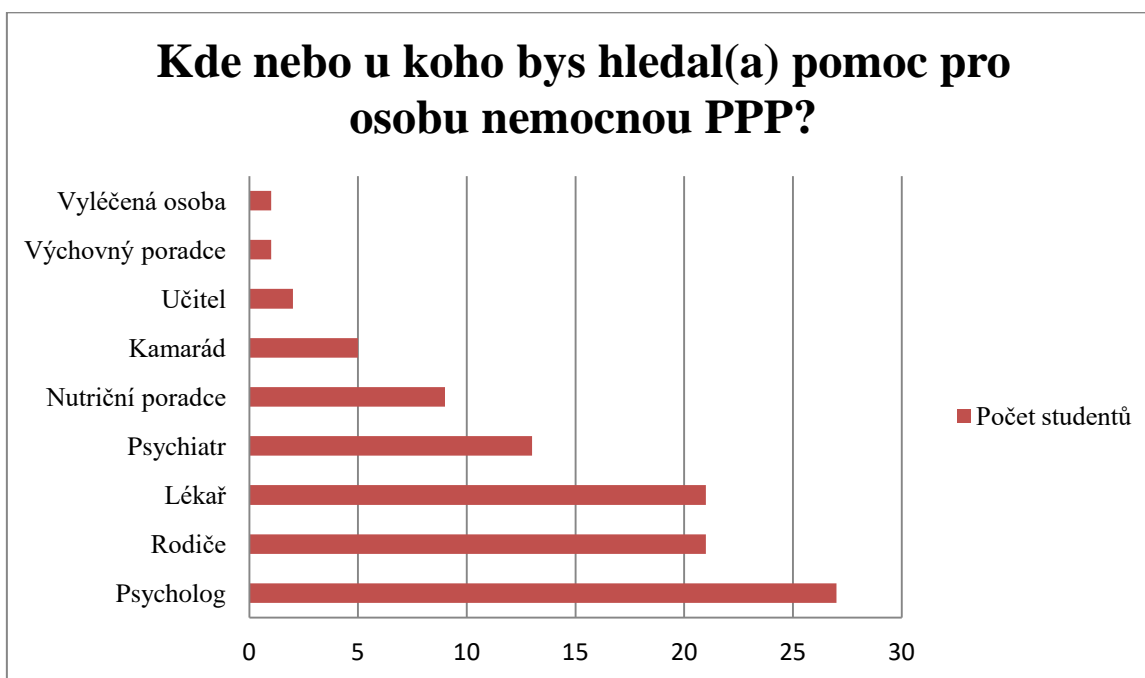
5.1.3 VYHODNOCENÍ OTÁZKY Č. 3



Obr. č. 3: Vyhodnocení odpovědí otázky č. 3

Správně odpovídajících studentů na otázku č. 3 bylo 63. Pouze 1 student odpověděl nesprávně. Odpověď s jednou nemocí napsali 4 studenti. Jednalo se o mentální anorexii nebo mentální bulimii. Odpověď s dvěma nemocemi napsalo 54 studentů. Opět se jednalo o mentální anorexii a mentální bulimii. Tři nemoci dokázalo vyjmenovat 5 studentů, kteří správně přiřadili k mentální anorexii a mentální bulimii i obezitu.

5.1.4 VYHODNOCENÍ OTÁZKY Č. 4



Obr. č. 4 Vyhodnocení odpovědí otázky č. 4

Správné odpovědi vyjmenovalo 63 studentů. Jeden student nenapsal žádnou odpověď. Pomoc pro nemocného člověka by 27 studentů hledalo u psychologa, u rodičů a lékaře 21 studentů, u psychiatra 13 studentů, u nutričního poradce 9 studentů, u kamarádů 5 studentů, u učitele 2 studenti, u výchovného poradce a vyléčené osoby 1 student.

