

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta
Ústav sociálních studií

**Nové možnosti v prevenci poruch příjmu potravy
v adolescenci**

Diplomová práce

Autor: Bc. Iveta Fantová

Studijní program: Sociální pedagogika

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Ambrožová Petra, Ph.D., MBA

Oponent práce: PhDr. Kučírek Jiří, Ph.D.



Zadání diplomové práce

Autor: Iveta Fantová

Studium: P21P0811

Studijní program: N0111A190018 Sociální pedagogika

Studijní obor: Sociální pedagogika

Název diplomové práce: **Nové možnosti v prevenci poruch příjmu potravy v adolescenci**

Název diplomové práce AJ: New possibilities in the prevention of eating disorders in adolescence

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Diplomová práce se zabývá novými možnostmi v oblasti prevence poruch příjmu potravy v adolescenci. Teoretická část se zaměřuje na vybrané formy poruch příjmu potravy, představuje aktuální trendy v prevenci PPP a popisuje tzv. body image. Cílem diplomové práce je pomocí focus group s adolescenty a rozhovory s výchovnými poradci zjistit, jak mladá generace pohlíží na nové možnosti v prevenci v oblasti PPP.

MIOVSKÝ, M. et al. Primární prevence rizikového chování ve školství. Praha: Sdružení SCAN, 2010. 253 s. ISBN: 978-80-87258-47-7.

BAKOŠOVÁ, Z.: Sociální pedagogika ako životná pomoc. Bratislava: Univerzita Komenského, 2008. 251 s. ISBN:978-80-969944-0-3.

KABÍČEK, Pavel, CSÉMY, Ladislav a HAMANOVÁ, Jana. *Rizikové chování v dospívání a jeho vztah ke zdraví*. Praha: Triton, 2014. ISBN: 978-80-7387-793-4.

BĚLÍK, Václav a Stanislava SVOBODA HOFERKOVÁ. *Prevence rizikového chování žáků z pohledu pedagogů*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2018. ISBN:978-80-7435-726-8

KRAUS, Blahoslav. *Základy sociální pedagogiky*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0643-9.

Zadávací pracoviště: Ústav sociálních studií,
Pedagogická fakulta

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Petra Ambrožová, Ph.D., MBA

Oponent: PhDr. Jiří Kučírek, Ph.D.

Datum zadání závěrečné práce: 1.2.2022

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci „Nové možnosti v prevenci poruch příjmu potravy v adolescenci“ vypracovala pod vedením vedoucí závěrečné práce samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne 16.4. 2024

Bc. Iveta Fantová

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala Mgr. et Mgr. Ambrožové Petře, Ph.D., MBA za odborné vedení práce a za cenné rady. Také bych chtěla z celého srdce poděkovat svým rodičům a přátelům za jejich podporu v průběhu psaní. Poděkování patří i všem respondentům, kteří byli ochotni se podílet na výzkumném šetření.

Anotace

FANTOVÁ, Iveta. *Nové možnosti v prevenci poruch příjmu potravy v adolescenci*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2024. 105 s. Diplomová práce.

Diplomová práce se zabývá novými možnostmi prevence poruch příjmu potravy v adolescenci. Teoretická část práce popisuje vybrané formy poruch příjmu potravy, jejich etiologii a důsledky. Dále se zaměřuje na koncept body image, jeho definici včetně současného tělesného „ideálu“ a jeho vlivu v období adolescence. Pozornost je věnována také masmédiím, a především sociálním sítím, které adolescenti hojně využívají. Práce se dotýká i fenoménu zotavovacích účtů a navrhuje využití sociálních sítí jako podpůrného rámce. Podstatná je kapitola zaměřená na prevenci poruch příjmu potravy. Zde je prevence definována a jsou zde popsány její druhy a různé přístupy k ní. Tato část práce zdůrazňuje sociálního pedagoga a jeho roli ve školním prostředí. V této části je zvláštní pozornost věnována novým možnostem prevence poruch příjmu potravy v adolescenci, které nabízí dostupná odborná literatura. Cílem diplomové práce je pomocí focus group s adolescenty a rozhovory s výchovnými poradci zjistit, jak mladá generace pohlíží na nové možnosti v prevenci v oblasti poruch příjmu potravy. Tento cíl je naplněn s oporou o teoretickou a empirickou část. Empirická část práce se opírá o focus group s adolescenty a rozhovory s výchovnými poradci. Výsledky výzkumného šetření naznačují potřebu přehodnocení tělesných „ideálů“, podporu diverzity tělesných forem a zvýšení informovanosti výchovných poradců o nových možnostech prevence. Závěrem je vyzdvihnout význam systémových změn, vzdělávání v oblasti prevence poruch příjmu potravy a poskytnutí přístupu k důvěryhodným informacím mladé generaci, včetně využití nových interaktivních a zážitkových možností prevence.

Klíčová slova: poruchy příjmu potravy, body image, adolescence, prevence a podpora, sociální pedagog

Annotation

FANTOVÁ, Iveta. *New possibilities in the prevention of eating disorders in adolescence*. Hradec Králové: Pedagogical fakulty, University of Hradec Králové, 2024. 105 pp. Master thesis.

The thesis deals with new possibilities for the prevention of eating disorders in adolescence. The theoretical part of the thesis describes selected forms of eating disorders, their etiology and consequences. It also focuses on the concept of body image, its definition including the current body ideal and its influence in adolescence. Attention is also paid to the mass media, especially social networks, which are widely used by adolescents. The thesis also touches on the phenomenon of recovery accounts and proposes the use of social networks as a supportive framework. The chapter on the prevention of eating disorders is essential. Here, prevention is defined and its types and different approaches to it are described. This section of the thesis highlights the social pedagogue and their role in the school setting. In this section, special attention is paid to the new possibilities for the prevention of eating disorders in adolescence offered by the available literature. The aim of the thesis is to use focus groups with adolescents and interviews with educational counsellors to find out how the younger generation views the new possibilities in eating disorder prevention. This aim is fulfilled with the support of a theoretical and empirical part. The empirical part of the thesis is based on focus groups with adolescents and interviews with educational counsellors. The results suggest the need to rethink body ideals, to promote diversity of body forms and to increase the awareness of educational counselors about new prevention options. Finally, the importance of systemic change, education on eating disorder prevention and providing access to credible information to the younger generation, including the use of new interactive and experiential prevention options, is highlighted.

Keywords: eating disorders, body image, adolescence, prevention and support, social pedagogue

Prohlášení

Prohlašuji, že diplomová práce je uložena v souladu s rektorským výnosem č. 13/2022 (Řád pro nakládání s bakalářskými, diplomovými, rigorózními, dizertačními a habilitačními pracemi na UHK).

Datum: 16. 4. 2024

Podpis studenta: _____

Obsah

Úvod	9
1 Poruchy příjmu potravy	11
1.1 <i>Vybrané formy poruch příjmu potravy</i>	11
1.2 <i>Etiologie a důsledky poruch příjmu potravy</i>	16
2 Body image v kontextu poruch příjmu potravy	18
2.1 <i>Definice body image a důsledky nespokojenosti s body image</i>	18
2.2 <i>Tělo, jako objekt, do kterého nutno investovat</i>	20
2.3 <i>Vývojové období adolescence v kontextu body image</i>	22
2.4 <i>Masmédia a body image</i>	26
2.5 <i>Sociální sítě ve vztahu k body image</i>	29
3 Nové možnosti prevence poruch příjmu potravy	35
3.1 <i>Vymezení pojmu prevence a její druhy</i>	35
3.2 <i>Profese sociálního pedagoga a jeho role ve školním prostředí</i>	38
3.3 <i>Úrovně prevence v oblasti poruch příjmu potravy</i>	42
3.4 <i>Preventivní programy a jejich efektivita</i>	46
3.5 <i>Sociálně výchovné působení sociálního pedagoga</i>	48
4 Kvalitativní výzkumné šetření	56
4.1 <i>Vymezení výzkumného šetření</i>	56
4.2 <i>Analýza a interpretace dat – metoda focus group</i>	62
4.3 <i>Diskuze výsledků – focus group</i>	72
4.4 <i>Analýza – rozhovory s výchovnými poradci</i>	74
4.5 <i>Diskuze – rozhovory s výchovnými poradci</i>	83
4.6 <i>Celková diskuze výsledků</i>	84
Závěr	86
Zdroje	89
Seznam příloh	105

*„Řekněte tvůrcům image, že se nebojte.
Že nejvíce ze všeho se bojíte smrti představitosti,
originality, metafor a vášně.“ Eve Enslerová*

Úvod

V současné době se poruchy příjmu potravy stávají stále palčivějším tématem. Jedinci s poruchami příjmu potravy se do péče odborníků dostávají ve stále nižším věku, navíc mortalita spojená s těmito onemocněními je mnohem vyšší oproti ostatním psychiatrickým diagnózám. Tato problematika není izolovaným jevem, nýbrž reflektuje komplexní souvislosti z důvodu interakce různých faktorů na fyzické, psychologické a sociální úrovni. Tyto faktory často interagují a vzájemně se ovlivňují, což vytváří komplexní síť, která přispívá ke vzniku a k udržení poruch příjmu potravy. Mnoho autorů považuje právě vývojové období adolescence za období zvýšené náchylnosti ke vzniku poruch příjmu potravy, a to hned z několika důvodů. V adolescenci dochází k výrazným změnám v tělesném vzhledu v důsledku puberty. Je to období změn a hledání vlastní identity. Sociální tlaky spojené s „ideály“ krásy mohou vést k nejistotám ohledně body image dozrávajícího jedince. V adolescenci mnoho jedinců také začíná experimentovat s různými stravovacími návyky. Toto experimentování může v některých případech přerůst do patologického chování. Nemůžeme upozadit ani vliv vrstevníků, kteří hrají významnou roli v životě adolescentů, patří sem také mediální tlaky, které přispívají k nejistotám ohledně body image. Především sociální sítě mají na život adolescentů výrazný vliv. Prezentace idealizovaných těl na sociálních sítích může zvyšovat tlak na dosažení nerealistických tělesných „ideálů“, což může ovlivnit body image mladých lidí. Dospívající jsou navíc náchylní k rozlišování seriózních informací od výmyslů nebo naprostých lží ohrožujících jejich zdravý vývoj. Je důležité se zabývat i tím, jak adolescenti využívají sociální sítě, případně jak to ovlivňuje jejich osobní pohodu. Podle poslední informace Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (2018) dochází k výraznému nárůstu dětských a adolescentních pacientů trpících poruchou příjmu potravy mezi rokem 2011 a 2017. Dopady poruchy příjmu potravy na rozvíjející se organismus dospívajícího mohou bohužel v některých případech způsobit nenapravitelné škody. Prevence poruch příjmu potravy a jejich včasné zachycení jsou proto klíčové pro zvládnání této komplexní problematiky.

Cílem práce je pomocí focus group s adolescenty a rozhovory s výchovnými poradci zjistit, jak mladá generace pohlíží na nové možnosti prevence v oblasti poruch příjmu potravy. Považujeme za podstatnou vzájemnou diskusi mezi mladou generací a mezi těmi, kteří se podílejí na preventivně-výchovném působení. Dospívající jsou v období života, kdy se formuje mnoho návyků, včetně těch spojených se zdravím

a s duševní pohodou. Naslouchání jejich hlasu může pomoci lépe porozumět jejich potřebám v oblasti prevence a péče o zdraví a jejich osobního blaha. Jejich perspektiva může navíc přinést nové myšlenky, přístupy a energii, což považujeme za důležité pro rozvoj společnosti. Je důležité jim naslouchat, abychom lépe porozuměli jejich potřebám, obavám a vizím pro budoucnost. Celkově lze říci, že aktivní účast mladé generace může přispět k odstranění stigma spojeného s touto komplexní problematikou a k vytvoření podpůrnějšího prostředí.

V první části práce proto představujeme teoretický úvod k problematice poruch příjmu potravy. Zabýváme se zde vybranými formami poruch příjmu potravy, věnujeme se poruchám příjmu potravy v adolescenci a důsledkům těchto onemocnění. Ve druhé kapitole se věnujeme problematice body image, vývojovému období adolescence, budování identity, genderu ve spojitosti právě s body image. Tato část se věnuje i tématu masmédií a více se soustředí na sociální síť. Tato kapitola zmiňuje i nový fenomén zotavovacích účtů. Ve třetí kapitole se snažíme o výstižnou formulaci prevence a jejích druhů, profesi sociálního pedagoga a jeho roli ve školním prostředí, nakonec rozebíráme nové možnosti prevence poruch příjmu potravy v adolescenci.

V rámci této diplomové práce jsme zvolili kvalitativní přístup k výzkumnému šetření. Základem metodologie jsou focus group se skupinou adolescentů a polostrukturovaný rozhovor s výchovnými poradci. Tímto způsobem kombinujeme sílu skupinové dynamiky focus group a hloubku individuálních názorů z polostrukturovaných rozhovorů pro co nejkompaktnější porozumění zkoumané problematiky.

1 Poruchy příjmu potravy

1.1 Vybrané formy poruch příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy jsou popsány jako poruchy jídelního chování s nadměrným zájmem o tělesnou hmotnost, které zhoršují fyzické zdraví nebo psychosociální fungování. Poruchy příjmu potravy se mohou projevat jako závažná psychiatrická onemocnění spojená s vysokou mírou morbidit a mortality (Balasanduram, Santhanam, 2022).

Historie projevů narušeného příjmu potravy sahá až do starověku. Nárůst poruch příjmu potravy je patrný především od druhé poloviny dvacátého století. Vzhledem ke společenským a kulturním faktorům mají komplexní charakter. Jsou jimi omezeny všechny psychosociální a fyzické aspekty zdraví. Diagnostická kritéria dílčích diagnóz jsou vytvořena tak, aby bylo možné vždy identifikovat jednu z nich. Navzdory podobnostem se tato onemocnění liší v tom, jak se vyvíjejí a jak reagují na léčbu. (Krch, 2005, DSM-5, 2013, Papežová a kol., 2018, Pipová a kol., 2021).

Papežová a kol. (2018) uvádí, že odborníci se stále zabývají vztahy mezi jednotlivými diagnózami poruch příjmu potravy. Jednotlivé diagnózy totiž mohou mezi sebou přecházet. Dále vysvětluje, že *„PPP jsou velmi komplexním onemocněním ovlivněným mnoha biopsychosociálními mechanismy. Modely se většinou zabývají jen některými aspekty vzniku a průběhu onemocnění.“* (Papežová a kol., 2018, str. 54)

Následující přehled popíše vybrané formy poruch příjmu potravy, jejich etiologii a důsledky, které přináší.

Mentální anorexie

Autoři (Krch, 2005, Papežová a kol., 2018, Pipová a kol., 2021) popisují mentální anorexii jako onemocnění, jehož charakteristickým příznakem je především snižování váhy, které si jedinec úmyslně způsobuje a udržuje, tj. díky omezení svého energetického příjmu a zneužití některé z kompenzačních praktik.

Krch (2005) vysvětluje, že u některých pacientů je omezování se v jídle doprovázeno zvýšeným zájmem o jídlo, někdy i zvýšenou nebo změněnou chutí. Mentální anorexii rozděluje na dva specifické typy. U nebulimického (restriktivního) typu jedinec udržuje svou nízkou váhu pomocí energetického úbytku a zvýšením svého výdeje.

Naopak u bulimického (purgativního) typu se objevují epizody záchvatovitého přejídání a jako kompenzační metoda např. zvracení a jiné patologické purgativní mechanismy snižování váhy.

Kritéria užitá v DSM-5 a v MKN-11 lze shrnout do třech základních znaků. Postižený jedinec si aktivně udržuje abnormálně nízkou tělesnou hmotnost pomocí diet, vyprovokovaným zvracením, užíváním diuretik, laxativ či nadměrným cvičením. Přetrvává u něj strach z tloušťky, který trvá i přes velmi nízkou tělesnou hmotnost. Je doprovázen zkreslenými představami o jeho těle a vtíravými myšlenkami, které udržování nízké váhy podporují.

Papežová a kol. (2018) udává, že se vyskytuje v 90–95 % u dospívajících dívek a mladých žen, dospívajících chlapců a mužů v 5–10 %. V dnešní době se vyskytuje častěji již u dětí před pubertou.

Mentální anorexie je spojena s četnými zdravotními komplikacemi, které přímo souvisejí se ztrátou hmotnosti a s podvýživou. Komplikace postihují většinu hlavních orgánových systémů, často zahrnují fyziologické poruchy (Mehler, Brown, 2015).

Přestože většina autorů zmiňuje amenoreu jako jedno z diagnostických kritérií, tak Papežová a kol. (2018) uvádí, že dnes je z nových kritérií vypuštěna. Mentální anorexie má jednu z nejvyšších úmrtností ze všech duševních chorob.

Metaanalýza, která zahrnovala více než 12 000 pacientů s mentální anorexií, kteří byli sledováni v průměru 14 let, odhadla, že míra úmrtnosti je u pacientů šestkrát vyšší než u běžné populace (Mehler, Brown, 2015).

Pipová a kol. (2021) taktéž ukazují závažnost, kterou mentální anorexie představuje. Podvýživa, která je s mentální anorexií spojená, může vést až k tělesnému rozvratu, který může skončit smrtí jedince.

Mentální bulimie

Je porucha příjmu potravy charakterizovaná zejména opakujícími se záchvaty přejídání spojenými s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti. Charakteristickými rysy jsou silná a nepotlačitelná touha se přejídat, snaha zabránit „tloustnutí“ vyvoláním zvracení nebo nadměrným užíváním purgativ, nebo obojím, také chorobný strach z tloušťky. Charakteristické je i jedincovo nadměrné zabývání se jídlem (Krch, 2005, Pipová a kol., 2021).

Mentální bulimie začíná později než mentální anorexie a často se i ze subklinické formy anorexie vyvíjí (Papežová a kol., 2018).

Krch (2005) a Pipová a kol. (2021) uvádí dva specifické typy. U purgativního typu jedinec pravidelně používá zvracení či jiné patologické purgativní mechanismy, aby zabránil zvýšení hmotnosti. Jedinec s nepurgativním typem mentální bulimie drží přísné diety, hladovky nebo nadměrné fyzické cvičení.

Papežová a kol. (2018) popisují minimální stupeň závažnosti, který je určen na základě frekvence, ve které se opakuje nevhodné kompenzační chování. Mentální bulimii můžeme hodnotit od mírné, kde se v průměru objevují 1–3 epizody nevhodného kompenzačního chování za týden až po extrémní, u které je v průměru až 14 nebo více epizod za týden.

Psychogenní (záchvatovité) přejídání

Papežová a kol. (2010, 2018) poukázali na skutečnost, že se psychogenní (záchvatovité) přejídání v posledních letech dostávalo do většího povědomí a že se mu i dnes dostává stále více pozornosti. Uvádí zde, že psychogenní přejídání napomáhá narůstající prevalenci obezity v populaci.

Kviatkovská, Albrecht, Papežová (2016) zmiňují, že přestože je obezita u jedinců s psychogenním přejídáním velmi pravděpodobná, mohou jedinci mít normální tělesnou hmotnost či podváhu. Jaššová a kol. (2020) dodávají, že obezita se vyskytuje přibližně u 63 % z postižených tímto typem poruchy.

Autoři (Pipová, 2021, Papežová a kol., 2018, Jaššová a kol., 2020) zmiňují neustálé se zabývání jídlem jako základní rys psychogenního přejídání a pro postiženého jedince je typické bažení (craving), podobný touze po návykových látkách a záchvaty přejídání jako u pacientů s bulimií. Dále se vyskytuje trýznivý pocit ztráty kontroly po samotné přejídající epizodě.

Autoři (Jaššová a kol., 2020, Papežová a kol., 2018) uvádí, že kalorická hodnota jídla pozřeného během jedné epizody PP činí až 1500–4500 kcal. Mezi projevy však nespádají žádné eliminační metody, které by zabraňovaly nárůstu jedincovy hmotnosti.

Nejnovější výzkumy ukazují, že psychogenní přejídání je nejčastějším onemocněním ze spektra poruch příjmu potravy a jeho prevalence dosahuje až 7,8 % (Kviatkovská, Albrecht a Papežová, 2016, Jaššová a kol., 2020).

Ortorexie (orthorexia nervosa)

V některých případech mají pravidla stravování, která si člověk sám naordinoval a jejichž cílem bylo podpořit zdraví, v samém závěru škodlivé důsledky pro zdraví. Snaha o extrémní čistotu stravy v důsledku přehnaného zaměření na jídlo může vést k poruše příjmu potravy (Cena a kol., 2019).

Ortorexie je porucha, která se vyznačuje extrémním zaujetím zdravou stravou a doporučením ohledně zdravé výživy. Jde tedy o kvalitativní poruchu, kdy jedinec konzumuje potraviny, které jsou v souladu s jeho přesvědčením, např. potraviny geneticky nemodifikované apod. S ostatními poruchami příjmu potravy sdílí společnou charakteristiku, tj. sklon k perfekcionismu (Martykánová, Piskáčková, 2010, Pipová a kol., 2018).