5.2 HODNOCENÍ VÝSTUPNÍCH DOTAZNÍKŮ

Rozšíření znalostí bylo u všech studentů. V první otázce odpověděli všichni studenti správně, že PPP řadíme mezi psychické nemoci. Největší nárůst správných odpovědí bylo u druhé otázky. Studenti dokázali vyjmenovat všechny důležité faktory pro vznik PPP. U třetí otázky si studenti rozšířili znalosti o dalších PPP, k obecně známým nemocem jako je mentální anorexie a mentální bulimie správně zařadili i obezitu, drunkorexii, bigorexii, orthorexii. Ve čtvrté otázce, jak postupovat při hledání pomoci pro osobu nemocnou PPP odpověděli studenti správně. Dokázali vyjmenovat osoby, které by jim poskytly kontakt na odborné lékaře.

6 DISKUSE

6.1 OVĚŘOVÁNÍ NAVRŽENÝCH AKTIVIT V PRAXI

Jedním z cílů této diplomové práce, bylo vyzkoušet navržené aktivity v praxi. Především se zaměřit na jejich průběh a efekt při využití různých aktivizačních metod.

Pro studenty Střední zdravotnické školy, byla realizace aktivizačních metod novou zkušeností. Z rozhovoru se studenty vyplynulo, že jsou zvyklí na klasickou frontální výuku. Studenty tyto metody vytrhly z letargie a probudily zájem o probírané téma. Největší rozdíl mezi jednotlivými třídami byl v míře komunikace s vyučujícím. Nejvíce komunikativní třída byla ve studijním oboru Zdravotnické lyceum, kde autorka vyučovala v rámci pedagogické praxe. Byla tady navozena přátelská atmosféra a studenti se nebáli spolupracovat a vyjádřit svůj názor. Velmi podobná atmosféra byla i ve třídě v oboru Zdravotnický asistent. Tuto třídu vyučovala autorka během pedagogické praxe v druhém aprobačním předmětu. Nejméně komunikativní byli studenti třídy v oboru Laboratorní asistent. Nejvíce by těmto studentům vyhovovalo si zapisovat jasná fakta od vyučujícího a co nejméně komunikovat.

V úvodním rozhovoru s cílem objasnit charakteristiku poruch příjmu potravy studenty nejvíce překvapilo, že mimo mentální anorexie, mentální bulimie a obezity, existují i další nemoci. U těchto tříd nebyla v minulosti realizována primární prevence na toto téma, a proto informace o jednotlivých nemocech pocházely většinou z internetu a nebyly zcela přesné.

Na obr. č. 3 můžeme vidět, že nejvíce se v odpovědích od studentů objevovaly nemoci mentální anorexie a mentální bulimie. Nejspíš z důvodu, že se o těchto nemocech často píše v médiích.

Skutečnost, že u studentů nebyla realizována primární prevence, ukazuje i obr. č. 1, kdy 28 % studentů nevědělo, že poruchy příjmu potravy řadíme mezi psychické nemoci. Na otázku jak dlouho se může pacient z psychické nemoci léčit, studenti neznali odpověď. Představa byla v řádu jednoho měsíce. Ve skutečnosti léčba trvá několik let a důležitou podmínkou uzdravení, je aktivní spolupráce nemocného s odborníkem například lékařem. Dále si studenti mysleli, že tyto nemoci se mohou objevit jen u ženské populace. Bylo tedy důležité při rozhovoru zdůraznit, že poruchami příjmu potravy mohou trpět i muži, zvláště pokud se jedná o bigorexii.

Na rozhovor navazovala situační metoda, při které studenti shlédli dokument o mentální anorexii. Bylo velmi důležité vidět reálné pacienty s konkrétní nemocí v nezkraslené podobě. Studenti sledovali dokument s opravdovým zaujetím. V diskusi, která hned po skončení dokumentu následovala, se objevovaly názory: „proč to ti lidé dělají; proč si tak ubližují; vypadají hrozně“. Studenti začali přemýšlet o možných příčinách vzniku poruch příjmu potravy a velmi ocenili možnost říct svůj názor.

Při diskusi o příčinách onemocnění správně jmenovali stres, tlak médií, kritiku okolí, šikanu a modeling (viz obr. č. 2), ale bylo nutné s pomocí vyučujícího jednotlivé příčiny rozvést. Zdůraznit, že u některých citlivých jedinců pro vznik nemoci, stačí jen jedna neuvážená poznámka k jejich vzhledu.

V další části diskuse se rozebíralo, kde hledat pomoc pro nemocného kamaráda. Nejdříve studenti jmenovali jako příklad lékaře psychiatra a psychologa, ale už nevěděli jaký je mezi nimi rozdíl. Dále zazněla varianta hledat pomoc u rodiny.

Obr. č. 4 ukazuje, že pomoc ve školním zařízení by hledali jen tři studenti. Proto bylo důležité zdůraznit práci výchovného poradce, metodika prevence, učitele, aby se nebáli těmto lidem svěřit.

Problémové metodě předcházela krátký brainstorming, kdy studenti chodili k tabuli psát pojmy, které se týkají tématu. Jelikož byli studenti vtaženi do tématu, začali při problémové metodě ochotně spolupracovat. U popisování zdravotních komplikací na obrázku lidského těla využívali propisek, fixů a malůvek. Začaly vznikat velmi detailní práce, které vyučujícího velmi mile překvapily (viz Přílohu 2). Při samotné prezentaci jednotlivých skupinek, bylo důležité objasnit příčinu vzniku jmenované zdravotní komplikace. Tento úkol nebyl pro studenty Střední zdravotnické školy nikterak náročný.

Zkušenost s inscenační metodou studenti neměli, a proto se při zahájení objevovaly rozpačité výrazy. O to více byl vyučující překvapen, jak rychle herci zahráli ostych a v uvolněné atmosféře zahráli inscenaci. Ve všech třídách se objevila správná skutečnost, že nemocný člověk si problém neuvědomuje. Dále ztvárnili nemocného jako náladového člověka, který se uzavírá do sebe a vyhýbá se kamarádům.

Na závěr studenty čekalo opakování ve formě didaktické hry. Pojmové pexeso dostal každý student a bez obtíží ho zvládl přiřadit.

Studenti Střední zdravotnické školy si zkusili všechny autorkou připravené aktivizační metody během tří vyučovacích hodin. Autorka si uvědomuje, že pokud by chtěl

tento metodický list využít jiný učitel ve svých hodinách, nemusí mít dostatek času pro realizaci z hlediska školního vzdělávacího plánu. Proto jdou aktivizační metody libovolně kombinovat dle uvážení učitele.

6.2 VYHODNOCENÍ VÝSLEDKŮ Z DOTAZNÍKŮ

Z výsledků vyplývá, že využití aktivizačních metod v tématu poruch příjmu potravy bylo efektivní. Studenti byli aktivních způsobem vtaženi do problematiky a zvýšil se jejich zájem o probírané téma. Nové vědomosti si studenti rychle zapamatovali, jak dokládají výsledky z výstupních dotazníků. Pochopili rozdíl mezi infekčními nemocemi a psychickými nemocemi. Dokážou vyjmenovat i další nemoci, které patří mezi poruchy příjmu potravy. Uvědomují si možné příčiny pro vznik poruch příjmu potravy. Dokážou najít vhodnou odbornou pomoc nebo odborného lékaře pro svého nemocného kamaráda.

Zpětná vazba, kterou autorka dostala od pedagogů jednotlivých tříd na Střední zdravotnické škole, byla velmi pozitivní. Studenti svým pedagogům uváděli, že je aktivity bavily a téma je moc zajímavé.