Cena a kol. (2019) zdůrazňují termíny spojené s ortorexií, které jsou užívané různými autory, např. posedlost a obava/zaujetí kvalitou jídla. Tyto termíny byly navíc zdůrazněny prostřednictvím přídavných jmen, jako je obsedantní, přehnaný/excesivní, nezdravý, nutkavý, kontrolující, časově náročné. Vhodné potraviny byly většinou označovány jako zdravé, správné, někdy organické, (biologicky) čisté, bezpečné, zatímco škodlivý aspekt potravin byl definován jako nezdravý, nečistý apod.

Drunkorexie

Ortorexie a drunkorexie jsou poruchy, které nejsou v klasifikaci nemocí, ale Papežová a kol. (2018) uvádí, že se za nimi mohou skrývat jiné formy PPP. Dále autoři vysvětlují, že se jedná o snižování příjmu potravy na úkor konzumace alkoholu.

Několik studií prokázalo souvislost mezi konzumací alkoholu a nezdravými stravovacími návyky. Zejména u mladých dospělých byla pozorována tendence používat extrémní formy kontroly hmotnosti jako způsob kompenzace plánovaného pití (Lupi a kol., 2017).

Omezení příjmu kalorií a cvičení jsou kompenzačními opatřeními, která se mohou objevit před nebo po konzumaci alkoholu (Thompson-Memmer a kol., 2018).

Bigorexie

Pojem bigorexie není v českém prostředí příliš známý, o čemž svědčí absence relevantních zdrojů, které by se zabývaly touto problematikou. V MKN-10 je zařazena mezi hypochondrické poruchy a v DSM-5 je jako „body dysmorphic disorder“. Bigorexie, známá také jako Adonisův komplex, svalová dysmorfie nebo reverzní

anorexie, je porucha, která je oproti dalším poruchám ze spektra spojována spíše s mužskou částí populace. Jedinci zažívají pocity nespokojenosti se svou tělesnou velikostí a s celkovou muskulaturou. Pro bigorexii je typické zkreslené vnímání vlastního těla a extrémní zaobírání se tělesnými proporcemi, svaly a cvičením (Pipová a kol., 2021, Papežová a kol., 2018, Tovt, Kajanová, 2021).

Dle Papežové a kol. (2018) se jedná o nereálné cíle vedoucí k posedlosti mít dokonalé tělo a tělesné proporce.

Jedinci s bigorexií jsou přesvědčeni, že potřebují nabrat svalovou hmotu, a proto spolu s nadměrným příjmem stravy, především bílkovin, nadměrně cvičí, zneužívají různé preparáty, a až obsedantně přemýšlí nad svalstvem (Pipová a kol., 2021).

Adolescence a poruchy příjmu potravy

Němečková (2007) uvedla, že tato onemocnění postihuje i chlapce, ale u dívek je desetkrát až dvacetkrát častější. Když se podíváme na porovnání roku 2011 a 2017, které přineslo Úzis (2018), tak došlo k největšímu nárůstu hospitalizací u věkové skupiny 10–14 let. Ve věku 15–19 let bylo 39 % hospitalizací.

Poruchy příjmu potravy byly dlouho považovány za problém, který se týká převážně žen a u mužské populace zůstávají nedostatečně zkoumané a diagnostikované. Přesto nové důkazy ukazují, že u dospívajících chlapců mohou být poruchy příjmu potravy spíše kvalitativně odlišné než méně časté. Zatímco poruchy příjmu potravy u dívek jsou často spojeny s úsilím o dosažení štíhlé postavy, u chlapců mohou být orientovány spíše na svalnatost, motivující k patologickým stravovacím návykům. To může zahrnovat nadměrnou konzumaci bílkovin, rigidní omezení tuků a sacharidů, cyklování mezi obdobími nabírání svalové hmoty a úbytku tělesného tuku, a užívání látek, které zvyšují výkon. Je také důležité si uvědomit, že někteří dospívající chlapci s poruchami příjmu potravy mohou vykazovat symptomy podobné tradičním poruchám příjmu potravy spojené se ženami, zatímco některé dívky mohou mít cíle a příznaky orientované na svalnatost (Nagata a kol., 2019).

Vzhled se stává stále významnější součástí body image mládeže, ovlivňované módními trendy a vrstevníky. Někteří mladí lidé, zejména ti, kteří chtějí dosáhnout úspěchu a pozitivně působit na okolí, mohou být náchylní k nedostatku informací, věřit nereálným slibům reklamních produktů a riskovat své zdraví ve snaze „kultivovat“ své tělo za každou cenu (Schlegel, Fialová, 2023).

1.2 Etiologie a důsledky poruch příjmu potravy

Etiologie poruch příjmu potravy

Autoři (Krch, 2005, Pipová a kol., 2021, Papežová a kol., 2018, Halmi, 2009) se shodují, že problematika poruch příjmu potravy je komplexní a na etiologii jednotlivých diagnóz se podílí celá řada faktorů. Každý výkladový model poruch příjmu potravy má své omezení, ale autoři se shodují, že roli hraje koexistence genetických, rodinných, biologických, sociokulturních, psychologických a emocionálních faktorů, ale také i životní události, které jedince potkají. Mezi rizikové faktory můžeme zařadit osobní nebo rodinnou anamnézu či psychiatrickou komorbiditu. Dále perfekcionistické nebo rigidní obsedantně-kompulzivní rysy osobnosti. Významnou roli hraje pohlaví, stres v kombinaci s větší dostupností jídla a citlivost k vyskytujícímu se kultu štíhlosti. Specifický etiologický faktor, který autoři zmiňují, je držení redukční diety.

Papežová a kol. (2018) poukazují na asociace mezi potravou a pozitivními emocemi / odměnou, anebo narůstajícími pozitivními pocity ze ztráty hmotnosti nebo nadměrného pohybu díky zpožděné odměně. Postup onemocnění může být způsoben souhrou dalších rizikových faktorů v různých dobách života a interakcí genů, epigenetických modifikací, zvýšené permeability střev, zvýšené produkce neuropeptidů a některých imunoglobulinů ovlivňujících i energetický metabolismus.

Důsledky poruch příjmu potravy

Jak již je výše zmíněno, poruchy příjmu potravy přináší pro jedince nespočet funkčních důsledků. Papežová a kol. (2018) uvádí, že chronický průběh s předčasným úmrtím vlivem metabolického rozvratu či selhání životně důležitých orgánů se nachází až u třetiny pacientů. Mezi závažné fyzické následky můžeme zahrnout poruchy menstruačního cyklu, štítné žlázy, imunity, termoregulace, reprodukčního a hormonálního systému, osteoporózu, svalovou atrofii, kazivost zubů, lámavost nehtů a vlasů.

Švédová (2012) uvádí jako následky přejídání se nadváhu až obezitu, vysoký cholesterol či krevní tlak, zvýšený cukr v krvi či problémy se žlučníkem. Dále také zmiňuje únavu při tělesné aktivitě a zátěž pro klouby atd. Následky u dětí a dospívajících zasahují do samotného vývoje organismu a mohou přinést pro dospívajícího jedince ireverzibilní změny.

Krch (2005) ukazuje, že porucha příjmu potravy zásadně mění kvalitu života postiženého. Pokud porucha příjmu potravy trvá delší časové období, přibývá zejména závažných depresivních příznaků, které mohou jedince dovést k suicidii. Další nebezpečí představují alkohol a návykové látky. Nejčastějšími komorbiditami jsou neurotické poruchy, afektivní poruchy, obsedantně-kompulzivní poruchy či závislost na psychoaktivních látkách atd.

DSM-5 (2013) uvádí, že někteří jedinci s PPP zůstávají aktivní ve společenském a v profesním životě, jiní vykazují výraznou sociální izolaci, nebo selhávají při plnění studijních nebo pracovních povinností.

Nárůst poruch příjmu potravy je patrný především od 2. poloviny 20. století. Jedná se o spektrum komplexních onemocnění, které přináší pro postiženého řadu funkčních následků. Je nutné neustále přehodnocovat společenské normy a přispívat k vytváření prostředí, kde je akceptováno různorodé vnímání tělesného obrazu. V následující kapitole se proto zaměříme na body image v kontextu poruch příjmu potravy.

2 Body image v kontextu poruch příjmu potravy

2.1 Definice body image a důsledky nespokojenosti s body image

Na úvod této kapitoly je potřeba říci, že v průběhu posledních let se velká pozornost obrací k našemu Já. Autoři Krch a Fialová (2012) uvádějí, že tato pozornost často vede k iluzi a obavám, jak se vhodně prezentovat a jak využít svůj individuální potenciál k seberealizaci. Naše hodnocení a i to, které pochází z okolí, vede k potřebě se co nejlépe prezentovat a motivuje nás k určitému jednání. Pozorování a poznávání, hodnocení toho, co je známo, a následné aktivity zaměřené na změnu nebo udržení tohoto stavu často souvisejí s tím, co vidíme venku. A často je to náš vnější stav těla. Proto body image není jen součástí celkového sebepojetí, ale jedná se o jeho nedílnou součást.

Díky Grogan (2000) víme, že zájem o způsob vnímání těla značně narůstal již ke konci 20. století. Odborná monografie Schlegela a Fialové (2023) potvrzuje, že i v současné době zájem o tělo pokračuje. Autoři dále vysvětlují, že celkové sebepojetí je obraz, který si vytváříme o své osobě. Body image proto můžeme obdobně vysvětlit jako obraz, který si vytváříme právě o vlastním těle. Tento obraz si tvoříme na základě několika dimenzí. Za prvé se jedná se o kognitivní dimenzi tedy o poznávání vlastního těla (např. jeho tvaru, proporcionality, složení). Za druhé hovoříme o emocionální dimenzi tedy o hodnocení vlastního těla (např. míry nespokojenosti s jednotlivými partiemi, důvěry ve vlastní kompetence, funkčnost). Třetí dimenze je tzv. činnostně regulativní, jedná se o náš behaviorální tělesný obraz (jehož součástí je např. životní styl, stravovací a pohybové návyky atd.).

Všechny dimenze obsahuje i definice body image, kterou uvádí Grogan (s.11, 2000), a která zní následovně: „*Body image je způsob, jakým člověk přemýšlí o svém těle, jak ho vnímá a cítí.*“

Fialová (2001) uvádí, že pojem body image se skládá nejen z vlastního stanoviska, ale i významu z okolí. A můžeme ho vysvětlit jako emocionálně afektivní hodnocení vlastního těla.

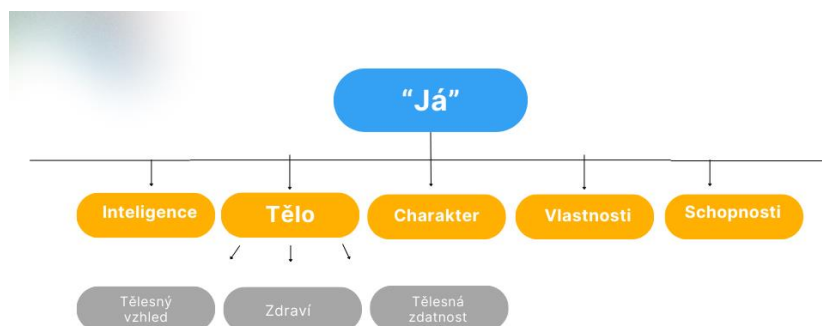
Koudelka a kol., (2012) k pojmu body image taktéž zahrnují všechny pocity a myšlenky týkající se vlastního těla (např. vnímání vlastního těla pozitivně jako atraktivního a zdravého nebo negativně jako hubeného, přetíženého a nemocného).

Stejně jako Fialová (2001) i další autoři říkají, že body image je ovlivňován nejen vlastními názory, ale i okolím. Autorka dodává, že body image často souvisí se sebepřijetím a určitým chováním.

Ze všech definic je patrné, že body image je mentálním obrazem, který si vytváříme o našem těle jako celku. Zahrnuje nejen fyzické rozměry, ale také naše pocity, myšlenky a přesvědčení ve vztahu k našemu tělu, což následně vede i k určitému chování.

Dle Schlegela, Fialové (2023) a Krcha, Fialové (2012) základní složky body image jsou:

- zdraví – pocit psychické, fyzické a sociální pohody,
- tělesná zdatnost – funkčnost a výkonnost těla,
- tělesný vzhled – atraktivita vzhledem k současnému „ideálu“ krásy, tělesnému složení vrstevníků, požadavkům druhého pohlaví, vlastní představy o dokonalém těle.



Obrázek 1 struktura sebepojetí (Fialová, Krch, 2012)

Nespokojenost s body image a její důsledky

Krch a Fialová (2012) ukazují, že každý jedinec si vytváří svou vlastní jedinečnou tělesnou krásu, ale její porovnávání s kulturně vytvořenou normativní krásou vytváří snahu se této kráse přiblížit. Základní myšlenkou je přesněji definovat tělo, dát mu jednotný charakter a eliminovat jeho mnohoznačnost forem. V tomto náročném světě, kde se snažíme přiblížit k „ideálu“, podtrhují důležitost potřeby přijmout své tělo takové, jaké je. Uvědomit si sebe sama a snažit se o realistickou změnu. Pokud člověk má

negativní vztah ke svému body image, znamená to, že své tělo vnímá negativně. Toto negativní tělesné sebepojetí může mít různé psychické, emocionální a fyzické důsledky.

Krch (2005) dodává, že nadměrné nároky na tělo a nespokojenost s postavou vedou k psychosomatickým problémům. Někteří jedinci se špatnou představou o svém těle si mohou vypěstovat nezdravé stravovací návyky nebo dokonce poruchy příjmu potravy jako způsob kontroly své hmotnosti nebo vzhledu. Nespokojenost s tělem může hrát důležitou roli při vzniku a rozvoji dalších psychických problémů.

2.2 Tělo, jako objekt, do kterého nutno investovat

Grogan (2000) nám představila myšlenku, že tělo je elastické a otevřené změnám pod vlivem nových informací. Samotné představy člověka o vlastním těle jsou do značné míry určovány sociálními zkušenostmi. Abychom jim plně porozuměli, musíme se zabývat nejen zkušenostmi jednotlivce a jeho těla, ale také kulturním prostředím, ve kterém jednatel působí.

Tělesný „ideál“ je proměnlivý konstrukt ovlivněný sociálními a kulturními faktory, což znamená, že vnímání a hodnocení těla se mění v historickém a geografickém kontextu. Historicky se „ideál“ tělesné krásy výrazně měnil od preferencí tlustých a souměrných žen k požadavku na štíhlé a vyhublé postavy. Geograficky se projevují rozdíly například v preferencích tělesných proporcí mezi chudými a vyspělými zeměmi. Celkově lze pozorovat rozmanitost „ideálních“ tělesných typů od štíhlých po obézní (Schlegel, Fialová, 2023, Donovan a kol., 2020).

Zajímavé je i to, že v minulosti byla dle Krcha a Fialové (2012) obéznímu člověku připisována řada kladných vlastností. Dnes ho společnost vnímá spíše jako člověka bez vůle, líného a pohodlného. Stejně tak pozitivní osobnostní a sociální atributy jako je společenská prestiž, pozornost, romantický úspěch, zaměstnanost a ekonomický úspěch se připisují těm, kdo mají štíhlé tělo (Donovan a kol., 2020).

Dle Grogan (2000) je tělesným „ideálem“ v západních společnostech štíhlá postava pro ženy i muže. U mužů se navíc vyžaduje krom štíhlosti i přiměřeně svalnatá postava. Podle Krcha a Fialové (2012) se cení zdravé, funkční, pružné, štíhlé a mladistvé tělo. Požadavky tělesného „ideálu“ jsou velmi vysoké. Paradoxem však je, že na jedné straně je stále více lidí obézních, na druhé straně přibývá poruch příjmu potravy způsobených touhou být štíhlý.

Normám týkajících se vzhledu se ve svém výzkumu zabývala i autorka Valouchová (2015). Ta uvádí, že u žen je vyžadována štíhlost a také neustálá komplexní péče o tělo, kam patří péče o pleť, make-up, ale i oblékání. U žen je preferována štíhlá, vysoká postava a jemná kůže.

Po desetiletí byl dominantním standardem ženské krásy „ideál“ štíhlé postavy, v současné době se stále více prosazuje „ideál“ konkurenční štíhlé a zároveň vypracované postavy. Ukazuje se však, že začlenění muskulatury do „ideálu“ štíhlosti nezmírňuje škodlivé stravovací a afektivní důsledky běžně spojené s úsilím o štíhlost. Postmoderní přístup k tělu se vyznačuje také tím, že tělo přestává být ideálem a stává se objektem, který uspokojuje touhy a potřeby. Tělo je oceňováno nejen pro své schopnosti a možnosti, ale také pro svou připravenost plnit různé požadavky, které jsou na něj kladeny. Díky tomu se stále častěji upřednostňují způsoby prezentace těla před pouhým prožíváním jeho tělesnosti. Kult těla, jak byl chápán v antice (jednota duševní a tělesné dokonalosti), je nyní vnímán jako samoučelné uctívání uměle vytvořených typů „ideálů“ např. kult štíhlosti, kult těl pěstovaných ve fitness centrech (Donovan a kol., 2020, Babyrádová a kol., 2018).

Jednou z charakteristik současné mužské tělesné kultury je také její feminizace. Stejně jako ženské tělo se i mužské tělo mění a přetváří různými prostředky. Vzorem doby může být vypracovaný muž, ale i přirozené modely (Babyrádová a kol., 2018).

Současný mužský „ideál“ popisuje i Groves a kol. (2023), dle těchto autorů je definován dobře vyvinutou horní částí těla, která vytváří trup ve tvaru písmene V, a nízkým obsahem tělesného tuku, takže základní svalstvo je jasně viditelné.

Na závěr této části kapitoly stojí za zmínku koncepty pozitivního a neutrálního vnímání těl, známých jako body positivity a body neutrality. Počátky pozitivního vnímání těla sahají do 60. let 20. století, kdy vznikly s cílem ukončit diskriminaci „tlustých“ těl a zdůraznil myšlenku, že všechna těla jsou krásná. Tento přístup propaguje inkluzivitu, sebelásku a sebezřetivost, přičemž zdůrazňuje odpor jednotlivců proti sociálnímu útlaku. Jako takový již nebere v úvahu institucionální tlaky a diskriminaci, které nás v různé míře ovlivňují v souvislosti se vzhledem a fungováním našich těl. Tělesná neutralita naproti tomu nabízí alternativní cestu k přijetí. Místo toho, aby se zaměřila na lásku a pozitivní přístup k vašemu tělu, přesouvá pozornost od fyzického vzhledu. Oproti pozitivnímu přístupu však body neutrality bere v úvahu, že některá těla jsou systematicky

diskriminována, například tloušťkou nebo postižením. Mnoho lidí se stále potýká se společenským tlakem spojeným s tělesnými „ideály“ (Kotvalová, 2023).

V dnešní době je naše tělo často ústřední hodnotou našeho života. Tělesné „ideály“ přináší unifikovanou krásu a tlak na nás snažit se dosáhnout tohoto pomyslného dokonalého těla je obrovský. Na závěr můžeme odkázat na autory Schlegela a Fialovou (2023). Dle autorů se lidské tělo stává objektem, do kterého je nutno investovat, a který je potřeba přetvářet. Péče o tělo a vzhled je totiž dnes u mnoha lidí považována za ukazatel úspěchu.

2.3 Vývojové období adolescence v kontextu body image

Macek (2003) datuje adolescenci mezi 15. až 20. (22.) rokem života jedince. Rozděluje toto období do tří vzájemně provázaných fází:

- časná adolescence 10–13,
- střední adolescence 14–16,
- pozdní adolescence 17–20 (22).

Lesková (2013) považuje adolescenci za poslední období vývoje před tím, než se mladí lidé stanou dospělými, než se plně rozvinou jejich fyzické a duševní schopnosti. Toto období je charakteristické kompenzováním lability a nevyrovnanosti, které jsou typické pro bouřlivé období puberty, která stojí za rychlými tělesnými změnami.

Dokončuje se formování morálních a charakterových vlastností osobnosti. Nejdůležitější změny v období dospívání se odehrávají v oblasti tělesného, psychického a mravního vývoje. Charakteristiky příznačné pro adolescenci shrnuje do čtyř hlavních bodů. Na intelektuální úrovni začínají adolescenti ovládat schopnost vytvářet a podporovat vlastní názory a zároveň respektovat názory druhých, dále schopnost činit samostatná a odpovědná rozhodnutí. Na sociální úrovni se dle autorky jedná o schopnost navazovat pozitivní vztahy, opravdová přátelství, začlenit se do společnosti a přizpůsobit se normám. Na emocionální úrovni má být adolescent schopen přijímat a ovládat emoce, oprávněnou kritiku, čelit nepříjemným problémům a vypořádat se s nimi. Na morální úrovni jde o oddanost morálním ideálům a schopnost žít podle těchto ideálů nebo rozvíjet vlastní způsoby k jejich dosažení. Postupem času se tyto ideály mladých lidí stávají realističtějšími, pevnějšími a trvalejšími.

Autoři Smékal a Macek (2002) poukazují na to, že mladí lidé v období přechodu z dětství do dospělosti jsou velmi senzibilní na své okolí. Jsou citliví na otázky

spravedlnosti a ve svém chování se stávají stále autentičtějšími, což je přivádí nejen do konfliktu s okolím, ale také ke zkušenostem důležitým pro budování hodnotového systému. Normy, představy o dobru a zlu a spravedlnosti si dospívající osvojují nejen v racionální podobě, ale také v podobě aspirací, empatie a antipatie. Důležitý vliv na utváření postojů k lidem mají emoce. Dospívající se otevírají směrem k sebestřednosti a hledají příležitosti, jak se svobodně vyjádřit. Důležitou roli hrají otázky spravedlnosti, soucitu a zájmu o druhé i vrstevnické vztahy. Učí se brát svůj život vážně, objevují jeho smysl a cítí se za sebe zodpovědní.

Jánošová (2008) uvádí, že na biologické úrovni jde o dozrávání tělesných funkcí souvisejících s reprodukční schopností. Smékal a Macek (2002) blíže vysvětlují, že dětský pohlavní vývoj zahrnuje tři hlavní typy změn: primární pohlavní znaky (růst penisu, varlat u chlapců, dělohy u dívek), sekundární pohlavní znaky (vývoj prsou, změny hlasu, ochlupení obličeje a těla) a současné změny výšky, hmotnosti a tvaru těla. U chlapců jsou doprovodné změny spojeny s růstem a rozvojem svalů, zatímco u dívek se projevují akumulací podkožního tuku, což může ovlivnit jejich vnímání tělesných změn.

Biologická vyspělost se dle Heluse (2009) v posledních letech zrychlila. Současné mladí lidé dříve dokončí vývoj reprodukční zralosti než osobnostní a sociální. I Jánošová (2008) vidí prvek sociální, jako prvek, v němž se generace dospívajících a dospělých nejdéle liší. Zde je dospělost spojena s dosažením určité sociální emancipace, tj. určitého osvobození od citové a materiální závislosti na rodičích. Vzniká tak jakási mezera, v níž jedinec biologicky a poté psychicky dozrává, ale ještě není plně dospělý. Adolescenti se tak později stabilizují a nacházejí svou identitu.

Budování identity adolescenta

Identitu lze definovat například podle Smetáčkové (2016, s. 102) jako „*vědomí sebe sama, které zahrnuje kontinuitu vlastního bytí a hranice mezi sebou a druhými lidmi*“.

Lesková (2013) uvádí, že každá společnost poskytuje výchozí bod pro rozvoj osobnosti svých členů, ovlivněný materiální a duchovní kulturou. Socializace funguje jako prostředník mezi společností a jednotlivcem, zaměřuje se na formování identity a rozvoj pocitu vlastního já. Identita, zahrnující subjektivní i objektivní aspekty, je dnes formována sociálním a mediálním prostředím. Otázka konstruování vlastní identity a vyjádření vztahu k sobě samému je jedním z klíčových témat adolescence. Jde o snahu v tomto období získat představu o tom, jak by se měl člověk chovat a kým by měl ve

společnosti být. Jedinci si právě v adolescenci nejvíce uvědomují svou jedinečnost, autenticitu a neopakovatelnost, hledají svou identitu pomocí otázek: Kdo jsem? Jaký jsem? Čím se liším od ostatních? Vzhledem k tomu, že se člověk jako osobnost může vyvíjet po celý život, stává se z toho nepřetržitý proces sebeutváření a sebepoznávání.

Autoři Smékal a Macek (2002) dodávají, že proces utváření identity během dospívání je mnohvrstevnatý. Důležitými vlastnostmi v tomto kontextu jsou vnímání vlastní stability, kompetence a pohody. Odtud pramení zájem o zkoumání pocitu vlastní hodnoty, kompetence a způsobilosti. Neméně důležité jsou otázky zaměřené na kvalitu prožitků, míru spokojenosti s vlastním životem nebo hodnocení dopadu na vlastní život. Dalším aspektem utváření identity je sociální dimenze, oblast vnímání a hodnocení vztahů, do nichž dospívající vstupují jako stále aktivnější subjekty. Snaží se například i zvládnout přechod svého těla z dětského vzhledu do dospělosti.

Identita zahrnuje také vědomí vlastního těla, které považujeme za velmi osobní a jedinečné. Díky Krchovi a Fialové (2012) víme, že tělo je hlavním prostředkem sebevyjádření a interakce se světem, a proto je hlavním aspektem k pochopení celého já. Každý člověk žije ve svém těle a používá ho k vyjádření sebe sama navenek. Tělo má proto významný vliv na to, jak definujeme sami sebe. To, jak vnímáme své tělo a pohyby a jak jsou pro nás důležité, určuje naši fyzickou identitu. My lidé vnímáme své tělo určitým způsobem: cítíme ho, poznáváme ho, hodnotíme ho a vědomě ovládáme jeho činnost. Prožívání vlastního těla a komplexní zpracování všech informací o něm se nazývá tělesné schéma. Je důležitou součástí naší identity a zaujímáme k němu určité postoje. To znamená, že své tělo hodnotíme, vytváříme si k němu určitý citový vztah, přijímáme ho, nebo odmítáme.

Valouchová (2015) také věří, že vzhled člověka funguje jako určitý identifikátor toho, kam patří a jakou má identitu. Je jednou z charakteristik, které umožňují zařazení členů společnosti do předem daných typologických skupin. Jakmile do jedné z těchto skupin patříme, přisuzujeme jí další charakteristiky založené na vzhledu, věku, etnickém původu, a nakonec i genderu. V oblasti vzhledu se přisuzované charakteristiky týkají především společenského postavení a životního stylu. Být dobře vypadající znamená mít vysoké postavení. V západních společnostech je navíc nadváha spojována se ztrátou sebekontroly.

Pokud v adolescenci není plně naplněna potřeba činit vlastní rozhodnutí, dělat vlastní chyby, nést odpovědnost za následky a dosahovat vlastních úspěchů, může vzniknout vnitřní napětí a narušené vztahy s autoritami. Dospívající také potřebují být

uznávání svými vrstevníky a cítit, že jsou jedněmi z nich. Nedostatek pocitu vlastní identity často vede k vnitřnímu zmatku, který může narušovat emoce, vést k pocitům méněcennosti a bezmoci a způsobovat nevhodné chování (Lesková, 2013).

Gender a body image

Dle Smetáčkové (2016) je zřejmé, že gender představuje komplex charakteristik týkajících se obrazu žen a mužů v dané společnosti nebo historickém období, které se vztahují k jejich vzhledu, schopnostem, chování a zájmům. Tento pojem tedy označuje sociálně a kulturně konstruované rozdíly mezi feminitou a maskulinitou. Feminita a maskulinita jsou konstruovány jako vzájemně se vylučující, ale doplňující entity.

Helus (2009) pojem gender označuje za to, co se děje s lidmi určitého pohlaví v důsledku kulturních a sociálních vlivů. Vysvětluje, že jsou rozdíly v chování sociálního prostředí vůči chlapcům a dívkám od narození po dospívání. Považuje za důležité, že se v mladých lidech formuje feminita a maskulinita, které jsou v určité rodině, etnické skupině, tradici, kultuře nebo společenské třídě obvyklé a žádoucí. Toto formování se děje díky manipulacím (např. oblékáním do dívčího oblečení, zdůrazňováním síly chlapců atd.), systematické pozornosti (podsouvání genderově vhodných předmětů a činností), verbálnímu pojmenování (např. výrazy jako „hodná holka“ či „rychlý kluk“ v různých genderově specifických situacích).

Jánošová (2008) uvádí, že na chlapce působí socializace trochu jinak než na dívky. Dívky jsou často vychovávány s menším důrazem na tradičně považované mužské vlastnosti, jako je soutěživost nebo prosazování se. Naopak od žen se očekává, že plní mateřské poslání s důrazem na obětavost a péči. Autorka zdůrazňuje, že tradiční ženské rysy, jako je skromnost a sebeobětování, mohou být vnímány jako rizikové, posílající dívkám poselství, že jejich hodnota je spojena s muži. Diskriminace mužů je méně zřetelná, částečně kvůli představě mužské dominance, která odmítá uznat, že si muži na takové věci stěžují. Maskulinita klade důraz na kontrolované emoce a úspěšnou kariéru.

Fyzické změny během adolescence hluboce formují identitu jedince a přinášejí zdůraznění rozdílů mezi dívkami a chlapci. Dívky prožívají proces dospívání obvykle jako traumatictější a čelí větší pozornosti. Chlapci se naopak snaží vyrovnat se změnami a budovat novou identitu. Jejich hry často reflektují sílu, fyzickou zdatnost, odolnost vůči bolesti a překonávání strachu. Dívky čelí výzvě pečování o vzhled, což přináší silnější sociální tlak ve srovnání s chlapci, na něž není kladen tak výrazný požadavek ohledně péče o vzhled ze strany společnosti (Jánošová, 2008).

U chlapců se zdá, že dřívější nástup změn spojených s dospíváním přináší příznivější zážitky než u dívek, protože se lépe přizpůsobují kulturním standardům mužského těla. Naopak opožděný růst u chlapců často vede k negativním emocím a nízkému sebehodnocení. U dívek je vnímání a hodnocení předčasného dospívání komplexnější, zpomalený proces změny tvaru těla a kulturní tlak ohledně vzhledu zvyšují obtížnost této zkušenosti. Pouze málo dívek je během adolescence spokojeno se svým tělem. Pro správné vnímání a hodnocení změn vlastního těla jsou klíčové reálné i očekávané názory lidí, které dospívající považují za důležité (Smékal, Macek, 2002).

Fialová a Krch (2012) poukazují na to, že genderová identita je základem a ovlivňuje přijímané stereotypy chování i s ohledem na oblékání a líčení, trávení volného času, výběr aktivit zaměřených na postavu, vzhled i funkčnost těla. Dále uvádí, že zejména na ženské tělo jsou kladeny velké nároky, a ženy proto podléhají představám, že pokud na sobě budou pracovat a do svého vzhledu investovat čas a peníze, mohou dosáhnout „ideální“ podoby.

Z výzkumu Valouchové (2015) je patrné, že ženy péči o svůj zevnějšek považují za jakousi povinnost. Selhání s ohledem na daný „ideál“ vzhledu je proto vnímáno jako selhání konkrétní ženy. U žen je vzhled, zejména péče o zevnějšek, považován za jasnou součást jejich role, a proto prostupuje všemi interakcemi. Ženám je přisuzována větší zodpovědnost a podle toho jsou odvozovány i další charakteristiky. Na jedné straně se od žen očekává, že budou do jisté míry o sebe pečovat a budou upravené, na druhé straně je jejich úprava, a zejména péče o sebe, prezentována povrchně, a proto je jim přisuzována negativní hodnota. To vytváří určitý konflikt. U mužů je vzhled také považován za důležitý, ale často je spojen s určitou rolí a jeho účelem je na tuto roli odkazovat. U mužů tak může být vzhled vnímán jako něco, co souvisí se společenskou pozicí, kterou zaujímají, a interakce s nimi jako prostředek podporující výkon této pozice. Od mužů se očekává, že o sebe budou pečovat v míře, kterou vyžaduje jejich postavení.

Bovey (1995) dodává, že „tlustá“ žena je rovnoprávná pouze po telefonu. Dle autorky se předpokládá, že žena bude odpovídat přísnějšímu a stereotypnějšímu estetickému „ideálu“ než muž.

2.4 Masmédia a body image

Jedním z nejdůležitějších faktorů, které se přímo či nepřímo nebo jako vedlejší účinek podílejí na socializaci jedince, jsou bezpochyby masmédia. Masová komunikace

je specifickým typem sociální komunikace, a zároveň produktem, tvůrcem a symbolem lidské civilizace a kultury. V tomto typu komunikace jsou informace a symbolické obsahy šířeny a předávány veřejnosti prostřednictvím speciálních prostředků. Masová komunikace je jedním z nejcharakterističtějších rysů moderní civilizace a může mít mnoho podob. Obecně je lze rozdělit na tištěná média (např. noviny, knihy, časopisy) a elektronická média (např. rozhlas, televize, video, elektronické technologie). Masová média překonávají časové a prostorové vzdálenosti a vstupují do našeho života v širším měřítku, ovlivňují naši psychiku a sociální chování. Snadná a rychlá dostupnost mediálních obsahů představuje hrozbu oslabení naší schopnosti rozlišovat mezi realitou a mediální či virtuální realitou (Lesková, 2013).

Funkce médií se liší v závislosti na organizačních formách, kulturním prostředí a sociálních, ekonomických a politických podmínkách společnosti. Jiráček a Köpplová (2009) rozlišují funkce médií takto:

- Informační funkce – média poskytují spotřebitelům potřebné informace o světě.
- Zábavní funkce – média poskytují příjemcům zábavu a rozptýlení.
- Sociální funkce – média poskytují publiku příklady života společnosti, chování, sociálních interakcí a skupin.
- Kulturní funkce – média poskytují spotřebitelům materiál, který odráží kulturu, jež jsou součástí.
- Politická funkce – média poskytují publiku vhled do politických událostí, problémů a aktivit.

Krch a Fialová (2012) poukazují na to, že právě média a různí tvůrci přípravků využívají tělesného „ideálu“. Používají rozsáhlou reklamu na tělo a významně ovlivňují naše myšlení a chování. Reklamou rozumíme placenou formu neosobní, masové komunikace. Cílem reklamy je informování spotřebitelů a záměr ovlivnit jejich chování. Subjektivní hodnocení těla z hlediska vzhledu, funkčnosti, zdraví a kondice je důležité i pro duševní zdraví a pohodu. Touha po dosažení dobrého zdraví a vzhledu se odráží ve zvýšených výdajích na cílenou péči o tělo a zdravou výživu, stejně jako ve zvýšeném zájmu o fyzickou aktivitu. Reklamám je z ekonomických důvodů věnováno více prostoru než nabídkám, které nejsou určeny pro spotřebitele. Vzdělávací pořady na téma péče o tělo se na televizních kanálech vysílají jen zřídka.

Rozvoj médií a technologií, zejména s vývojem různých retušovacích a fotografických programů, usnadnil zobrazování lidské krásy v nereálných polohách těla. Zejména v ženských a dívčích časopisech bychom dnes jen těžko hledali fotografii, která by nebyla zmanipulovaná nebo nafocená s vybraným efektem. Mezi nejčastěji používané techniky úpravy fotografií patří: zeštíhlení nohou, pasu, boků a obličeje; vyhlazení vrásek v obličeji (zejména kolem očí); odstranění váček pod očima; vybělení očního bělma a zubů; tónování barvy pleti; zvětšení prsou; prodloužení tvaru těla; použití částí těla z jiných fotografií k prodloužení krku, zvýšení postavy atd. To potvrzuje, že největší vliv na prosazování dnešních „ideálů“ krásy mají média a kosmetický průmysl. Stále více žen a mužů podstupuje kosmetické operace, plastické operace a různé chirurgické a estetické zákroky. To vše proto, aby si tělo udrželo mladistvý vzhled (Koudelka a kol., 2012).

Používání sociálních médií se stalo součástí každodenního života většiny dospívajících a mladých dospělých. Tento virtuální prostor se stal nekonečným zdrojem informací, zábavy, komunikace a sebe prezentace. Bylo však zjištěno, že sociální média mají na uživatele značný vliv, utvářejí jejich názory a postoje a tento vliv se odráží v otázkách sebepojetí těla. V této souvislosti mohou mít sociální sítě na příjemce informací jak pozitivní, tak negativní vliv. Seriózní informace založené na vědeckých důkazech mohou obohatit znalosti a podpořit žádoucí aktivity. Bohužel často není možné rozlišit seriózní informace od výmyslů nebo naprostých lží. Stejně jako některé reklamy zatajují některá fakta a prezentují pouze to, co se hodí výrobcům a prodejcům, mohou sociální sítě šířit neověřené a neprokázané informace (Schlegel, Fialová, 2023).

Tato diplomová práce se soustředí na vývojové období adolescence, a právě adolescenti jsou velmi častí uživatelé sociálních sítí.

Zde můžeme třeba odkázat na studii odborníků z Filozofické fakulty Univerzity Palackého, která ukázala, že hlavní účet na Instagramu, jedné ze sociálních sítí, má 43,03 % adolescentů. Průměrný věk, kdy si zakládají tento účet na sociálních sítích, je mezi 10. a 11. rokem věku. Z uvedeného výzkumu také vyšlo najevo, že u skupiny mladých lidí ve věku 11–19 let, kteří používají internet déle než dvě hodiny denně, dochází k poklesu autonomních, duchovních a sociálních hodnot. Důležité je také zmínit, že pouze 15,74 % rodičů ví vždy, co jejich potomek dělá na internetu (Hronová, 2022).

To, že české děti tráví příliš času před obrazovkami potvrzuje i národní zpráva o pohybové aktivitě. V tomto patříme mezi nejhorší sledované státy. Celkově tráví před obrazovkou více času, než je doporučováno, přes 70 % dětí a dospívajících. Za velký

nedostatek pak lze považovat absenci tématu podpory pohybové aktivity ve strategických dokumentech (Národní zpráva o pohybové aktivitě českých dětí a mládeže, 2022, online). Z tohoto důvodu následující podkapitolu věnujeme vztahu body image a sociálních sítí.

2.5 Sociální sítě ve vztahu k body image

Vymezení pojmu sociální síť

Sociální sítě jsou online platformy, které uživatelům nabízejí široké možnosti práce s různými typy online obsahu, včetně textu, zvuku, videa a grafiky. Uživatelé mohou aktivně vytvářet obsah a sdílet jej s ostatními uživateli, nebo jej pouze pasivně prohlížet. Sdílený obsah může mít mnoho podob, například sdílení vlastních zkušeností, názorů a postojů, ale i vytváření obsahově bohatších příspěvků (např. vzdělávací). Uživatelé si mohou vytvářet vlastní profily, zpřístupňovat je ostatním uživatelům a sledovat profily jiných uživatelů. Mohou komunikovat s ostatními uživateli a ovlivňovat názory např. prostřednictvím označování apod. Existují různé typy sociálních sítí, které se liší svou funkcí, zaměřením a cílovými skupinami uživatelů. Mezi nejznámější sociální sítě patří Facebook, Instagram, Twitter, LinkedIn, YouTube a TikTok (Kopecký, Krejčí, 2023).

Pavliček (2010) se zabývá definicí sociálních sítí ze sociologického hlediska a vysvětluje, že sociální síť je propojená skupina lidí, kteří se mohou, ale nemusí znát, ale vzájemně se ovlivňují. Takové sociální sítě se vytvářejí na základě určitých společných zájmů. Mezi tyto zájmy patří například rodinné vazby, ekonomické zájmy, kulturní zájmy atd. Pojem sociální síť v oblasti internetu lze tedy chápat jako jakýkoli systém, který umožňuje uživatelům vytvářet a udržovat vzájemně propojené kontakty. Vytváření sítí však nemusí být nutně primární funkcí takového systému, je pouze doplňkem primární funkce konkrétní sociální sítě. Každý uživatel sociální sítě může definovat své vlastnosti a charakteristiky, které jsou volně přístupné ostatním uživatelům. Uživatelé sociální sítě se mohou vzájemně vyhledávat a vytvářet tak virtuální komunity. Jak autor upozorňuje, mezi další funkce, které mohou sociální sítě podporovat, patří nahrávání fotografií a také informací o uživatelích. Hlavním problémem sociálních sítí je bezpečnost a důvěra uživatelů. Většina sociálních sítí se také zaměřuje na vývoj dalších funkcí a služeb, které dávají uživatelům důvod trávit na sociální síti více času.

Nová média na rozdíl od těch tradičních umožňují uživatelům digitální interakci, kde mohou komentovat, hodnotit a sdílet obsah. Uživatelé online platforem

se stávají aktivními tvůrci, protože vytvářet nový mediální obsah a sdílet ho je nyní jednoduché a není vyžadována velká finanční investice. Díky snadné dostupnosti internetu je obsah nových médií často zdarma, i když to může ovlivnit kvalitu obsahu a zasahovat do tradičních médií, která snižují své náklady na konkurenceschopnost. Každý tvůrce mediálního obsahu v nových médiích nese odpovědnost za kvalitu obsahu, a to vyžaduje zvýšenou mediální a digitální gramotnost (Kopecký, Krejčí, 2023).

Sociální sítě ve vztahu k body image

Sociální sítě mohou negativně ovlivňovat mezilidskou interakci prostřednictvím různých rizik, jako je šíření nepravdivých informací, vznik závislostí apod. Dále se na nich lze účastnit tzv. *bodyshamingu*, což je ponižování na základě vzhledu skrze nevhodné komentáře, které negativně ovlivňují sebehodnocení jednotlivce (Kopecký, Krejčí, 2023).