6.3 SROVNÁNÍ PRACÍ ZAMĚŘENÝCH NA PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

Tématu poruch příjmu potravy se věnuje Suchopárová (2013). Cílem disertační práce bylo preventivně působit na dospívající a pomáhat jim zvyšovat odolnost vůči rizikovým faktorům vzniku poruch příjmu potravy. Práce je členěna na dvě části. Na teoretickou a praktickou. Teoretická část obsahuje nejen informace o preventivních programech, ale také rozpracovanou problematiku poruch příjmu potravy. Shoda s touto diplomovou prací je v rozepsání charakteristiky a faktorů pro vznik poruch příjmu potravy. Tato diplomová práce obsahuje podrobnější rozepsání zdravotních komplikací, možnosti léčby a rizikové období v ontogenetickém vývoji. V praktické části se autorka disertační práce věnuje tvorbě edukačních materiálů pro žáky a učitele základní školy. Zde je rozdíl s touto diplomovou prací, která tvoří edukační materiály pro studenty středních škol.

Autorka velmi přínosné diplomové práce (Reichlová 2017), si dala za cíle zjistit jaká je informovanost pedagogů a představa pedagogů o poruchách příjmu potravy. A také jak se zachovají, když zjistí, že je ve třídě nemocný žák. Z výsledků vyplývá, že učitelé si nejčastěji pod pojmem poruchy příjmu potravy představí jen mentální anorexii a mentální

bulimii. Tato skutečnost dokazuje, že informovanost je na nízké úrovni. Proto se tato diplomová práce zabývá i dalšími nemocemi, které jsou detailně popsány v teoretické části a jsou začleněny do aktivizačních metod pro studenty.

Je nutné konstatovat, že prací na téma poruch příjmu potravy existuje velké množství. Většina prací se zaměřuje pouze na mentální anorexii a mentální bulimii, kde autoři charakterizují nemoci, chování a myšlení pacientů. Do diskuse byly vybrány jen ty nejzajímavější.

6.4 SROVNÁNÍ PRACÍ ZAMĚŘENÝCH NA AKTIVIZAČNÍ METODY VE VÝCHOVĚ KE ZDRAVÍ

Pokud chceme předcházet poruchám příjmu potravy u dětí, adolescentů a dospělých je nutné nejenom podávat informace o možných nemocech, ale také o správné výživě. Správné výživě na základní škole v předmětu Výchova ke zdraví se věnuje Heclová (2013). Diplomová práce je členěna na teoretickou a praktickou část. V teoretické části autorka popisuje výživová doporučení pro dětskou populaci, pravidelné stravování, pitný režim a potravinovou pyramidu. Dále popisuje aktivizační metody stejně jako autorka této diplomové práce. V práci chybí možnost přesného zařazení tématu do výuky z pohledu RVP. V praktické části jsou vytvořeny vlastní návrhy aktivizačních metod, které učí žáky ke správnému stravování. Dalším cílem stejně jako v této diplomové práci, bylo aktivizační metody vyzkoušet v praxi.

Velmi podrobně členěná je diplomová práce Vančíkové (2014). Autorka vytvořila vlastní návrhy aktivizačních metod na téma správné výživy. Shoda s touto diplomovou prací je v přehledném popsání aktivizačních metod a přesného začlenění tématu do výuky z pohledu RVP. Ovšem návrh vlastních aktivizačních metod je podobný s předchozí prací. Originální je tvorba mandal z luštěnin, která jistě byla zábavná a žáci poznají, jaké druhy luštěnin existují.

ZÁVĚR

Cílem této diplomové práce bylo zpracovat problematiku poruch příjmu potravy a výukových metod s důrazem na aktivizační metody. Pro jednotlivé aktivizační metody vytvořit návrhy s tématem poruch příjmu potravy. Vytvořené návrhy ověřit v praxi a výsledky zpracovat a zhodnotit.

Teoretické zpracování problematiky poruch příjmu potravy obsahuje charakteristiku jednotlivých nemocí s popsáním možných příčin vzniku nemocí. Dále popsání rizikových období v ontogenetickém vývoji pro vznik poruch příjmu potravy. Dále jaké mohou vznikat vážné zdravotní komplikace a možné způsoby léčby.