Wang (2019) uvádí, že zapojení do konverzací o tělesném vzhledu na sociálních sítích může vést k tomu, že jednotlivci budou sledovat a zkoumat své vlastní tělo a také zažívat pocity studu související s jejich body image.

Také autorky Hollandová a Tiggemannová (2016) poskytují cenné poznatky o vztahu mezi používáním sociálních sítí a problémy s body image. Porovnávání vlastního vzhledu s ostatními na sociálních sítích, zejména v kontextu idealizovaných nebo nerealistických obrazů, může přispívat k nespokojenosti s tělem a souvisejícím problémům. Autorky poukazují na roli procesů sociálního srovnávání.

Verduyn a kol. (2020) nám přibližují pojem sociální srovnávání. To dle autorů označuje tendenci využívat jiné lidi jako zdroj informací k určení toho, jak si vedeme ve srovnání s ostatními (srovnávání schopností) nebo jak bychom se měli chovat, myslet a cítit (srovnávání názorů). Tato srovnání nám poskytují informace o našich vlastních i cizích schopnostech, společenském postavení a výkonnosti, což nám umožňuje bezproblémovou orientaci v sociálním světě. Kromě toho mají znalosti o ostatních jedincích a skupinách potenciál uspokojit základní lidské potřeby, jako je potřeba afiliace a úcty. Sociální srovnávání je všudypřítomné napříč kulturami, je patrné již u malých dětí a je považováno za základní rys sociální evoluce člověka.

Dle Harrigera a kol. (2023) je používání sociálních sítí spojeno s vyšší nespokojeností s tělem a zvýšeným rizikem poruch příjmu potravy. Navíc bylo zjištěno, že účast na aktivitách na sociálních sítích zaměřených na vzhled, souvisí s nespokojeností s tělem více než celkový čas strávený na sociálních sítích. Kromě toho vystavení silně

upraveným a nerealistickým fotografiím, stejně jako zapojení do srovnávání vzhledu, může vést k negativním myšlenkám o vlastním těle. Autoři také uvádí, že platformy založené na fotografiích, jako je Instagram a Snapchat, jsou častěji spojeny s nespokojeností s tělem než textové platformy, jako je Twitter a Facebook. Výzkum platform založených na videu, jako je TikTok, je sice teprve v počáteční fázi, ale je uznáván jako oblast, kterou je třeba dále zkoumat.

Také Vandebosh a kol. (2022) ukazují, že vizuální platformy, jako Instagram, mají větší negativní vliv body image než textové platformy, jako Facebook. Fotografické prostředí sociálních médií na Instagramu častěji propaguje obsah zaměřený na vzhled, což zvyšuje šance na internalizaci „ideálů“ vzhledu, sebeobjektivizaci a negativní srovnávání. Ženy, které tráví čas na Instagramu, více srovnávají svůj vzhled než ty, které tráví čas na Facebooku. Navíc pozitivní komentáře zvyšují dopad idealizovaného obsahu tím, že posilují účinky na autora nebo pozorovatele tohoto obsahu.

Ze studie Hollandové a Tiggemannové (2016) je patrné, že mezi specifické činnosti na sociálních sítích, které souvisejí s body image a nevhodným stravováním, patří prohlížení a nahrávání fotografií, vyhledávání negativní zpětné vazby prostřednictvím aktualizací stavu, trávení více času na sociálních sítích a častější kontrola profilů. Tyto činnosti jsou spojeny se zvýšeným dohledem těla, častějším srovnáváním vzhledu, sníženou spokojeností s hmotností, větší snahou o štíhlost a větší nespokojeností s tělem. Kromě toho představuje používání filtrů nebo jiných technik digitální úpravy u aktivit založených na fotografiích další důležitý aspekt.

Autoři Legget a Laursen (2022) zjistili, že častější používání sociálních médií je spojeno s poklesem spokojenosti s tělem a fyzické aktivity, zejména u dětí s vysokou náchylností k vlivu vrstevníků. To naznačuje, že konformita s vrstevníky zesiluje rizika spojená s používáním sociálních médií.

Ukazuje se, že masové využívání informačních a komunikačních technologií má významný vliv na životní styl dětí a mládeže, a to i v oblasti rizikového chování (Hoferková, Bělík, 2017).

S novým přesunem aktivit z reálného světa do virtuálního prostoru vznikají nové nežádoucí jevy a problémy. Statisticky nejohroženější skupinou jsou děti ve věku 9 až 16 let, které často projevují nižší smysl pro zodpovědnost a nerozumí vždy důsledkům svých činů (Kraus, Bělík, 2018).

Nadměrné a nevhodné užívání digitálních technologií dětmi může vést k opoždění psychomotorického vývoje, obezitě, poruchám spánku, opoždění vývoje řeči a dalším zdravotním obtížím (Sadílková, 2020)

Způsoby trávení volného času dětí a mládeže procházejí výraznými změnami. Virtuální svět prostřednictvím počítačů a mobilních telefonů se stává hlavním prostorem pro rizikové chování. Preventivní aktivity by měly reflektovat tyto trendy, včetně změn v životním stylu mladých lidí, jako je péče o zdraví, vzhled a pověst (Hoferková in Bělík, Hoferková, 2018).

Fenomén zotavovacích účtů

Na sociálních sítích mohou lidé s poruchami příjmu potravy ukazovat své onemocnění, sdílet tipy a triky a povzbuzovat ostatní uživatele, aby se stali součástí jejich komunity. Technologický vývoj usnadnil přístup k tomuto typu zdrojů. Navzdory politice platform se bohužel stále objevují takové profily, které poruchy příjmu potravy proklamují (Jordan a kol., 2021).

Autoři Logrieco a kol. (2021) se zaměřili ve svém výzkumu na platformu TikTok. Jejich zjištění naznačují, že videa, jež se snaží upozorňovat na důsledky poruch příjmu potravy, paradoxně mohou nechtěně přispívat k šíření nezdravých vzorců chování. Tato problematika se dotýká zejména citlivých jednotlivců, především adolescentů, kteří mohou podléhat napodobování destruktivních praktik prezentovaných ve videích. Algoritmy platformy mají schopnost doporučovat uživatelům, kteří viděli obsah spojený s poruchou příjmu potravy, podobná videa, což vytváří cyklus vystavení škodlivému obsahu. Někteří tvůrci obsahu mohou nechtěně soutěžit v projevování vážnosti svého stavu, například zobrazováním čísel týkajících se kalorií a parametrů, což neúmyslně glorifikuje a normalizuje škodlivé chování.

Celkově lze však říci, že online dokumentování zotavení z poruchy příjmu potravy poskytuje jednotlivcům platformu pro sebevyjádření, navázání kontaktů a obhajobu, motivaci k léčbě a zároveň přispívá k širšímu diskurzu o zotavení z poruch příjmu potravy a duševního zdraví (LaMarre, Carla Rice, 2017).

Fitzsimmons-Craft a kol. (2019) dodávají, že většina lidí, kteří sledují takovýto obsah na sociálních sítích, projevuje příznaky poruchy příjmu potravy, především mezi mladými dospělými. Mnozí z nich nevyhledali léčbu, především z důvodu přesvědčení, že jejich problém není dostatečně závažný, a obav spojených se stigmatem. Autoři rovněž naznačují silný zájem o využívání technologií, včetně online poradenství a při podpoře

duševního zdraví, což ukazuje na otevřenost k využití technologií pro zlepšení dostupnosti léčby.

Sociálních sítě jako podpůrný rámec

Navzdory známému negativnímu vlivu, který sociální sítě mohou mít na poruchy příjmu potravy, mohou být také použity jako podpůrný rámec pro zotavení. Mohou být použity k identifikaci nebezpečného chování a intervenci nebo jako nástroj prevence (Jordan a kol., 2021).

Již Kraus a Poláčková (2001) zdůrazňují v sociální pedagogice roli technologií, které se stávají klíčovým tématem. Zvláště významným diskurzem je pedagogizace prostředí, což znamená vytváření vhodného prostředí pro rozvoj jednotlivců a společnosti. To zahrnuje podporu interakcí mezi nimi a procesy učení, současně rozvoj dovedností a kompetencí jednotlivců být v tomto prostoru a vhodně s ním pracovat.

Černý (2022) dodává, že sociální pedagogika může aktivně vstupovat do procesu formování prostředí, v němž se její klienti nacházejí. Volný čas je stěžejním tématem sociální pedagogiky. Pedagogika volného času by měla aktivně vstoupit do kyberprostoru, uznat, že v něm probíhá značná část volného času, a zaměřit se na vytváření bezpečného, svobodného a rozvíjejícího prostředí pro studenty. Klíčovým cílem je pracovat s médii tak, jak jsou děti zvyklé je používat, a propojit jejich zájmy a potřeby s moderními technologiemi. Důležité je ponořit se do světa médií mladých lidí, porozumět oblíbeným aplikacím, sociálním sítím, tvůrcům a influencerům. Bez předsudků respektovat, jaká média preferují, k jejichž účelu je používají, a jakým způsobem interpretují obsah.

Dle autorů Vandebosh a kol., (2022) má pozitivní obsah na sociálních sítích, který podporuje přijetí těla a tělesnou rozmanitost, pozitivní vliv na obraz těla, zejména u mladých žen. Důležité však je zdůraznit, že i když pozitivní obsah může teoreticky pomoci, existují obavy ohledně jeho praktické implementace a možných negativních účinků.

Schlegel, Křehký a Dostálová (2021) ukazují, že sociální sítě vytvářejí prostor pro skupiny zaměřené na cvičení, výživu a zdravý životní styl. Dle autorů jsou „fitness výzvy“ prostředkem k motivaci ke cvičení, snižování hmotnosti nebo zlepšení výkonnosti. Při vhodném obsahu mohou tyto výzvy poskytovat motivaci, informace, posílit silový výkon a pozitivně ovlivnit tělesný obraz mladých dospělých. Současně

mohou přispět k zvýšení fyzické aktivity, která je v západní společnosti obecně nedostatečná.

Pohled na to, jak lze účinně přispět k prevenci poruch příjmu potravy prostřednictvím sociálních sítí přináší i Rando-Cueto a kol. (2023). První strategie spočívá ve vzdělávacím obsahu, kde odborníci sdílí přesné a důkazem podložené informace o poruchách příjmu potravy, zdravém životním stylu atd. Tím se zvyšuje povědomí o rizicích spojených s neuspořádaným stravovacím chováním. Druhým krokem je vytváření videí podporujících akceptaci různých tělesných typů a kritizující nerealistické standardy krásy, které mohou vést k rozvoji poruch příjmu potravy. Třetí strategií je využít platformy jako nástroj pro včasnou intervenci. Poskytovat zdroje, podporu a poradenství lidem s potenciálními problémy spojenými s neuspořádaným stravováním. Odborníci mohou identifikovat rizikové skupiny a poskytnout pomoc dříve, než porucha příjmu potravy postoupí do pokročilého stádia. Zapojení sledujících interaktivním obsahem také umožňuje odborným zařízením vytvořit podpůrnou komunitu. Otevřený dialog může snížit stigma a motivovat lidi k hledání pomoci.

Kopecký a Krejčí (2023) ukazují, že je důležité v rámci prevence naučit děti a dospívající se adaptovat a rozvíjet digitální a mediální gramotnost, aby aktivně a kriticky využívali digitální obsah. Pochopili, jak algoritmy fungují a chránili se tak před riziky sociálních sítí. Je důležité otevřít diskuzi na téma, zda jsou sítě skutečně zdarma a jak generují příjmy. V mediální výchově je také klíčové rychle reagovat na aktuální mediální události, porozumět pohledům různých médií a analyzovat je v reálném čase.

Všechna tato zjištění zdůrazňují potřebu dalšího výzkumu a informovanosti o potenciálních negativních a pozitivních účincích sociálních sítí na body image a poruchy příjmu potravy. Je důležité si uvědomit, že tyto činnosti a jejich asociace s body image a neuspořádaným stravováním mohou mít důsledky pro pohodu a duševní zdraví adolescentů. Dále musíme zaměřit svou pozornost směrem k mediální a digitální gramotnosti. V následující kapitole se zaměříme na nové možnosti prevence poruch příjmu potravy v adolescenci z pohledu sociální pedagogiky.

3 Nové možnosti prevence poruch příjmu potravy

3.1 Vymezení pojmu prevence a její druhy

V dnešní společnosti není snadné řešit všechny otázky související s prevencí rizikového chování. Tradiční sociálně patologické jevy jsou hojně zastoupeny, zároveň se objevují takové, které pro práci s dětmi nebyvaly typické (např. právě poruchy příjmu potravy, problémy týkající se duševního zdraví, sebepoškozování). Často se jedná o komorbiditu jevů a hledání příčin je tak na multifaktoriální úrovni. V tomto nastavení také často dochází k situacím, kdy je již vyžadována intervence, protože jevy jsou už široce rozběhnuté a na prevenci je pozdě (Bělík in Hoferková, Kraus, Bělík, 2022).

Miovský a kol. (2010) uvádí, že poruchy příjmu potravy jsou oblastí, kterou nelze jednoznačně zařadit do konceptu rizikového chování. Představují však pole pro preventivní práci svým častým výskytem ve společnosti a v rámci širšího pojetí je můžeme zařadit k základním typům rizikového chování.

Rizikové chování u dospívajících vzniká především v souvislosti s jejich primárním prostředím. Jedná se například o vztahy v rodině, školní prostředí, kontakt s vrstevníky (Hoferková, Bělík, 2017).

Samotná problematika poruch příjmu potravy je součástí školního preventivního programu, který vychází z Metodického pokynu k primární prevenci sociálně patologických jevů u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních. Problematika je součástí Rámcového vzdělávacího programu (RVP) a školních učebních plánů. Na prevenci rizikového chování a rizikových jevů se kromě Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy podílí také národní a soukromé subjekty, zejména pak kraje a obce.

Dle Bělíka a Hoferkové (2016) je prevence oblastí, kterou se zabývá celá řada oborů a profesí, a proto může být pojem prevence definován různě. Tímto autoři poukazují na multidisciplinaritu této oblasti.

Pedagogika chápe prevenci jako „soubor opatření zaměřených na předcházení nežádoucím jevům, zejm. onemocnění, poškození, sociálně patologickým jevům“ (Průcha a kol., 2013, str. 219).

Z pohledu sociální pedagogiky můžeme vnímat preventivně-výchovné působení jako proces multifaktoriální. V užším slova smyslu je prevence činností, kterou vykonávají speciálně vyškolené osoby, jež mají prevenci v náplni své práce,

se zaměřením na specifické či nespecifické oblasti. V širším smyslu představuje prevence veškeré výchovné působení, které vychází od všech účastníků výchovně-vzdělávacího procesu a působí na předmět výchovy. Zahrnuje také nepřímé výchovné postupy, jako je animace, kompozice prostředí, mediace a metody situační, režimové, inscenační (Kraus, 2008).

Bělík (2016) uvádí, že problematika prevence vyžaduje především systémový přístup, komplexnost, včasnost a flexibilitu.

Miovský a kol. (2010, str. 24) dodávají, že „za prevenci rizikového chování považujeme jakékoli typy výchovných, vzdělávacích, zdravotních, sociálních či jiných intervencí směřujících k předcházení výskytu rizikového chování, zamezujících jeho další progresi, zmirňujících již existující formy a projevy a rizikového chování nebo pomáhajících řešit jeho důsledky“.

Můžeme si povšimnout, že jednotlivé definice prevence sdílí slůvko předcházení, které považují za klíčové pro správný výklad pojmu prevence i autoři Bělík a Hoferková (2016). Dle nich znamená prevence budování vnitřní síly v jednotlivcích a sociálních skupinách a vybavení je takovými schopnostmi, aby byli odolní vůči vnějším vlivům a mohli jim aktivně čelit.

Druhy prevence:

Primární

Elementárním principem primární prevence je výchova k předcházení a minimalizaci rizikových projevů chování. Dále sem patří výchova ke zdravému životnímu stylu, k rozvoji pozitivního sociálního chování a rozvoji psychosociálních dovedností a zvládnání zátěžových situací osobnosti (Metodické doporučení MŠMT, 2010).

Specifická primární prevence

Jedná se o aktivity a programy zaměřené na předcházení a snížení výskytu dílčích forem rizikového chování. Specifická prevence poruch příjmu potravy by se měla zabývat nebezpečím a neúčinností různých diet a poskytovat obecné informace o poruchách příjmu potravy. Vhodné jsou interaktivní programy a rozvoj všeobecných aktivit a zájmů. Pro ohrožené osoby je vhodná včasná intervence. U běžné populace se specifická prevence zaměřuje na nevhodné redukční diety a pomůcky na hubnutí (zdůrazňovat bychom měli spíše jejich neúčinnost než nebezpečnost). Prevence by se měla soustředit i na redukci šikany založené na vzhledu, oblečení, fyzických schopnostech, jídla a pití.

Rozšířit by se měla i nabídka vhodných a specifických materiálů (svépomocné příručky o tom, jak se vyrovnat s anorexií a bulimií) pro klienty a jejich rodiny (Metodické doporučení MŠMT, 2010).

Můžeme rozlišovat tři úrovně specifické primární prevence. Konkrétně se jedná se o:

a) všeobecnou prevenci – ta je zaměřena na širší populaci, aniž by se nejprve určil rozsah problému. V rámci všeobecné prevence poruch příjmu potravy lze zdůrazňovat nebezpečí jednostranného nebo extrémního přístupu ke stravování a k životnímu stylu a klást důraz na výchovu k přiměřenosti a střídmosti (Metodické doporučení MŠMT, 2010);

b) selektivní prevenci – ta je zaměřena na jedince, kteří jsou více ohroženi (např. vyšší zranitelnost, vyšší expozice rizikovým faktorům). Ve většině případů prevence se zaměřujeme na menší skupiny nebo jednotlivce. Patří sem například některé modely vrstevnických programů a různé intenzivní sociálně psychologické skupinové programy, které technicky posilují sociální dovednosti, komunikaci a vztahy (Gallà a kol., 2005);

c) indikovanou prevenci – ta se zaměřuje na osoby, které jsou vystaveny významným rizikovým faktorům, nebo které již vykazují známky rizikového chování. Cílem je co nejdříve identifikovat problémy, přesně vyhodnotit potřebu specifických intervencí a tyto intervence neprodleně zahájit. To zahrnuje zaměření na populace s výrazně zvýšeným rizikem rozvoje nebo počátku rozvoje rizikového chování (Gallà a kol., 2005).

Nespecifická primární prevence

Zahrnuje všechny aktivity, které podporují zdravý životní styl a osvojení pozitivního sociálního chování prostřednictvím smysluplného využití a organizace volného času. Patří sem volnočasové, sportovní a zájmové aktivity a další programy, které vedou k dodržování určitých společenských pravidel, ke zdravému osobnostnímu rozvoji a k převzetí odpovědnosti za sebe a své chování. Tento typ prevence je důležitý pro realizaci účinného a měřitelného souboru specifických programů (Metodické doporučení MŠMT, 2010).

Primární prevence rizikového chování dětí a mládeže ve škole a školských zařízeních je aktuálně vymezena dokumenty „Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí a mládeže (Dokument MŠMT č.j.: 21291/2010-28)“, „Národní strategie primární prevence rizikového chování dětí a mládeže na období 2019–2027“ a „Akční plán realizace Národní strategie primární prevence rizikového chování dětí

a mládeže na období 2023–2025“. Tyto edukační programy jsou zaměřeny také na rizikové jevy s užíváním digitálních technologií spojené (např. kyberšikana, netolismus).

Sekundární prevence

Pokud primární prevence není účinná, přichází na řadu sekundární prevence. Zaměřuje se na osoby, které se dopouštějí rizikového chování, a které nelze řešit běžnými preventivními opatřeními. Snaží se zabránit další recidivě a co nejvíce eliminovat riziko takového rizikového chování (Bendl, 2016) Mezi instituce, které se soustřeďují na tento typ prevence, můžeme zařadit např. poradny, krizová centra, střediska preventivně-výchovné péče, kontaktní centra, linky telefonické pomoci (Bělík, Hoferková 2018).

Terciární prevence

Tato prevence pracuje přímo s jednotlivci nebo skupinami, kteří byli nějakým způsobem poškozeni. Zaměřuje se na osoby, které se již zapojily do rizikového chování, a jejím cílem je předcházet sociálním a zdravotním problémům, které z takového chování vyplývají (Bakošová, 2005). Do tohoto typu prevence řadíme pojem *harm reduction*, který můžeme vysvětlit jako snižování rizik vyplývajících z už již vzniklé sociální deviace. V praxi se podporuje neodsuzující a nenátlakový přístup (Bělík, Hoferková, 2018).

Funkční a cenově dostupný systém podpory volnočasových aktivit může efektivně předcházet sociálně patologickým jevům ve společnosti. Prevence by měla zahrnovat sociálně výchovnou práci s rodinami, podporovat rodinná setkávání a volnočasové aktivity, a propagovat zdravý životní styl. Osvětové kampaně ve virtuálním prostředí, letáky a osobní setkávání jsou klíčové součásti prevence. Sociálně výchovné poradenství by se mělo zaměřovat zejména na mládež, ale také na rodiče, pedagogy a další aktéry prevence. Sociální pedagog by mohl hrát důležitou roli ve školách, podporovat prevenci rizikového chování, připravovat projekty, koordinovat aktivity školního poradenského pracoviště a komunikovat s rodiči. Depistáž problémových jedinců a jevů by měla být součástí prevence, umožňující identifikaci a poskytování vhodné pomoci a podpory (Bělík in Hoferková, Kraus, Bělík, 2022).

3.2 Profese sociálního pedagoga a jeho role ve školním prostředí

Asociace sociálních pedagogů všeobecně definuje sociálního pedagoga jako odborníka s vysokoškolským vzděláním, který získal potřebnou kvalifikaci pro tuto profesi buď

studiem na vyšší odborné škole (DiS.), nebo studiem na vysoké škole v oboru sociální pedagogika/sociální práce s bakalářským nebo magisterským titulem (Acosp, online).

Také dle Bakošové (2005, s. 180) je „*sociálny pedagóg odborník, ktorý je teoreticky i prakticky pripravený vo vysokoškolskom, magisterskom štúdiu odboru pedagogika, filozofického, pedagogického či sociálneho zamerania (predtým ve špecializácii, zameraní sociálna pedagogika) na sociálnovýchovnú činnosť. Je odborníkom, ktorého všeobecné kompetencie spočívajú v pomoci a podpore deťom, mládeži, dospelým, rodičom (sociálna andragogika, geragogika) a ich podpore v situáciách vyrovnania deficitu socializácie a hľadania možnosti zlepšenia kvality života prostredníctvom výchovy, vzdelávania, prevencie, poradenstva.*“

Kraus in Hoferková, Kraus, Bělík (2022) uvádí, že profese sociálního pedagoga je tzv. „*profesí pomáhající*“. Vzhledem k tomu, že se jedná o povolání, které s sebou přináší značnou dávku náročnosti, je výhodou, kdyby frustrační tolerance sociálního pedagoga byla mírně zvýšená, nebo alespoň ve standardním rozmezí. Sociální pedagog by měl mít dostatek sebedůvěry a vysokou úroveň sebepoznání. Realistické vnímání sebe sama také pomáhá při poznávání druhých. Velmi důležitým faktorem je také schopnost empatie. Doplňujícími osobnostními rysy mohou být například trpělivost, spravedlnost a schopnost vyhýbat se problémům, které se podle jeho názoru dají poměrně snadno „naučit“ a lze je získat v průběhu času. Sociální pedagog musí mít také dobré komunikační schopnosti s lidmi a být expertem ve svém oboru.

Při práci s lidmi jsou sociální pedagogové neustále konfrontováni s vlastními předpoklady a musí se s nimi naučit pracovat, aby zachovali základní hodnoty sociální pedagogiky, které jsou důstojnost člověka, respekt jako základ komunikace a porozumění, budování konsensu prostřednictvím dialogu a účast klienta na pomáhajícím procesu (Lorenzová, 2023).

Kraus a Poláčková (2001) vymezují hlavní funkce sociálních pedagogů ve dvou oblastech. První z nich jsou integrační činnosti, druhou jsou rozvojové činnosti. Integrační činnosti se zaměřují na osoby, které potřebují odbornou pomoc a podporu. Jedná se o jedince, kteří představují pro okolí problém. Zpravidla jsou vystaveni psychickým, sociálním a psychosociálním ohrožením a nacházejí se v krizové situaci. Rozvojové aktivity jsou zaměřeny na žádoucí rozvoj osobnosti směrem ke správnému životnímu stylu a smysluplnému trávení volného času.

V současné české legislativě nejsou bohužel sociální pedagogové stále definováni jako pedagogičtí pracovníci (podle zákona 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících). Vzhledem k této situaci byla založena Asociace sociálních pedagogů (ASOCP), jejímž cílem je zlepšit nepříznivou situaci týkající se profese sociálních pedagogů ve školách. Cílem asociace je prosazovat profesi sociálního pedagoga do zákona o pedagogických pracovnících, do soupisu prací a zejména do všech školních vzdělávacích programů (Asocp, online).

V praxi je tak profese sociálního pedagoga vykonávána pod různými názvy. Typicky se jedná o pozice vychovatele (spadá sem i oblast výkonu ochranné a ústavní výchovy a preventivně výchovné péče), pozici pedagoga volného času či asistenta pedagoga. Kromě toho má absolvent sociální pedagogiky kvalifikační předpoklad pro výkon povolání sociálního pracovníka podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (Lorenzová, Komárková, 2019).

Oblast uplatnění sociálního pedagoga je poměrně široká, pestrá a relativně vždy nová, jedinečná a kreativní. Základem je jeho uplatnění ve všech oblastech prevence. Dále může působit při nápravě a řešení rizikového chování (Kraus in Hoferková, Kraus, Bělík, 2022).

Profese sociálního pedagoga zahrnuje výchovnou činnost ve volném čase, poradenství založené na diagnostice a sociální analýze výchovného prostředí, problémů a životních podmínek. Dále také terénní práci a reedukační a resocializační péči (Kraus, 2008).

Dále sociálně pedagogické aktivity cílí především na děti a mládež, ale může jít i o práci s dospělými či se seniory. Kromě toho práce sociálního pedagoga zahrnuje i spolupráci s rodiči, dalšími pedagogickými pracovníky, jinými odborníky a se sociálními pracovníky. Zmínit můžeme i organizační, manažerské, koncepční, metodické a výzkumné činnosti sociálního pedagoga (Kraus in Hoferková, Kraus, Bělík, 2022).

Absolventi rovněž splňují požadavky pro práci vychovatele-terapeuta ve věznicích. Obvykle je nalezneme na pozicích speciálních pedagogů ve věznicích. Absolventi, kteří si doplní požadavky zákona o probační a mediační službě, mohou pracovat jako úředníci probační a mediační služby. Sociální pedagogika také umožňuje absolventům zastávat různé pozice u Policie ČR (Lorenzová, 2023).

Z výše uvedeného vyčerpávajícího výčtu je patrné, že rozmanitost možností uplatnění sociálního pedagoga v České republice reflektuje dynamický charakter této role

v naší společnosti. Sociální pedagogové nalézají svá uplatnění v rezortech školství, mládeže a tělovýchovy, spravedlnosti, práce a sociálních věcí, vnitra a v oblasti církevních, společenských a neziskových organizací. Jednotlivé rezorty přináší pestrú škálu uplatnění pro sociální pedagogy. Celkově lze konstatovat, že tato profese se vyznačuje širokým polem působnosti, kde se sociální pedagogové stávají katalyzátory pozitivních změn a podporujícími silami v procesu celkového rozvoje jednotlivců i skupin.

Sociální pedagog ve školním prostředí

Zejména škola a další přidružená zařízení jsou ta, ve kterých může sociální pedagog hrát svou roli. Lorenzová (2016) ukazuje, že se mění funkce školy, kdy je primární předávat jedincům kompetence k celoživotnímu učení a na významu narůstá i výchovná a socializační funkce školy, „*kteřá bude kultivovat u dětí a dospívajících smysl pro diverzitu jako hodnotu a chápat ji jako příležitost k obohacení, formovat myšlení, postoje a hodnoty, u kterých morální citlivost vůči jinakosti a přisvojení vlastního kulturního zázemí nejsou v nesmiřitelném protikladu, ale jsou komplementárními perspektivami*“ (Lorenzová, 2016, s. 97).

Kraus in Hoferková, Kraus, Bělík (2022) uvádí, že sociální pedagogika se zaměřuje na sociální a výchovné aspekty vzdělávacího procesu ve škole. Sociální pedagogové pracují s jednotlivci, se skupinami, s žáky, třídami a učiteli a pomáhají utvářet klima školy. Pomáhají předcházet šikaně a dalším negativním incidentům, nastavují pravidla a měli by hrát klíčovou roli při zlepšování inkluzivního prostředí ve školách. Autor není zdaleka jediný, který vnímá, že českým školám stále chybí role průvodce, který by se této problematice věnoval a byl schopen vnést do práce školy preventivní a výchovný rozměr.

Lorenzová (2023) vysvětluje, že sociální pedagogové mají zvláštní odpovědnost za prevenci sociálních a výchovných problémů žáků a jejich podporu s problémy v oblasti sociálního začleňování. Sociální pedagogové nejsou pedagogové ve smyslu jako učitel ve třídě. Například uvolnění spontaneity a tvořivosti je ve vzdělávání často potlačováno orientací na výkon a soutěživost, a proto může být toto uvolnění úkolem pro sociálního pedagoga.

Jak uvádí Bělík (2016), v českém školním prostředí jsou odborníky v oblasti prevence rizikového chování metodici prevence, výchovní poradci, školní psychologové, speciální pedagogové nebo případně výchovná komise včetně výchovného poradce. Nutná je i spolupráce s vedením školy i s externími organizacemi. Jedná se však zejména

o školní metodiky prevence a výchovné poradce, kteří jsou zodpovědní za odborné řešení problematiky prevence rizikového chování ve školách. Problém spočívá v obecně nízké kvalitaci těchto odborníků a v nedostatečné motivaci škol tento problém řešit a vytvářet podmínky a péči, které by odborníkům umožnily řádně pracovat. Funkce výchovných poradců a metodiků prevence jsou často druhořadé a slouží k „doplnění pracovní náplně“ některých pedagogů. V takových případech je zřejmé, že odborník není schopen vykonávat svou práci s nadšením, se zaujetím a s plnou kvalifikovaností.

Blašíková (2020) dodává, že pokud by však byly povinnosti a náplň práce jasně definovány, pak by sociální pedagogové měli větší pravomoci, pozornost veřejnosti a jasno v tom, jaké jsou jejich kompetence (např. i ve školním prostředí).

Také Kraus a Bělík (2011) uvádí, že k zefektivnění práce by nepochybně přispělo zřízení funkce sociálního pedagoga, jako je tomu již v zahraničí. Za předpokladu, že bude ve školách zřízen, bude mnoho otázek a problémů řešeno na odborné úrovni.

3.3 Úrovně prevence v oblasti poruch příjmu potravy

Na úrovni školských zařízení se jedná především o podílení se na preventivních opatřeních, zajišťování kultury stravování, poskytování přiměřeného rozvrhu, který respektuje dobu jídla, podporování pozitivních vrstevnických vzorů a autorit a podporování sebevědomí. Všechny tyto cíle jsou zahrnuty ve státních školních plánech prevence. Pokud se zaměříme na spolupráci s rodinou, tak ta by měla poskytnout živé vzory, nabízet kvalitní hodnoty a vhodné zájmy, posilovat sebevědomí, naučit dítě hájit svůj názor a individualitu. Umožnit by se mělo dospívajícímu rozhodovat a nést důsledky svých rozhodnutí. Důležitá je i chvála bez výhrad a bez podmínek výkonu, atmosféra důvěry, respekt a podpora, a to především pokud jde o jeho názory (Papežová, 2017).

Rostoucí potřeba po prevenci vyžaduje specializaci. I v tomto ohledu je situace složitá. Ve většině škol jsou specialisty metodici, koordinátoři prevence a řadoví učitelé. Ti však často nemají pro tuto činnost dostatečné znalosti (Kraus, Bělík, 2018).

V dnešní době se od pedagogů v oblasti vnímání a kontroly těla očekává, že budou schopni se podílet na prevenci negativních jevů, a že budou připraveni poskytovat psychologickou podporu v obtížných životních situacích. Mezi další očekávání můžeme zařadit podporu tolerance, spolupráce a přátelství ve skupinách. Patří sem také zajištění, aby každý v této skupině zažil úspěch, obdiv a spokojenost. V neposlední řadě se očekává

podchycení a povzbuzení pozitivních stránek každého jednotlivce a respektování rozdílů mezi nimi (Krch, Fialová, 2012).

Papežová (2017) uvádí, že tato doba si žádá komplexní úkoly a spolupráci. To vyžaduje schopnost monitorovat rizikové aktivity, využívat nové technologické trendy, pracovat se sítěmi organizátorů zdravotní a sociální péče, vzdělávání a čelit zjevným i stále skrytějším pro-anorektickým vzorcům a aktivitám. Tento komplexní úkol je stále obtížnější, složitější a nákladnější. Prevenci je nutné přizpůsobit nejen úrovni znalostí v populaci, se kterou pracujeme, rizikovému prostředí, ale i znalostem pedagogů či jiných spolupracovníků.

Kraus a Bělík (2011) navíc ukazují, že samotné výchovné působení nemůže za žádných okolností spočívat pouze v předávání vědomostí. Toto působení by mělo být sociálně výchovné a mělo by zasáhnout celou osobnost ve smyslu rozvoje a formování charakteru. Jedná se o zdokonalování sociálních dovedností a schopností člověka fungovat a obstát ve společnosti, ale i v jejích strukturách a plnit náležitě odpovídající role.

Autoři Krch a Fialová (2012) se vyjadřují k výchově ke zdravému životnímu stylu, která by dle nich měla směřovat k dosažení rovnováhy mezi duševní, tělesnou a emocionální oblastí. Měla by být orientována na úctu k životu a zdraví jako nejvyšším hodnotám, k získání co největšího množství informací. Samotné vzdělávání by mělo být mimo jiné zaměřeno v co největší míře na vysvětlování a podporu zdravého životního stylu v rodině, ve škole, v obci i v národě.

Pelcák, Bělík, Hoferková (2015) hovoří o nezbytnosti výzkumu salutoprotektivních faktorů životního stylu, které snižují závažnost rizikového chování v adolescenci. Jejich pohled akcentuje multikauzální etiologii sledovaného jevu rizikového chování a význam vnitřních a vnějších zdrojů adolescenta. Závažnost projevů rizikového chování je ovlivněna těmito faktory životního stylu a vysoké hodnoty smyslu pro soudržnost potvrzují směr jedince k aktivnímu zdraví.

Protektivní faktory dle MŠMT představují rozvoj individuálních schopností, zdravého sebehodnocení, podpora zdravého životního stylu a stravovacích návyků. Prezentace diferencovaných, nevyhrocených vzorů, přiměřenost v prezentovaných postojích, kritická diskuse k otázkám zdraví, životního stylu, hodnot (dokument MŠMT č.j.: 21291/2010-28).

Wang (2019) naznačuje, že soucit se sebou samým může působit jako jeden z ochranných faktorů, které tlumí dopad řečí o těle na sociálních sítích na stud za tělo

u dospívajících, a zdůrazňuje potenciální hodnotu podpory soucitu se sebou samým při prevenci negativního body image. Soucit se sebou samým je chápán jako zdravý postoj k sobě samému, který člověku umožňuje přizpůsobit se hrozbám a negativním vlivům, a chrání ho tak před negativními důsledky odsouzení. Sociální pedagog se tak může zaměřit na aktivity, které budou rozvíjet úroveň soucitu se sebou samým.

Pohled autora Nováka (2010) na prevence na úrovni poruch příjmu potravy ohrožených jedinců spočívá ve zvyšování nespecifické odolnosti vůči patologickým sociálním vlivům. Zvláštní pozornost věnuje potřebě rozvoji sebeúcty.

I Grogan (2000) vnímá zahájení aktivit zaměřených na budování sebevědomí za důležité, a to především u dospívajících dívek. Navíc uvádí, že prevence nespokojenosti s body image by měla začít včas a ke zvýšení spokojenosti s tělem lze použít strategie zaměřené na rozvoj pocitu sebekontroly. Účinným způsobem jsou dle autorky skupinové diskuse. Skupinová interakce významně totiž napomáhá signifikantním změnám pocitu sebevědomí a kompetentnosti. Autorka navrhuje diskuse o praktických strategiích (např. oceňování individuality), které vnímá jako motivující a pozitivní. Jako užitečné dále vnímá i výcvik vlastní kompetentnosti ve vztahu k vnímání těla. Dále vyzdvihuje kognitivní strategie pro konfrontaci s idealizovanými mediálními vzory a techniky racionálního myšlení.

K dosažení žádoucího stravovacího chování a sebepojetí by měly být použity metody aktivního sociálního učení s výchovným působením. Proto by měly být poskytovány objektivní informace, aby jedinec dobře porozuměl zdravotním a dalším důsledkům poruch příjmu potravy, ale měly by zahrnovat i aktivity, které se specificky zaměřují na prohloubení, rozvoj a zkoumání sebevědomí, vědomí sebe samého a své hodnoty. Všechny aktivity by měly být založeny na upřímnosti v komunikaci i ve vztazích. Je důležité oceňovat stejné i odlišné vlastnosti a podporovat vzájemnou důvěru, respekt, empatii a citlivost mezi mladými lidmi (Krch, Maradová, 2003).

Krch a Fialová (2012) navíc dodávají, že by měly být také zavedeny cílené preventivní programy pro vysoce rizikové skupiny. Ty by se mohly například zaměřit na zlepšení dovedností, jak čelit nezdravým sociokulturním vlivům, zvýšit spokojenost s tělem a změnit postoje k tělu, cvičení a jídlu. Prevence by se měla zaměřit na nápravu vztahu k měnícímu se tělu, jídlu a dalším hodnotám.

Papežová (2010) vyzdvihuje preventivní programy, které se zaměřují na vnitřní hodnoty nezaložené na výkonu a na zvýšení sebevědomí na základě osobních dovedností a schopností zvládat stres.

Psychiatrická péče je někdy nevhodně prezentována jako devalvující ze strany jiných odborníků a pedagogů, zejména v prostředí, kde se lidé více znají (Kocourková, Papežová, Koutek, 2014). I zde vnímáme pole pro sociálního pedagoga, aby dospívajícím připomínal, že není tabu požádat o pomoc.

Jak již bylo nastíněno, sociální pedagog by měl být expertem ve svém oboru. Pokud se má podílet na prevenci poruch příjmu potravy, tak je důležité, aby on sám měl dostatek informací v této problematice. Krch a Fialová (2012) uvádějí, že to vyžaduje znalosti genetických vlivů, zásad nutričně vyvážené výživy a pohybových režimů. Pouze vzdělání lidí s dostatečnými znalostmi a porozuměním mohou o své fyzické a duševní zdraví náležitě pečovat a předávat žádoucí návyky dalším generacím.

Mladí lidé by měli pochopit, jak funguje dospívání, jaký vliv má na tělo genetika a metabolismus. Musí pochopit význam aktivního životního stylu, nutričně vyvážené stravy a nebezpečí redukčních diet. Rozvíjet by se měly jejich dovednosti kritického myšlení o utváření a formování postojů ke svému tělu a jídlu. Dále potřebujeme, aby si uvědomovali, jak tyto postoje ovlivňují rodiče, učitelé a vrstevníci (Russell, Ryder, 2001).

Považujeme tedy za důležité, aby sociální pedagog pracoval sám na sobě a byl si vědom vlastních limitů v této oblasti.

Dle Russella-Mayhewa a Grace (2015) je zásadní přesunout pozornost od jednotlivce ke změnám v prostředí. V rámci prevence můžeme záměrně vytvářet zkušenosti, které přispívají k celkovému zdraví a pohodě (fyzické, duševní, emocionální a sociální) jedinců všech tělesných typů.

Z těchto všech pohledů lze prevenci poruch příjmu potravy chápat jako trvalý proces zaměřený na záměrné poskytování každodenních zkušeností, které přispívají ke vzniku životní pohody. Z výše uvedeného je patrné, že nové přístupy k prevenci se již slepě nezaměřují jen na informovanost, ale i na rozvoj dovedností, posilování sebeúcty a tvorbu podpůrného prostředí. Sociální pedagogové mohou pracovat na vytváření prostředí, které podporuje rozmanitost a respektuje každého jednotlivce bez ohledu na vzhled. Sociální pedagog může hrát klíčovou roli v prevenci poruch příjmu potravy u dospívajících pomocí různých přístupů zaměřených na podporu psychosociálního rozvoje a zlepšení celkového pohody mladých lidí. V následující části této kapitoly se proto podíváme na předpoklady efektivního preventivního programu i na ukázky dobré praxe a vysvětlíme si pojmy, jako jsou resilience, well-being, osobnostní a sociální výchova.

3.4 Preventivní programy a jejich efektivita

Nejdůležitějším ukazatelem účinnosti preventivních programů je dle autorů Nešpora, Csémyho, Pernicové (1999) změna chování. Změna chování může do jisté míry souviset se změnou postojů, ale vztah se znalostmi je velmi slabý a nespolehlivý. Preventivní programy, které se zaměřují pouze na předávání informací, jsou proto neúčinné.

Suchopárová a Forejt (2014) vidí dlouhodobé působení jako jeden z obecných předpokladů efektivního preventivního programu, kdy ukazatelem efektivity je již zmíněná změna chování. Program musí být malý a interaktivní a měl by zahrnovat získávání relevantních sociálních dovedností a dovedností potřebných pro život. Program by měl brát v úvahu místní specifika a vycházet tak z místních poměrů. Dále by měl využívat pozitivní modely a zahrnovat podstatnou část žáků.