Diplomová práce obsahuje kapitolu s možnostmi zařazení tematiky do vyučování z pohledu RVP.

Teoretické zpracování výukových metod se zaměřuje na popsání aktivizačních metod. Obsahuje klasifikaci s charakteristikou metod, význam ve výchově – vzdělávacím systému i možné překážky při realizaci.

Pro pedagogy SŠ vznikl didaktický manuál, který mohou využít při výuce tématu poruch příjmu potravy v předmětu biologie nebo výchovy ke zdraví. Při tvorbě jednotlivých návrhů aktivizačních metod se autorka nechala inspirovat problémy a skutečnostmi z reálného života.

Ověření návrhů aktivizačních metod proběhlo na Střední zdravotnické škole v Plzni. Tématické zařazení bylo v souladu s RVP. Průběh ověřování je okomentován v diskusi. Jako způsob evaluace autorka zvolila dotazníkové šetření. Výsledky z dotazníků byly zpracovány a zhodnoceny.

Z výsledků dotazníků vyplývá, že využití návrhů aktivizačních metod bylo efektivní. U všech studentů došlo k rozšíření znalostí v problematice poruch příjmu potravy.

RESUMÉ

Cílem diplomové práce bylo zpracovat problematiku poruch příjmu potravy a její výuky na SŠ. Pro návrhy jednotlivých aktivit byly zvoleny aktivizační metody. Vytvořené návrhy byly ověřeny v praxi a výsledky zpracovány a zhodnoceny. Pro učitele SŠ vznikl didaktický manuál, který mohou využít při výuce tématu poruch příjmu potravy v předmětu biologie nebo výchovy ke zdraví. Tématické zařazení problematiky je v souladu s RVP. Po zpracování a zhodnocení výsledků z dotazníkového šetření vyplývá, že využití aktivizačních metod bylo efektivní. U všech studentů došlo k rozšíření znalostí v problematice poruch příjmu potravy.

The aim of the diploma thesis was to work on problems of eating disorders and its teaching at secondary schools. Activation methods were selected for action suggestions. The created suggestions were validated in practice and the results processed and evaluated. A didactic manual was developed for teachers of secondary schools, which can be used to teach the topic of eating disorders in the subject of biology or health education. The thematic classification of the issue is in line with the FEP. After processing and evaluating the results from the questionnaire survey shows, that the use of activation methods was effective. All students have been expanding their knowledge of eating disorders.

Klíčová slova:

poruchy příjmu potravy, výukové metody, aktivizační metody, didaktický manuál, dotazník

Keywords:

eating disorders, teaching methods, activation methods, didactic manual, questionnaire