Nešpor, Csémy, Pernicová (1999) dodávají, že vhodnými pozitivními vzory pro všeobecnou prevenci jsou vrstevníci vedoucí zdravý život. Jedná se totiž o pozitivní modely, s nimiž se cílová skupina může ztotožnit při uplatňování strategií zvládání každodenních životních situací (např. při trávení volného času). V zásadě také platí, že čím mladší je věk žáka, tím méně specifická je prevence a více se orientuje na obecnou ochranu zdraví. V rámci všeobecné prevence se trénují dovednosti pro zvládání problémů, komunikační dovednosti, schopnost navazovat přátelské vztahy, dovednosti asertivity, zvyšování sebevědomění a zdravého sebevědomí, lepší sebeovládání a schopnosti čelit tlaku z okolí, dovednosti rozhodování, lepší uvědomění si důsledků určitého chování, nenásilné zvládání konfliktů, zvládání úzkosti a stresu apod.

Papežová (2017) uvádí, že preventivní programy by měly být supervidované, dobře ověřené a jejich rozvoj by měl být interdisciplinární, spojovat metodiky prevence, učitele, lékaře a psychology a integrovat je do stávajících programů pro metodiky prevence v jiných oblastech (např. alkohol, drogy, šikana). Stávající preventivní programy by se dle WHO měly zaměřit spíše na podporu duševního zdraví než na všeobecnou prevenci nebo prevenci jednotlivých projevů rizikového chování.

Pokud se podíváme na programy specifické prevence, tak jejich cíle se týkají především osvojení zdravých stravovacích návyků, přijetí vlastního těla a snížení nadměrné idealizace štíhlosti (Kocourková, Papežová, Koutek, 2014).

Je důležité, aby preventivní programy paradoxně nezvyšovaly riziko poruch příjmu potravy. Preventivní programy by měly hovořit o zdraví a zdravém životním stylu, nikoli o tělesné hmotnosti a neměly by nikoho stigmatizovat. Prevence by se měla zabývat

pouze chováním, které lze ovlivnit, proto by se mělo v preventivním programu pracovat na přiměřené fyzické aktivitě, zdravém sebevědomí a zdravém postoji k vlastnímu tělu, jídlu a pití. Předkládané cíle v preventivním programu by měly být dosažitelné a realistické, protože jinak může být působení kontraproduktivní (např. přílišná propagace zdravého stravování může vést k tajné konzumaci příliš velkého množství sladkých potravin). Podle odborníků by prevence neměla být označována jako prevence obezity, protože nechceme vytvářet stigmatizaci spojenou s nadváhou (Papežová, 2017).

Preventivní programy v oblasti poruch příjmu potravy u nás vznikaly lokálně a nekoordinovaně a jejich úspěšnost není přesvědčivě zdokumentována. Navíc rozvoj preventivních programů musí udržet tempo nových technologií a poznatků o rizicích onemocnění. V zahraničí bylo hodně preventivních působení neúčinných, či účinných pouze velmi krátkodobě a jsou popsány i nákladné projekty s negativním dopadem na cílovou populaci. Kvalitní preventivní programy s dlouhodobým vlivem na hodnotový systém dětí a adolescentů byly do posledního desetiletí vzácné (Papežová, 2017).

Nejznámějším preventivním programem ze zahraničí s dlouhodobě pozitivními výsledky v oblasti prevence poruch příjmu potravy je program nazvaný „The Body Project“. Tento projekt byl vyvinut v USA a je jedním z nejvíce studovaných preventivních programů v oblasti poruch příjmu potravy. Jeho cílem je snížit tlak médií a sociálních norem týkajících se tělesného obrazu a zabránit vzniku poruch příjmu potravy. Metodami tohoto programu je skupinová diskuse, hraní rolí a písemných cvičení, kdy účastníci diskutují o mediálních a společenských normách týkajících se tělesného obrazu a sdílejí své vlastní pocity a zkušenosti. Dále tento program obsahuje aktivity na posilování sebeúcty. Účastnice se zapojují do aktivit zaměřených na posílení sebeúcty, ocenění vlastních silných stránek a přijetí vlastního těla. Pokud bychom se inspirovali tímto programem, tak sociální pedagog může například se svými klienty definovat „ideály“ a prozkoumat jejich původ. Dále mohou prozkoumat způsoby, jak se bránit tlaku na dodržování nerealistických standardů krásy a diskutovat o tom, jak se postavit osobním obavám souvisejícím s tělem. Může se věnovat i tréninku nových způsobů, jak o tělech mluvit pozitivněji a diskutovat o tom, jak můžeme nejlépe reagovat na budoucí tlaky na přizpůsobení se společenským standardům krásy. Druhá část programu je navržena tak, aby účastníkům pomohla postupně a trvale změnit životní styl a dosáhnout zdravé tělesné hmotnosti. Učí, jak se stravovat s ohledem na energetickou rovnováhu, vybírat si zdravé potraviny a zařadit do denního režimu fyzické cvičení (Stice, Presnel, 2007).

Vybrané preventivní programy u nás, aneb příklady dobré praxe, jsou k nalezení v příloze A.

3.5 Sociálně výchovné působení sociálního pedagoga

Resilience

Definice resilience se různě liší, ale autoři se shodují v tom, že se jedná o schopnost zvládnout konfrontaci s výrazně nepříznivými okolnostmi. Matějček (1994, s. 19) uvádí, že resilience „pomáhá přežít ve zdraví...představuje pomocné, podpůrné, pomáhající faktory“.

Šolcová (2009) shrnuje pojetí konceptu resilience do procesu interakce mezi dítětem, rodinou a prostředím, které ho obklopuje v prostoru a čase. „*Resilience není osobnostní rys, ale jedinec projevuje svoji resilienci ve svém chování a jednání...resilience se vyvíjí v průběhu života a lze ji cíleně cvičit, trénovat, kultivovat, posilovat.*“ (Šolcová, 2009, s. 56–57). Autorka navíc upozorňuje na významnou roli nezasloužených pochval, které pomáhají k nabytí sebevědomí. Vychovávající by měl usilovat o to, aby dítě nabývalo resilientní sebevědomí na základě vlastních prožitých a překonaných stresových událostí. Během takových situací se projevují osobnostní rysy jedince v podobě vyrovnávacích (copingových) procesů.

Fafejta (2024) uvádí, že dnešní děti a dospívající potřebují mnohem více prostoru pro dialog, sdílení, komplexnost řešení, multisenzorický přístup, vzájemný respekt. Odolnost u nich narůstá skrze zkušenosti toho, co všechno zvládnou s dobrým pocitem.

Osobnostní a sociální výchova

Je zařazena do RVP jako jedno z průřezových témat, jehož všechny okruhy se uskutečňují prakticky, prostřednictvím vhodných her, cvičení, modelových situací a diskusí apod. Reflektuje osobnost žáka, jeho individuální potřeby i zvláštnosti. Jejím smyslem je pomáhat každému žákovi utvářet praktické životní dovednosti. Specifikem osobnostní a sociální výchovy je to, že se učivem stává sám žák, stává se jím konkrétní žakovská skupina a stávají se jím více či méně běžné situace každodenního života (Metodický portál RVP, online).

Vybrané oblasti této výchovy rozdělujeme do tří skupin např. dle Sedláčkové (2009)

Osobnostní rozvoj: sebepoznání a sebepojetí, rozvoj schopnosti poznávání, seberegulace a sebeorganizace, psychohygienu, kreativita.

Sociální rozvoj: poznávání lidí, mezilidské vztahy, komunikace, kooperace.

Morální rozvoj: řešení problémů a rozhodovací dovednosti, hodnoty, postoje, mravní vlastnosti, praktická etika.

Sedláčková (2009) navíc vyzdvihuje práci se sebepojetím, jako jedno z témat osobnostní a sociální výchovy. Tato práce má preventivní funkci, protože usilujeme o to, aby měl jedinec realistický pohled na sebe samého, přisuzoval sobě adekvátní hodnotu a byl se svou hodnotou v dobrém slova smyslu vyrovnán.

Naopak spouštěčem problémového chování může být dle autorů Červeňákové a kol. (2019) i deficit v sociálních dovednostech, který se projevuje v nepochopení a špatném vyhodnocování sociálních situací. Autoři rozdělují zaměření preventivních aktivit dle věku. Kdy pro mladší školní věk (6–12 let) považují za podstatné prohlubovat dovednosti, jak chránit své zdraví a rozvíjet sociální dovednosti a u staršího školního věku (12–15 let) se jedná o rozvoj sociálních dovedností především při navazování zdravých vztahů, rozvoj schopnosti čelit sociálnímu tlaku, dovednosti rozhodovat se a řešit konflikty.

Dudová a Macků (2021) ukazují, že při učení postojovým kompetencím se nemůžeme omezit pouze na rozvoj technik k přímému osvojení kompetence. Primárně by pedagogičtí pracovníci měli usilovat o rozvoj sebepoznání, sebereflexe a komunikačních a sociálních schopností dětí. Mezi volnočasové programy je třeba zařadit vzdělávací bloky nebo projekty, které pomohou účastníkům přemýšlet o volném čase a hodnotit co v něm prožívají. Přitom se děti učí plánovat, hospodařit s časem, kriticky posuzovat volnočasové nabídky a uvědomovat si důležitost volného času pro sebe i společnost. Ve výchově zaměřené na volnočasovou kompetenci je vhodné uplatnit přístupy a metody konstruktivistické pedagogiky (hry, diskuse, reflexe) s prožitkem, zkušeností a metody otevřené práce (neformální vzdělávání, pedagogika sociálního prostoru, animace).

Kortesoja (2022) uvádí, že dovednosti, jako je sebeuvědomění, emoční dovednosti a rozpoznávání vlastních silných stránek, podporují a prospívají jednotlivcům po celý život. Tyto každodenní dovednosti jsou mnohostranné a zahrnují dovednosti týkající se bezpečnosti, technologií a udržitelného života. Cílem je vést jedince k tomu, aby měli důvěru v budoucnost, a naučit je, jak pečovat o sebe i o druhé.

Gillnerová (2008) přináší pohled na to, jak lze rozvíjet sebepoznávání dětí, jejich schopnost rozpoznávat vrstevníky a dospělé, jejich komunikační dovednosti a předpoklady pro kooperativní chování a zvládání konfliktů. Autorka vnímá, že je velmi důležité pochopit procesy, které probíhají mezi dospělými a dětmi a mezi dětmi navzájem

při hrách, které jsou alespoň částečně zaměřeny na rozvoj sociálně – psychologických dovedností. Při hrách zaměřených na tento rozvoj je velmi důležité pochopit, co to znamená pro rozvoj jednotlivce a skupiny jako celku. Tak mohou být akce zaměřené na rozvoj těchto dovedností účinnější a efektivnější. Většina her zaměřených na tento rozvoj je zážitkovým učením a je velmi účinná. Je sice žádoucí vědomě se snažit rozvíjet sociální dovednosti dětí již od útlého věku prostřednictvím odborných a praktických činností, ale zároveň je třeba důrazně upozornit na úskalí. Problémy s realizací interaktivních her a prožitkového učení často souvisejí s nedostatečným povědomím nebo zkušenostmi dospělých o jejich účelu a skutečném provádění. Autorka se domnívá, že pochopení psychosociálních dovedností, experimentování s vlastním chováním a prožitkové učení jsou předpokladem pro další vzdělávací aktivity zaměřené na rozvoj sociálních dovedností žáků.

Well-being

Pod pojmem well-being v češtině Křivohlavý (2013) používá kromě životní spokojenosti i pojem psychické blaho. Tento pojem dále autor vysvětluje jako psychický stav člověka, který vychází ze spojení dvou anglických slov, kterými jsou well („dobře“) a being („existence“, nebo také „žítí“). Well-being je určitým souhrnem negativních a pozitivních emocí jedince, které jsou dále ovlivňovány i genetickými predispozicemi konkrétní osoby.

Česká odborná společnost pro inkluzivní vzdělávání (2020, online) uvádí, že dle výzkumů systematická péče o well-being vede k významnému zlepšení sociálních a emočních dovedností i vzdělávacích výsledků žáků. Dobrý well-being je základem pro zdravý rozvoj dětí a prevenci rozvoje jejich rizikového chování, např. i právě poruch příjmu potravy.

Vybrané metody sociálně výchovného působení

Dětský psychoterapeut a psychiatr Peter Pöthe (2024) vysvětluje, že děti a dospívající obecně dnes nejvíce potřebují pozornost, čas a empatii blízké osoby. V této části se podíváme na to, jaké metody sociální pedagog může použít, aby tohoto cíle dosáhl.

Práce s time managementem

Jedním takovým příkladem, který přispívá k well-beingu jedinců, je rozvoj dovedností v oblasti time managementu. Oblast řízení času je nástroj, který může zlepšit učení a pohodu a pomoci jednotlivcům dosáhnout důležitých cílů. Tato oblast vyžaduje plánování a stanovení cílů, odhodlání, stanovení priorit a zvládnání stresu. Jedinci se například mohou naučit, jak a proč omezit používání elektronických zařízení, aby si udělali čas na důležitou práci, volný čas a odpočinek. Dalším příkladem výuky dovedností pro každodenní život je naučit jedince přemýšlet o věcech, které jsou pro ně přirozené. Příkladem může být zamyšlení se nad denním rytmem jedince (Kortesoja, 2022).

Zážiteková pedagogika

Hanuš a Chytilová (2009) vidí potenciál pro rozvoj emoční inteligence v zážitkové pedagogice. Autoři také blíže definují znaky prožitku, mezi které řadí nenahraditelnost, jedinečnost, individuálnost, intencionálnost, nepřenositelnost a komplexnost. Zážiteková pedagogika má působit na celého člověka, a to včetně emocionální složky. Knotková (2022) uvádí, že charakteristiky, které bychom mohli použít pro definování zážitkové pedagogiky, jsou zkušenostní učení, prožitek, překonávání hranic svých možností, vztah k sobě samému, tým, aktivita, zpětná vazba. S vybranými principy využívanými v zážitkové pedagogice i s různými aktivitami se může sociální pedagog seznámit například právě v e-knize Mgr. Aleny Knotkové. Autorka se zde věnuje i tématu osobnostní a sociální výchovy a uvádí příklad konkrétních aktivit.

Hra

Hra je účinným nástrojem socializace a vzdělávání a uspokojuje potřeby dětí. Při hře děti reflektují svůj vnitřní svět i objektivní realitu a interagují se svou představivostí a fantazií. Hry zaměřené na rozvoj sociálně-psychologických dovedností dětí vyžadují poněkud odlišnou a hlubší přípravu ze strany dospělých. Je obtížné vytvořit kvalitní program bez uznání vývojových charakteristik dětí určitého věku. Nejprve je důležité se s každou hrou podrobně seznámit a promyslet si, jak funguje a jakých rozvojových cílů se snažíme dosáhnout. Důležité je také zamyslet se nad možnými úskalími, s nimiž se při této hře můžeme setkat, a to s ohledem na jednotlivce, skupinu a náš vlastní styl práce, zkušenosti a dovednosti. Kromě dobré přípravy je nejpotřebnější vytvořit atmosféru „psychologického bezpečí“ – situaci, ve které

se všichni cítí bezpečně, s pocitem jistoty a sounáležitosti, situaci, ve které mohou spontánně a upřímně vyjádřit své názory a hovořit o svých zkušenostech. Cílem interakčních her je účinně formovat sociální dovednosti dětí a zlepšovat vztahy. Otevírají sociálnímu pedagogovi cestu k ovlivňování prožitků, chování dětí a k rozvoji dovedností a osobnosti. Dovednosti sebepoznání se často kombinují s poznáním druhých, komunikačními dovednostmi a s dovednostmi spolupráce. Jen několik her náhodně začleněných do výchovného programu mívá podstatně menší efektivitu. Vytvořit ucelený program her a postupně a pravidelně ho naplňovat je mnohem výhodnější. Umožnit jedincům dodržovat společně stanovená pravidla her a být pro ně i v tomto směru příkladem je dalším důležitým bodem. V neposlední řadě je důležité se vcítit se do prožitků a akceptovat jedince takové, jací jsou, a umožnit každému z nich, aby mohl prezentovat svou jedinečnost, svoje prožitky, zkušenosti i dovednosti (Gillnerová, 2008).

Pohyb

Krch a Fialová (2012) vyzdvihují, že v posledních letech přitahuje pozornost odborníků úloha pohybové aktivity a stravovacích návyků v životě lidí jako důležitého nástroje zdravotní prevence. Terapeutické účinky přiměřeného cvičení zmínila již například Grogan (2000), ale i mnoho výzkumů a autorů se vyjadřuje ke spojitosti pravidelného přiměřeného cvičení ve vztahu k lepšímu vnímání vlastního body image (např. Schleichel a Fialová, 2023, Krch, 2005, Fafejta, 2024).

Dvořáková (2011) uvádí, že spontánní pohybová aktivita je prostředkem osobnostního a sociálního vývoje v samostatnosti, sebeodpovědnosti, vztahu k ostatním, dodržování společenských a domluvených pravidel. Vysvětluje, že pohyb je pro člověka prostředkem k poznání prostředí, k tomu, aby se naučil ovládat své tělo a vyrovnat se s okolím, a je prvním způsobem, jak získat potřebné zkušenosti. Pohyb je prostředkem k vyjádření sebe sama a ke komunikaci s ostatními. Je také prostředkem k získání sebedůvěry prostřednictvím hodnocení, srovnávání, pomoci, soutěžení a spolupráce s ostatními. Pohybová aktivita má mnoho příležitostí ke zvýšení i snížení sebevědomí, a proto je třeba dětem pomáhat, aby zažívaly úspěch.

Komunitní kruh

Kopřiva (2008) uvádí, že jednou z metod zajištění pohodového prostředí je komunitní kruh. Jedná se o společné setkání v kruhu všech jedinců skupiny a pedagoga. Cílem komunitního kruhu je rozvíjení vztahů, vytváření soudržnosti, pocitu sounáležitosti

a přijetí pro každého jedince. Jde o vytváření společných zkušeností a výměnu informací o postojích, myšlenkách a pocitech zúčastněných. Aby bylo toto poslání naplněno, měl by být komunitní kruh pravidelnou součástí života a dění.

Diskuzní kruh

Pedagog je většinou moderátorem diskuse. Téma nemusí být vždy výukové, může se týkat událostí, které proběhly v dané diskuzní skupině, v zemi nebo v zahraničí. Cílem je diskutovat o aktuálních věcech, řešit problémy, reagovat na názory a předkládat argumenty. Dále je cílem rozvíjet znalosti a dovednosti, které přispívají k rozvoji sociálních, komunikačních, občanských a osobních dovedností jednotlivců (Nováčková, 2009).

Mindfulness meditační cvičení

Stehlíková (2014) uvádí, že život některých dětí se stal neustálým maratonem plným stresu a přetížení, proto je také třeba naučit děti ztišit se, zklidnit a odpočívat. Klid a ticho usnadňují dětem cestu k jejich schopnostem a zdrojům vědomostí a zlepšují jejich školní výsledky. Autorka doporučuje meditační cvičení pro děti a dospívající pomocí mindfulness. Meditace je pro děti a dospívající příjemná, protože uvolňuje hormony dobré nálady. Pokud jedince naučíme meditační techniky všímavosti, zažijí silné uvědomění toho, co se děje v přítomném okamžiku, a zaměří se na své emoce a fyzické pocity tady a teď, což jim umožní soustředit se na sebe a svůj potenciál. Dnes může sociální pedagog najít plno publikací s konkrétními aktivitami na toto téma. Některé uvádí i autorka ve svém článku.

Specifika práce s jedinci s narušeným vztahem k body image a ve vztahu k sobě

Při práci s jedinci s narušeným vztahem k nim samotným, jejich tělu, ke stravovacím a pohybovým návykům, je vhodné dodržovat určité zásady. Mezi tyto zásady patří poskytování informací o žádoucích návycích a chování. Potřebné je i zdůrazňování skutečnosti, že každý má nedokonalosti. Patří sem také podporování tolerance vůči ostatním a společné objevování silných a slabých stránek, nebo i nepřeceňování jejich odpovědnosti. Je vhodné neřešit rodinné ani jiné problémy před dítětem, chválit jeho osobní úspěchy a vyhnout se zbytečným soudům (Krch, Fialová, 2012).

Carr-Gregg (2011) uvádí, že pokud jedinci již vykazují známky poruch příjmu potravy, měli bychom vyjádřit své obavy, říci jim, čeho si v jejich chování všímáme, a pokusit se je přimět, aby o tom mluvili. Cílem je, aby si osoba problém uvědomila dříve, než se situace stane opravdu vážnou. Autor také zdůrazňuje, že bychom se jako odborníci měli vyvarovat nátlakovým a soudícím výrokům při komunikaci s těmito jedinci (např. používání výroku „musíš přeci jíst“).