SEZNAM LITERATURY

- ARHIRE, L.I. 2015. Orthorexia nervosa: the unhealthy obsession for healthy food. *Revista de Cercetare si Interventie Sociala* **119**(3), 632–638.
- BRUSCA, M.I. et al. 2014. Anabolic steroids affect human periodontal health and microbiota. *Clinical oral Investigations* **18**, 1579–1586.
- CROOK, Marion. 1995. *V zajetí image těla: jak chápat a odmítat mýty o tělesném image*. OLDAG, 136 s. Ostrava.
- DHAR, R. et al. 2005. Cardiovascular toxicities of performance-enhancing substances in sports. *Mayo Foundation for Medical Education and Research* **80**(10), 1307–1315.
- HAINER, V. et al. 2011. *Základy klinické obezitologie*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Grada, 422 s. Praha.
- HECLOVÁ, L. 2013. *Aktivizační metody výukového bloku "zdravá výživa" ve vyučovacím předmětu Výchova ke zdraví*. MS, Diplomová práce, Universita Palackého v Olomouci, 105 s. Olomouc. [online]. [cit. 20.6. 2017]. Dostupné z: <<http://theses.cz/id/pl237e/00174167-682041874.pdf>>
- KALHOUS, Z. et al. 2002. *Školní didaktika*. Portál, 448 s. Praha.
- KOTRBA, T. et LACINA, L. 2007, 2010. *Praktické využití aktivizačních metod ve výuce*. Barrister & Principal, 188 s. Brno.
- KRCH, F.D. 2002. *Mentální anorexie*. Portál, 240 s. Praha.
- KRCH, F.D. 2008. *Bulimie: jak bojovat s přejídáním*. 3., dopl. a přeprac. vyd. Grada, 195 s. Praha.
- KRCH, F.D. et ŠVÉDOVÁ, J. 2013. *Příručka pro zdravotníky aneb různé tváře poruch příjmu potravy*. Občanské sdružení Anabell, 44 s. Brno.
- KRCH, F.D. et al. 2005. *Poruchy příjmu potravy*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Grada, 255 s. Praha.
- KULHÁNEK, J. 2014. Ortorexie, bigorexie, drunkorexie [online]. Copyright © Copyright 2015 [cit. 14.06.2017]. Dostupné z: <<https://www.idealni.cz/clanek/ortorexie-bigorexie-drunkorexie/>>
- MAŇÁK, J. et ŠVEC, V. 2003. *Výukové metody*. Paido, 219 s. Brno.
- MARINOV, Z. et al. 2012. *Praktická dětská obezitologie*. Grada, 222 s. Praha.

- MOSLEY, P.E. 2009. Bigorexia: bodybuilding and muscle dysmorphia. *European Eating Disorders Review* **17**, 191–198.
- MURRAY, S.T. et BAGHURST, T. 2013. Revisiting the Diagnostic Criteria for Muscle Dysmorphia. *Strength and Conditioning Journal* **35**(1), 69–74.
- NEŠPOR, K. et CSÉMY, L. 2003. *Alkohol, drogy a vaše děti: jak problémům předcházet, jak je včas rozpoznat a jak je zvládat*. 5. vyd. Sportpropag, 104 s. Praha.
- PAPEŽOVÁ, H. 2010. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Grada, 424 s. Praha.
- PETTY, G. 2004. *Moderní vyučování*. Vyd. 3. Portál, 380 s. Praha.
- REICHLOVÁ, R. 2017. *Postoj učitelů k poruchám příjmu potravy*. MS, Diplomová práce, Masarykova universita, 95 s. Brno. [online]. [cit. 20.6. 2017]. Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/392227/pedf_m/Diplomova_prace_-_Renata_Reichlova.pdf>
- RVP, 2007. Národní ústav pro vzdělávání. Praha
- SKALKOVÁ, J. 2007. *Obecná didaktika: vyučovací proces, učivo a jeho výběr, metody, organizační formy vyučování*. Grada, 328 s. Praha.
- SUCHOPÁROVÁ, L. 2013. *Prevence poruch příjmu potravy a propagace správné výživy: tvorba edukačního materiálu pro základní školy*. MS, Disertační práce, Masarykova universita, 147 s. Brno. [online]. [cit. 20.6. 2017]. Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/143003/lf_d/Suchoparova_disertacni_prace.pdf>
- VANČÍKOVÁ, T. 2014. *Aktivizační výukové metody ve Výchově ke zdraví – oblast zdravá výživa se zaměřením na ovoce, zeleninu a luštěniny*. MS, Diplomová práce, Univerzita Palackého v Olomouci, 172 s. Olomouc. [online]. [cit. 20.6. 2017]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/q3yt4r/Diplomov_prce_Bc__Tereza_Vankov.pdf>
- ZAMORA, C. et al. 2005. Orthorexia nervosa. A new eating behavior disorder? *Actas Esp Psiquiatr*, **33**(1), 66–68.

Internetové zdroje:

www.i-creative.cz

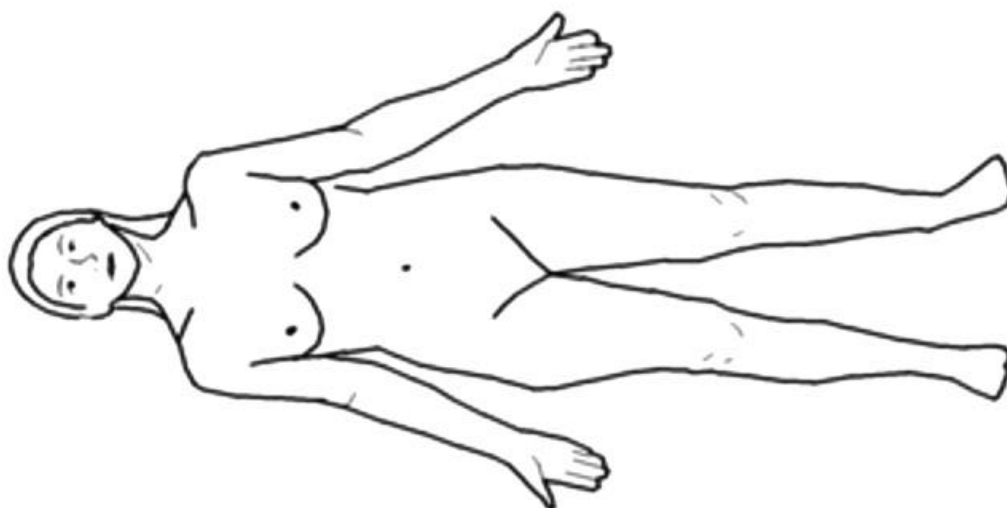
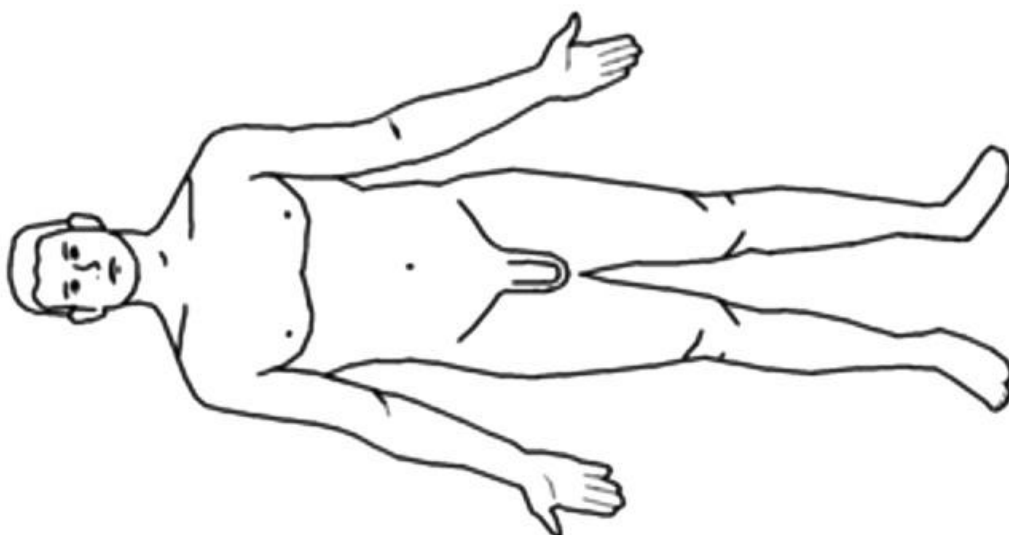
SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Obrázek lidského těla ženy a muže

Příloha 2: Ukázka zpracování problémové úlohy studenty Střední zdravotnické školy

PŘÍLOHA 1

Obrázek lidského těla ženy a muže (převzato z www.i-creative.cz)



i-creative.cz

PŘÍLOHA 2

Ukázka zpracování problémové úlohy studenty Střední zdravotnické školy