Při komunikaci s jedinci s poruchami příjmu potravy je důležité mít na paměti, že jedná o psychické onemocnění, většinou bez pacientova vhledu a touhy po léčbě. Onemocnění vede k nezáměrnému lhaní. Dívky s poruchami příjmu potravy bývají velmi citlivé, inteligentní, přemýšlivé, zároveň však skeptické a nejisté. Mají pocit, že se je blízcí lidé neustále snaží vykrmit lhaním o jejich postavě a jídle v souvislosti s jejich poruchou příjmu potravy. Není možné léčit nemocného, který se aktivně léčit nechce. Pedagogové mohou nabídnout pomoc a podporu, ale nemohou vyřešit problémy za samotného jedince s poruchou příjmu potravy. Mohou si promluvit s jedincem o svých pocitech a obavách, vhodné je používat „já výroky“ a nenabízet jednoduchá řešení. Zároveň je vhodné si stanovit pravidla při jednání s nimi jako s každým jiným. Důležité není chránit jedince, ale snažit se zabránit šikaně a stigmatizaci. Je vhodné zapojit jedince do skupinových aktivit, aby nedocházelo k prohlubování izolace. Pedagogové by také měli být trpěliví, laskaví, jemní a pevní a neměli by dělat nic bez vědomí jedince (např. kontaktovat rodiče). Zásadní je umět identifikovat ohrožené jedince, vhodně je podporovat a realizovat školní preventivní programy (Annabel, 2020).

Tipy na konkrétní aktivity v rámci prevence poruch příjmu potravy

Sociální pedagog může s jedinci diskutovat o technikách a nástrojích, které lidé používají k úpravě svých fotografií. Lze si například vytvořit společně seznam. Je potřeba s dětmi a dospívajícími odhalovat pózy, úhly kamery, speciální osvětlení, make-up a filtry, které se postarají o „dokonalý záběr“. Mohou také diskutovat o tom, zda jsou fotografie na sociálních sítích vhodné ke srovnávání (Diedrichsová a kol., 2021).

Sociální pedagog může představit způsoby, jak používat sociální sítě k aktivnímu kontaktu a ke komunikaci s jinými lidmi. Je dobré dětem a dospívajícím připomínat, ať nesledují účty, z nichž nemají dobrý pocit, nebo ať použijí v aplikacích funkci „Skrýt“ (Diedrichsová a kol., 2021).

Rašticová (2009) uvádí, že kritika, komentáře a poznámky či posměch týkající se vzhledu těla mohou narušit pozitivní sebepřijetí, spokojenost s tělem a stravovací návyky dospívajících. Pedagog musí dávat pozor na komentáře, které mohou ublížit, zasáhnout a vysvětlit danou situaci. Důležité je také řešit kyberšikanu a šikanu. Kromě toho můžeme připomínat dospívajícím, že mnoho platforem sociálních sítí má funkci skrytí, blokování a nahlášení online šikany.

Posedlost zdravým životním stylem je často komerčně využívána, a to i v reklamách určených dětem. Navzdory legislativě, která klamavou reklamu zakazuje, se tato otevřená či skrytá reklama stále více rozšiřuje. Orientace na zevnějšek spojená s úspěchem a se zdravým životním stylem a obavy z obezity daly různým dietám zdánlivě racionální rámeček. I zde je značný prostor pro preventivní práci (Papežová, 2017).

Může být čím dál obtížnější určit, co je reklama, a co není i na sociálních sítích. Sociální pedagog si společně s jedinci může projít některé kanály na sociálních sítích a procvičit si rozeznávání příspěvků, které představují sponzorovaný obsah.

Diskuze s dětmi o tom, co jejich tělo dokáže, místo toho, jak vypadá, je také skvělá varianta. Můžeme se soustředit na jeho smysly, jeho tělesné funkce a soustavy. Také se můžeme soustředit na jeho výjimečné kvality a schopnosti, které naše tělo dokáže, např. kreativitu, kdy díky rukám dokáže kreslit apod (Diedrichsová a kol., 2021).

Jedna taková konkrétní aktivita, která má v sobě prvek taneční terapie a pohybu, představuje „podívání se na tělo jako umělecký obraz“, kterou autorka této práce načerpala na tréninkovém kurzu v Madridu. Jedince si rozdělíme do dvojic. Jeden z nich stojí v libovolné umělecké pozici. Druhý se na hudbu pohybuje dle svých preferencí a možností. Kouká se na ono „umělecké dílo“ z různých úhlů a úrovní. Za úkol má si toto dílo třikrát „vyfotit“ a zapamatovat. Oba aktéři si vyzkouší obě role. Nakonec si popovídají, jakou konkrétní část uměleckého díla si vyfotili a proč.

V příloze B se nachází přehled vybraných didaktických materiálů a tipů na aktivity dostupné zdarma, které může sociální pedagog ve své praxi využít.

4 Kvalitativní výzkumné šetření

4.1 Vymezení výzkumného šetření

Součástí této kapitoly je představení plánu výzkumného šetření, zejména stanovení cíle šetření, dále představení stěžejních otázek, na které byly v rámci šetření hledány odpovědi, představení užitých metod a charakteristika cílové skupiny. Podstatnou součástí je rovněž analýza dat a seznámení se s výsledky šetření, na které navazuje následná diskuze zjištěného.

Cíl výzkumného šetření

S nástupem nových technologií a některých změn v sociálním prostředí se otevírají nové příležitosti pro prevenci poruch příjmu potravy. Nicméně je zásadní porozumět tomu, jak tyto nové možnosti vnímá především mladá generace, na kterou se v této práci zaměřujeme. Zároveň výzkumné šetření zahrnuje i výchovné poradce, kteří jako jedni z odborníků v oblasti výchovy a vzdělávání mohou mít klíčovou roli v prevenci a podpoře dospívajících. Toto výzkumné šetření si klade za cíl zkoumat pohled mladých lidí na nové možnosti prevence poruch příjmu potravy, dále pak zkoumat pohled výchovných poradců k dané problematice, a to včetně jejich pohledu na efektivitu současných preventivních strategií a potřebu nových přístupů.

Definování výzkumného problému a výzkumných otázek

Výzkumný problém

Pohled mladé generace a výchovných poradců na nové možnosti v prevenci poruch příjmu potravy.

Definování výzkumných otázek

Hlavní výzkumné otázky:

- **HVOa:** Jaký pohled má mladá generace na nové možnosti v prevenci poruch příjmu potravy?
- **HVOb:** Jaký pohled mají výchovní poradci na nové možnosti v prevenci poruch příjmu potravy?

Dílčí výzkumné otázky:

- **DVO1:** Jaké nové možnosti v oblasti prevence poruch příjmu potravy by mohly být pro mladou generaci nejefektivnější?
- **DVO2:** Jak ovlivňuje tlak na dosažení tělesného „ideálu“ chování mladé generace v oblasti body image?
- **DVO3:** Jakou roli hrají sociální media v prevenci poruch příjmu potravy?
- **DVO4:** Jaké faktory ovlivňují životní styl mladé generace a jak se tyto faktory mohou podílet na prevenci poruch příjmu potravy?
- **DVO5:** Jak se výchovní poradci cítí v otázce poskytování podpory ve vztahu k prevenci poruch příjmu potravy u mladé generace?
- **DVO6:** Jaké jsou případné výzvy, s nimiž se výchovní poradci setkávají při práci na prevenci poruch příjmu potravy?

Metodologie výzkumného šetření

Pro potřeby výzkumného šetření této diplomové práce byly zvoleny metody focus group a polostrukturovaný hloubkový rozhovor. Autoři Švaříček a Šedřová (2012) uvádějí, že metody kvalitativního výzkumu jsou často využívány pro získání bohatších a hlubších dat o zkoumané problematice a umožňují výzkumníkovi porozumět složitým aspektům a kontextu daného jevu. Původně kvalitativní výzkum představoval jakousi doplňkovou metodu, která sloužila k doplnění kvantitativních dat. S postupem času se však změnil přístup odborníků, kteří jej dnes považují za samostatný a legitimní přístup ve výzkumu.

Samotný kvalitativní výzkum můžeme primárně využít k objasnění perspektivy zkoumaného a charakteristických pravidel dané oblasti. Je to proces, jehož cílem je pochopení daného sociálního nebo lidského problému prostřednictvím různých metodologických přístupů zkoumání. Během realizace mohou být použity standardizované i nestandardizované metody. Výzkumník se soustředí na sběr a analýzu relevantních informací za účelem odpovědi na původní otázky výzkumu. Na základě získaných dat se formulují závěry, které mají význam pro stanovený cíl výzkumného šetření. Největší nevýhodu kvalitativního výzkumu můžeme spatřovat v omezeném počtu respondentů. Nemůžeme tak na základě jejich odpovědí vytvářet závěry, že by takovýmto způsobem odpovídali i další respondenti, a samotný závěr výzkumného šetření nemusí tudíž odpovídat reálné situaci (Hendl, 2016).

Zvolená metoda focus group

Švaříček a Šedřová (2012) uvádí, že při studiu určitých sociálních fenoménů se prokázalo užitečné získávat názory a postoje od více respondentů současně. V důsledku toho začaly v metodologii kvalitativního přístupu vznikat techniky, jako jsou skupinové rozhovory a focus group, které umožňují dotazování většího počtu účastníků současně. Tato metoda obvykle zahrnuje šest až osm členů, v závislosti na specifikách výzkumu.

Fokusní skupiny jsou cennou metodou sběru kvalitativních dat, která poskytuje hluboký vhled do perspektiv, zkušeností a postojů účastníků k určitému tématu. Tato metoda umožňuje výzkumníkům shromáždit bohaté kvalitativní údaje prostřednictvím skupinových diskusí, kde mohou účastníci komunikovat, sdílet své názory a navazovat na odpovědi ostatních. Tato dynamická interakce často vede k hlubšímu prozkoumání tématu výzkumu. Díky zapojení účastníků s různým zázemím, se zkušenostmi a s názory umožňuje tato metoda prozkoumat širokou škálu pohledů na výzkumné téma. Tato různorodost může odhalit nuance a rozdíly v názorech, které se při individuálních rozhovorech nemusí objevit (Casey, Krueger, 2014).

Zároveň byla pro toto výzkumné šetření zvolena online varianta fokusní skupiny, která v poslední době získává na své popularitě především v marketingovém výzkumu. Buchtová a kol. (2020) uvádí, že výhoda online varianty spočívá především v tom, že není vázaná na konkrétní místo a čas. Dále pak spočívá také v tom, že účastníkům umožňuje používat multimediální materiály. Nevýhodu naopak vidí v tom, že se lidé mohou chovat rozdílně, než by se chovali v reálném světě. Vždy je třeba dopředu nastavit jasné podmínky a informovat účastníky fokusní skupiny o etických pravidlech, která dopředu vymežíme.

Využití online focus group s adolescenty bylo strategicky zvoleno z několika důvodů. Díky online formátu se účastníci mohli zapojit z pohodlí svého domova. Domácí prostředí může působit přívětivěji a méně náročně než osobní setkání v rámci nějaké instituce. Online formát umožnil autorce práce získat rozmanitý vzorek adolescentů z celé České republiky bez ohledu na jejich geografickou polohu, což může posílit validitu výsledků výzkumného šetření.

Metoda polostrukturovaného rozhovoru

Švaříček a Šed'ová (2012) uvádí, že účelem hloubkového polostrukturovaného rozhovoru je získat podrobné a komplexní poznatky týkající se zkoumaného jevu. Hloubkový rozhovor dnes patří k nejvyužívanějším metodám v kvalitativně orientovaných šetřeních a umožňuje zachytit výpovědi a slova v jejich přirozené podobě. Pomocí hloubkového rozhovoru se zkoumají jednotlivci z konkrétního prostředí nebo určité sociální skupiny za účelem získání podobného porozumění jejich jednání, jaké mají členové této skupiny. Použitím otevřených otázek můžeme lépe pochopit perspektivu jiných lidí, aniž by byl jejich názor omezen na předem definované možnosti, jak tomu bývá u dotazníků.

Miovský (2006) dodává, že polostrukturovaný rozhovor tvoří dopředu stanovené otázky, na které se respondentů tázeme. V průběhu rozhovoru můžeme avšak zaměňovat pořadí otázek, nebo na základě získávání dat od respondenta vytvářet v průběhu nové. Polostrukturovaný rozhovor představuje flexibilitu v reakci na jedinečnost každého z dotazovaných.

Analýza a interpretace dat

Zpracování dat v kvalitativním přístupu se liší od přístupu kvantitativního, kde se data vyhodnocují pomocí pevně stanovených kategorií a pravidel. Kvalitativní analýza a interpretace dat se zaměřují na identifikaci sémantických spojení mezi nimi a seskupování popisných kategorií do logického celku (Švaříček, Šed'ová, 2012).

Data respondentů budou proto analyzována pomocí zakotvené teorie, přičemž konkrétně bude využito otevřené kódování. Při prepisu rozhovorů budou identifikována klíčová témata, která budou postupně transformována do kódů. Tato témata lze identifikovat na úrovni slov, vět nebo celých odstavců. Hlavním cílem je odhalit skrytá témata v odpovědích jednotlivých účastníků (Hendl, 2016).

Vzorek respondentů – focus group

Zde cílovou skupinu představují adolescenti z celé České republiky. Spodní věková hranice odpovídá věkovému vymezení adolescence dle několika autorů odborných publikací, kteří se na hranici 15 let ve většině případů shodují (viz kapitola 2). Horní věková hranice byla pro účely této práce stanovena na věk 23, který se také objevoval v odborné literatuře. Cílem bylo obsáhnout adolescenty v celém záběru. Pro navázání kontaktu s respondenty byla zvolena forma letáčku, který byl vytvořen v nástroji Canva a je přiložen v příloze E. Tento letáček byl nasdílen na několika platformách a facebookových skupinách. Výhodou byla i možnost sdílení letáčku na IG

účtu organizace Mojetělojemoje, kde se autorka této práce věnuje dobrovolnictví. Díky tomu mohla poměrně rychle a s úspěchem oslovit adolescenty z celé ČR. Respondenti byli vybíráni se záměrem tak, aby byli přítomni zástupci obou pohlaví. Konečný přehled se základní charakteristikou respondentů je uveden v tabulce č. 1. Z důvodu anonymity budou respondenti označováni jako R + číslo.

Respondent	Pohlaví	Věk	Vzdělání
R1	Muž	19	SOŠ
R2	Žena	23	VŠ – humanitní zaměření
R3	Žena	21	SOŠ
R4	Žena	16	SOU
R5	Žena	18	Gymnázium
R6	Muž	20	Gymnázium
R7	Žena	19	SOŠ

Vzorek respondentů – polostrukturovaný rozhovor

Pro hloubkový rozhovor byli vybráni výchovní poradci, kteří patří mezi zástupce základních členů školního poradenského týmu. Výchovní poradci byli osloveni telefonicky a skrze e-mailovou korespondenci. Všichni respondenti, kteří se nakonec rozhovoru účastnili, působí na školách ve Středočeském kraji. Tímto způsobem se autorka chtěla zaměřit na jeden kraj a lépe tak porozumět specifickým sociokulturním a regionálním faktorům ovlivňujícím danou problematiku. Na většině školách vykonává danou pozici žena. Přesto bylo osloveno několik výchovných poradců – mužů, ale k rozhovoru byl otevřen pouze jeden z nich. Všechny rozhovory probíhaly osobně v rámci pracoviště daných respondentů. Základní charakteristické údaje jsou uvedené v tabulce č. 2. Pro odlišení od respondentů z metody focus group zde používáme písmeno V + číslo, které je stanoveno na základě toho, kdy se rozhovor konal.

	Pohlaví	Věk	Délka praxe	ZŠ / SŠ
V1	Žena	55	37	ZŠ
V2	Žena	64	28	SŠ
V3	Muž	60	10	SŠ
V4	Žena	55	25	SŠ

Realizace výzkumného šetření

První část u obou provedených metod zahrnovala představení se respondentům, představení výzkumného šetření, stanovení základních zásad a principů, a v neposlední řadě snahu o navození uvolněné atmosféry. Nechyběl ani souhlas o provedení záznamu. Focus group probíhala skrze prémiovou verzi platformy Google meet. Respondenti získali odkaz k připojení v den konání, a to již 30 minut předem, aby byl zajištěn dostatek času na vyřešení technické stránky. Většina se připojila dříve, a tak mohlo dojít k vytvoření příjemné atmosféry před samotným začátkem šetření.

Druhou částí byla realizace jednotlivých rozhovorů s tím, že na začátku byly zjišťovány základní informace o respondentech (věk, typ vzdělání vs. věk, délka praxe), následně bylo přistoupeno k jednotlivým otázkám, na něž respondenti odpovídali, či o nich v rámci focus group diskutovali. Poslední část rozhovorů se skládala z poděkování, ujištění respondentů o přínosu získaných výpovědí a z následného rozloučení se s nimi.

Dále byly realizované rozhovory prostřednictvím opakovaného poslechu nahrávek doslovně přepsány do písemné podoby, a to v pořadí, v jakém proběhly (*viz příloha D*). Získané výpovědi byly poté zpracovány do kategorií sestavených na základě specifických otázek, jež byly stanoveny na začátku šetření z důvodu získání odpovědi na **HVOa**, i na **HVOb**. Jednotlivé kategorie zahrnují vždy předem stanovené tazatelské a doplňkové otázky vztahující se tematicky ke specifické dílčí otázce.

Pro získání odpovědí na stanovené dílčí výzkumné otázky byly stanoveny tazatelské otázky pro polostrukturovaný rozhovor i pro focus group, jejichž účelem bylo získání potřebných dat. Jednotlivé tazatelské otázky jsou uvedeny ve struktuře focus group (*viz příloha C*) a ve struktuře polostrukturovaného rozhovoru (*viz příloha C*). Pro lepší interpretaci získaných výpovědí bylo stanoveno i několik dalších otázek, jež byly respondentům pokládány jako doplňující v případě potřeby upřesnění či lepšího pochopení jejich odpovědí na uvedené dílčí otázky. Jednotlivé doplňkové otázky, které vznikly v průběhu, jsou součástí přepisů uvedených v přílohách.

4.2 Analýza a interpretace dat – metoda focus group

DVO1: Jaké nové možnosti, technologie nebo programy v oblasti prevence poruch příjmu potravy by mohly být pro mladou generaci nejefektivnější?

Kategorie 1: Aktuální stav

Kódy:

- **Nedůraz**
- **Předmět**
- **Interakce**
- **Příběh**

První kategorie se zabývá zkušenostmi adolescentů s prevencí poruch příjmu potravy v průběhu formálního vzdělávání. Všichni adolescenti se ve své výpovědi shodovali na tom, že v rámci vzdělávání docházelo k určité osvětě o tématu poruch příjmu potravy, ale na druhou stranu vnímají, že na tuto problematiku nebyl kladen dostatečný důraz.

- R1: *„Jako u nás na SŠ nic nebylo. Možná jsme měli nějaký projekt nebo něco, ale za ty celý čtyři roky, tak jedna přednáška. Ale nic specifického jsme nedělali.“*
- R3: *„Na ZŠ jsem se asi nijak s tím nezabývali a nevnímám, že by tam na to byl takový důraz, ale na SŠ asi ve třetíáku jsem měla výchovu ke zdraví a tam jsme teda trošku okrajově zmínili PPP...Prostě okrajově to tam bylo.“*

Nejčastější forma, se kterou se adolescenti setkávali, je bezesporu přednáška, a to především v podobě frontální výuky od vyučujících. Velmi často probíhala osvěta v rámci nějakého předmětu, jako je výchova ke zdraví.

Dále se častěji vyskytovaly přednášky od organizací zabývajících se poruchami příjmu potravy či od městských knihoven.

- R4: *„Ve druháku jsme o zdravotě tohle téma nařekli s učitelkou, ale víc jsme se o tom nějak nebavili.“*
- R3: *„Ve třetíáku jsem měla výchovu ke zdraví, a tam jsme teda trošku okrajově zmínili PPP.“*
- R5: *„Já si pamatuju, že třeba v nějaké 5. nebo 6. třídě na ZŠ jsme možná měli taky výchovu ke zdraví, a to bylo takové všeobecné a nic moc jsme si neřekli.“*
- R2: *„U nás na SŠ se relativně o tom mluvilo víc. Hlavně v rámci předmětu psychologie, ale furt si myslím, že to jako nebylo dost.“*

V menší míře probíhaly i interaktivnější formy prevence na danou problematiku v podobě projektových dnů a diskuze. Ojedinele se vyskytoval náznak aktivit na budování sebevědomí v podobě role-play. Za zmínku určitě stojí i progresivní změna ve školní jídelně na jedné ze zmiňovaných škol, protože tato systémová problematika stravování ve školních a v nemocničních jídelnách je stále velmi aktuální problematikou. Avšak tyto formy prevence byly ve zkušenostech adolescentů méně časté.

Pokud se zaměříme na to, která forma prevence adolescenty nejvíce zaujala, můžeme především zmínit přednášky z pohledu jedince, který si sám prošel poruchou příjmu potravy. V průběhu focus group zaznělo několikrát i filmové či knižní zpracování. Obě tyto formy prevence založené na příběhu jedince s osobními zkušenostmi s poruchou příjmu potravy se zdají být pro adolescenty přitažlivější. Osobní příběh a zkušenosti mohou poskytnout jedinečný a autentický pohled na problematiku poruchy příjmu potravy, která se zdá být pro adolescenty lákavější než informace pocházející od vyučujících.

- R7: „...u nás třeba ta přednáška byla formou z pohledu holky, co si prošla tou anorexií a vyprávěla svůj příběh. Bylo to hodně zajímavé a dobře připravené.“
- R3: „Když je to na tom příběhu založené, tak je to prostě zajímavý.“
- R2: „...ty filmy, respektive dokumenty, jsou takový, že se zaryjou pod kůži, že prostě tam ten člověk vidí pravděpodobně ty reálný osoby.... A to je něco, co jako vlastně taky jako nějakým způsobem uvízlo. Rozhodně lepší než suchá teorie.“

Kategorie 2: Úroveň informovanosti

Kódy:

- **Vlastní iniciativa**
- **Důraz**

Tato kategorie se zaměřila na to, zda se adolescenti cítí dostatečně informovaní o důsledcích a rizicích poruch příjmu potravy. Adolescenti se shodují, že by v rámci vzdělávání ocenili větší důraz na danou problematiku, protože ji považují za velmi důležitou. Také se jednohlasně shodují, že pokud by nevyvinuli vlastní iniciativu v hledání informací, tak jich dostatek nemají.

- R3 uvedla: „Připadá mi, že na to, že jsem byla na odborné škole, tak my o tom fakt víme málo a na ZŠ fakt nic nebylo. Přijde mi, že je to dost podstatná věc a mělo by se o tom něco vědět a přijde mi, že nic nevím moc.“

- R6: „*Veškerý info jsem si musel najít sám a moc si nevzpomínám, že bychom něco měli na druhém stupni. No a na SŠ už vůbec ne. Ocenili bychom něco určitě.*“

Adolescenti se také shodují, že určité povědomí o problematice mají, ale většinou tyto informace získávají vlastní iniciativou. Častým zdrojem informací se pro ně stávají i sociální sítě.

- Například R2 se domnívá: „*Jako mám relativně dost informací, i když otázka je, co je dost, ale jenom díky tomu, že já chci. Ne proto, že by mi to přines ten systém.*“
- R3: „*...nebo na sociálních sítích, tak tam to na mě vyskakuje, ale jinak bych o tom nic nevěděla, kdybych si sama nic nehledala.*“
- R5: „*Proto jsem mlčela, protože jsem se moc nesečkala. Pokud jsem si něco nehledala sama nebo na sociálních sítích.*“

Kategorie 3: Nové možnosti prevence

Kódy:

- **Diverzita**
- **Digitální intervence**

Tato kategorie se zaměřila na to, co adolescenti sami považují za nové a inovativní formy prevence a s jakými formami se setkali. Adolescenti za inovativní možnost prevence považují především určitou změnu přístupu ve společnosti. Konkrétně tři z nich poukázali na otevření tématu různorodosti těl. Tento důraz na diverzitu a bourání stereotypu štíhlého tělesného „ideálu“ považují za velmi důležitý.

- R1: „*Ted' se ukazuje na to, třeba i nedokonalé, ale furt jsou to lidi a živý bytosti a ukazují, že prostě každý je jiný nějakým způsobem. Takže z toho bych si odvodil to preventivní působení.*“

Dvě respondentky dále považují za novou a inovativní možnost prevence nové aplikace a online platformy, které obsahují relaxační techniky, strategie pro pozitivní tělesný obraz, či mohou sloužit jako forma podpory. V rámci diskuze se adolescenti pozastavili nad fitness aplikacemi, kdy dvě respondentky poukazovaly na jejich nebezpečí, naopak jeden respondent je považoval za dobrý nástroj. Konkrétní aplikace, které v rámci diskuze zazněly, byly kalorické tabulky a aplikace Nepanicář.

- R2 uvedla své obavy: „*Třeba kalorický tabulky, což je aplikace poměrně známá, tak strašně snadno, když budeme držet to její nastavení těch tabulek,*

tak se dostaneme do docela velkého problému a vlastně se o tom moc nemluví, ale je to extrémně stahovaná aplikace a lidi podle ní jedou.“

Kategorie 4: Zefektivnění prevence

Kódy:

- **Bourání mýtů**
- **Kompetentnost**
- **Zážitek**
- **Příběh**
- **Mediální gramotnost**

Tato kategorie zkoumá pohled adolescentů na budoucí strategie prevence poruch příjmu potravy. Dvě adolescentky zdůrazňují význam dekonstrukce rozšířených mýtů spojených s těmito poruchami. Zároveň je v rámci diskuzní skupiny významně diskutována zážitková složka prevence, neboť adolescenti preferují aktivní zapojení a vlastní experimentaci. Často se také objevuje forma prevence založená na osobní zkušenosti a vyprávění příběhů jednotlivců postižených poruchami příjmu potravy

- R1: *„Já bych si chtěl něco i vlastně vyzkoušet.“*
- R3: *„Já musím souhlasit s tím, že když je to nějaké interaktivní a zapojíme se, tak si z toho odnese i nějaký zážitek.“*
- R4: *„Třeba si i něco zahrát ve škole a vyzkoušet si něco, protože jak jsem zmiňovala to, jak jsme si zkoušeli něco na sobě v rámci té psychologie, tak to mě bavilo.“*
- R6: *„Když bychom si sami něco zkoušeli, tak si z toho třeba i něco možná odnese, ale zase záleží, jak a kdo to podá.“*

Mimo jiné někteří adolescenti poukázali na problematiku kompetentnosti odborníků prevence.

- R2 se domnívá: *„Kdyby to došlo do toho módu, že teda ať speciální pedagog, sociální pedagog, ideálně i školní psycholog by byli dostupní pro každou ZŠ a SŠ a myslím si, že ten tým by měl být a neměl by jenom edukovat děti a studenty, ale taky ty pedagogy, kteří prostě pravděpodobně o tom slyšeli jen okrajově a tam by to jako mohlo začít. Ti dospělí, kteří to budou předávat dětem, mladým lidem, by měli být sami hodně dobře edukováni. Nejdřív by se mělo začít tam, že budou kompetentní lidé.“*

- R6: „*Je důležité, kdo a jak kvalitně nám to téma podává.*“

Dvě respondentky také identifikovaly mediální gramotnost jako významný prvek v prevenci poruch příjmu potravy. Adolescenti tak poukazují na nezbytnost systematického rozvoje schopnosti kritického myšlení a efektivního vyhodnocování mediálních sdělení u dětí a dospívajících. Zvláště pak je nutné soustředit se na rozvíjení schopnosti rozpoznat kvalitní obsah a diferencovat mezi různými zdroji informací.

DVO2: Jak ovlivňuje tlak na dosažení tělesného „ideálu“ chování mladé generace v oblasti body image?

Kategorie 1: Vliv tlaku

Kódy:

- **Intenzita**
- **Bodyshaming**
- **Změna**

Tato kategorie se zaměřila na zkušenost adolescentů s tlakem na tělesný „ideál“ ve společnosti. Většina adolescentů se shoduje, že tlak na dosažení tělesného „ideálu“ je ve společnosti stále velký. Adolescenti se setkávají s bodyshamingem, a přestože vnímají, že dochází k určitým společenským změnám, tak to pro ně ve výsledku značí pouze změnu podoby tlaku, kterému jsou vystaveni.

- R6: „*Mně přijde, že ten tlak je pořád obrovský. Je pravda, že na sociálních sítích už je větší body positivity, ale jak v mém okolí, tak i prostě na těch sítích, tak mi přijde, že se to pořád řeší.*“
- R3: „*Zažila jsem si to, není to příjemný a zažít to už nechci.*“
- R5: „*Jo to je chvíli ta body positivitita, pojďme přibrat a mít ty faldíky, a potom se zase říká, že být absolutně nemají, ale pořád je to ten tlak a je stejný, ale ten „ideál“ se mění.*“

Dále většina adolescentů uvádí, že je tlak na dosažení tělesného „ideálu“ určitě ovlivňuje v chování v rámci jejich body image. Tlak, který v minulosti pocítili, je vedl k většímu sledování jejich těla či k vyslovení přání postavu změnit k lepšímu, což mohlo dále vést ke změně ve spotřebním, v jídelním či pohybovém chování.

- R4 ukázala svou zkušenost: „*Já jsem si v tu chvíli řekla, asi bych s tím něco měla dělat, přestat jíst nebo začít cvičit nebo něco...už tam v hlavě byla ta myšlenka*

začni se sebou něco jako dělat. Začíná si toho všimnout okolí a asi to není jako dobrý.“

Kategorie 2: Zdroje tlaku

Kódy:

- **Vztahovost**
- **Masmédia**
- **Systém**

Tato kategorie se soustředila na primární zdroje tlaku spojeného s tělesným „ideálem“ v životech adolescentů. Pro adolescenty má významnou relevanci, zda kritika a nepříznivé komentáře pocházejí od osob z jejich blízkého okolí, což zdůrazňuje význam vztahů v rámci jejich vývojového období. Nejčastěji se jako zdroj těchto tlaků uvádí rodinné prostředí či nejbližší přátelé.

- R5 popsala svou zkušenost takto: *„Když je to prostě někdo blízký... prostě víc to zabolí do té emoční sféry.“*

Komentáře týkající se postavy, vzhledu a jídelních návyků také často pochází od starší generace. Dvě respondentky poukázaly na problém, že starší generace není dostatečně obeznámena s poruchami příjmu potravy a na základě toho, že žili jinak než současná generace, si neuvědomují citlivost problematiky. Velmi často jsou i zmiňována masmédia, především pak sociální sítě.

- R1 uvedl: *„Když mají lidi nátlak od malička, že mají být topmodelky, vidí to všude v TV, v reklamách, na internetu. Jak jsou ty holky pěkný, namalovaný nebo takhle někdy to ani není vidět, že jsou namalovaný. Ale realita je, že třeba mají x plastik, jsou namalované, upravené a ty holky to mají jako vzor, přestože tak v životě nemůžou vypadat. Není to reálný.“*

Zajímavé téma zmíněné mezi řádky u dvou adolescentek je i nastavení samotného systému společnosti. Zde se otevřela problematika bodyshamingu u lékařů, což je téma, které se postupně ve společnosti také otevírá. Dále se také jedná o dostupnost zdravých potravin či nastavení velikostí oblečení.

- R7: *„...s tím BMI mám stejnou zkušenost od své doktorky a taky jsem se setkala s nevhodnými komentáři na tělo od doktorů.“*

Kategorie 3: Genderové rozdíly

Kódy:

- **Stejný tlak**
- **Socializace**

Tato kategorie se zabývá tím, zda adolescenti vnímají genderové rozdíly v tlaku na vzhled těla. Adolescenti se shodují s odbornou literaturou, jelikož většina z nich vnímá, že je ve společnosti vyvíjen tlak jak na ženy, tak i na muže. Zároveň poukazují na problematiku společenského nastavení, kterou autorka práce nastínila v kapitole č. 2. Rozdíly v chování prostředí vůči chlapcům a dívkám mohou potenciálně ovlivnit i to, že si muži na takové věci nestěžují a dívky se danému tématu věnují více.

- R5 sdílela: *„Ono se o tom jinak mluví. Mi připadá. Já se hodně bavila s mým kamarádem, který říkal ono je to stejný holky/ kluci. Akorát holky to víc řeší, baví se o tom mezi sebou. U kluků je to prostě to, že jsme chlapi, neřešíme problémy, chlapi nebrečí...“*

Kategorie 4: Osobní strategie

Kódy:

- **Resilience**
- **Genetika**
- **Intuitivita**
- **Humor**

Tato kategorie se zaměřuje na osobní strategie adolescentů, které jim pomáhají při zvládnutí tlaku na jejich tělo. Velmi často z výpovědí adolescentů přímo i nepřímo zaznívala potřeba určité osobní resilience. Tato zjištění odpovídají tomu, co naznačuje stávající literatura o důležitosti budování psychické odolnosti a resilience u dětí a dospívajících.

- R2 například uvádí: *„Říkám si, že kdybych nebyla relativně psychicky silný jedinec, tak možná odejdu z té ordinace jako uff tyjo, ten doktor řekl, že furt je to blbý, že furt musím makat.“*

Nejběžnější strategií, kterou adolescenti využívají ke zvládnutí tlaku spojeného s tělesným „ideálem“, je používání humoru a určité formy ignorace. Dále se vyskytuje tendence k intuitivnímu přístupu a nalézání spokojenosti s vlastním tělem. Současně je zjištěním, které koresponduje s odbornou literaturou, uvědomění

si genetických predispozic. Znamená to určité povědomí o tom, že jejich tělo lze měnit jen do určité míry.

- Tuto myšlenku ukázala R5: „*Co mně pomohlo byla vlastně jedna věta z toho přírodního a faktického hlediska... že každý člověk se narodil nějak a má nějaký metabolismus. Pokud chce člověk změnit tu postavu, tak se vždy vrátí k tomu, co je prostě zdravé a přirozené pro to tělo. Můžu zmínit takovou tu toxickou věc u dívek, jako je mezera mezi stehny, tak to je vyloženě genetická věc a každé tělo je stavěné nějak a nemůžu chtít, aby vypadalo jako tělo někoho jiného.*“

DVO3: Jakou roli hrají sociální media v prevenci poruch příjmu potravy?

Kategorie 1: Role sociálních sítí

- **Zdroj informací**
- **Bourání stereotypů**

Tato kategorie se zaměřuje na to, jak si adolescenti myslí, že ovlivňují sociální sítě body image a jaký vliv sociální sítě mají na ně samé. Dále se adolescenti pozastavují nad tím, jakou roli hrají sociálních sítí v prevenci poruch příjmu potravy. Adolescenti se shodují na tom, že sociální sítě mají v dnešní době velký vliv. To dokazuje i skutečnost, že se k tomuto tématu vyjadřovali i mimo otázky věnované samotným sociálním sítím.

- R5: „*Myslím, že společnost je teď ovlivněná brutálně těmi sociálními sítěmi. Podle mě ovlivňuje každý aspekt života.*“
- R2: „*Vyskakuje to na sociálních sítích čím dál tím častěji a stejně vnímám ty reklamy. Nejsou všechny ideální, ale rozhodně se bourají nějaké stereotypy toho, co je nějaká norma a co je jako dobrý a ukazuje to na to, že lidi jsou různý a je to v pohodě, takže to vidím jako velký krok kupředu, protože dlouho tu to nebylo, takže bych to brala jako jeden z nástrojů prevence.*“

Adolescenti se rovněž zabývají pozitivními i negativními aspekty sociálních sítí. Zdůrazňují význam kvality informací dostupných na těchto platformách a současně považují za klíčové schopnost rozlišit mezi kvalitními a nekvalitními zdroji těchto informací. Adolescenti si uvědomují, že problematika poruch příjmu potravy je na sociálních sítích stále více zviditelňována prostřednictvím různých kampaní či influencerů.

Kategorie 2: Zotavovací účty

Kódy:

- **Motivace**
- **Inspirace**
- **Realita**

V rámci této kategorie adolescenti sdílí svou zkušenost se zotavovacími účty. Většina adolescentů je obeznána s pojmem zotavovací účet, protože se s ním již v minulosti setkala, nebo nějaký takový účet sami sledují. Pokud takový účet sledují, tak je to především proto, že je to pro ně zdroj informací, určité motivace a inspirace. Nejvíce si cení toho, že tito jedinci ukazují obě strany mince léčby z poruchy příjmu potravy. Pokud oni sami mají nějaké problémy, tak díky takovým účtům vědí, že na to nejsou sami.

- R3: *„Mně se taky líbí, že ukazuje ty dvě strany. Jo, že si prochází tím léčením, a že to je prostě sluníčkový, ale že ukazuje i ty špatné dny, kdy nejedla nebo není ve své kůži.“*
- R2: *„Já mám pocit, že ta realita je vlastně motivací pro ostatní, ale pro mě určitě.“*
- R5: *„Super nápady na recepty. Osobní zkušenost a ukázala tu zranitelnost. Poslouchala jsem i podcast, kde sdílela svou zkušenost a tím, že tam jsou v tom ty emoce, tak ten člověk se do toho může vcítit.“*

DVO4: Jaké faktory ovlivňují životní styl mladé generace a jak se tyto faktory mohou podílet na prevenci poruch příjmu potravy?

Kategorie 1: Faktory ovlivňující životní styl

Kódy:

- **Povinnosti**
- **Volný čas**
- **Vrstevníci**

Tato kategorie zkoumá klíčové faktory ovlivňující životní styl mladé generace, současně se zaměřuje na strategie, jež mohou přinést přínos v oblasti prevence poruch příjmu potravy. Většina adolescentů se shoduje na významu rovnováhy mezi pracovním/školním vytížením a volným časem jako nejvýraznějším faktorem. Dalším významným faktorem ovlivňujícím životní styl adolescentů jsou jejich vrstevníci.

- R5: „*Pro mě to budou určitě lidé okolo mě...Plus ještě druhá věc je určitě ty povinnosti. Jsem maturitní ročník a jakmile má ten člověk víc povinností než volného času, tak hodně po tom aj strádá.*“
- R3: „*...mě docela dost ovlivňuje práce. Nemáme tam moc času, tak se třeba i snažím rychle během 10 min najíst a většinou tam jsme do večerních hodin, takže můj přísun potravy není tak, jak by asi měl být. A pak přijedu domů a nechce se mi dělat nějaká večeře, která by měla výživovou hodnotu.*“
- R4: „*Za mě taky školní režim a kámoši kolem mě.*“

Strategie, jež jsou adolescenty využívány a považovány za formu prevence poruch příjmu potravy, jsou variabilní. Mezi ně patří především intencionální přístup k jídlu a pohybu, který adolescenti vnímají jako prostředek zdravého životního stylu. Dále se objevuje věnování volného času různorodým aktivitám, jež nejsou spojeny s tlakem na výkon či vnucenými standardy, což může působit jako efektivní forma odreagování a prevence. Zároveň dvě adolescentky uvádí tendence k pravidelnému „detoxu“ od sociálních sítí. To jim umožňuje se vymanit z prostředí, jež může být provázáno tlakem na tělesný „ideál“.

Kategorie 2: Role prostředí

Kódy:

- **Přátelé**
- **Podpora**

Tato kategorie se zaměřila na to, jak prostředí adolescentů podporuje jejich zdravý životní styl. Adolescenti vyzdvihují důležitost podpory ze strany rodiny a přátel. Většina z nich nějakou formu podpory má. Dvě adolescentky poukazují i na to, že vrstevníci nemusí vždy podporovat zdravý životní styl.

R2: „*Já souhlasím s R5. Záleží, jakými lidmi se obklopíme a díky svým kamarádům, které mám, jsem aktivní jako jsem.*“

R5: „*U mě třeba ta rodina podporuje. Když jsem se rozhodla stravovat jinak, tak to třeba bylo pár dní, ale jinak pak to byla 100 % podpora a podporují nějaký přirozený pohyb.*“

R7: „*...asi nemám pocit, že by tam byla nějaká velká podpora, ale na druhou stranu, když jsem s něčím přišla sama, tak to mě jako podpořili.*“

R4: „*...s kámoškama chodím na procházky a v tom se podporujeme.*“

Kategorie 3: Role informovanosti

Kódy:

- **Relevance**
- **Kvalita**

Poslední kategorie se zaměřila na to, jakou roli hraje úroveň informovanosti mladých lidí při jejich rozhodování pro zdravý životní styl. V rámci diskuze se objevila především dvě témata. Za prvé se jedná o určitou relevanci informací. Adolescenti vnímají, že informací je kolem nich hodně a důležité je tedy rozeznat, které z nich mají přejímat pro sebe samé. Zároveň vnímají, že důležitá je kvalita informací, protože informace kolem nich nemusí být vždy pravdivé, nebo mohou platit jen pro někoho.

- R2: „*Taky je otázka, jaké informace se dostávají. Kvalita těch informací a možná někdy obráceně na druhou stranu, jako je tu taky nějaká přehlcenost těma informacemi.*“
- R1: „*...člověk by si musel vyzobat ty informace, které platí pro něj. Jak říkala R2, tak těch informací je fakt tolik. Některé jsou špatný, některé platí jen pro někoho.*“
- R7: „*...hlavně se soustředit na to, abychom rozeznali, že prostě nějaký jídelníček nebo workout program nemusí odpovídat tomu, co zrovna naše tělo potřebuje.* „
- R3: „*Logicky pokud nejsem dostatečně informovaná nebo mám informace z Instagramu, kde nemusí být zrovna všechny pravdivé, tak to určitě ovlivní můj životní styl.*“

4.3 Diskuze výsledků – focus group

DVO1 zjišťovala, jaké nové možnosti, technologie nebo programy v oblasti poruch příjmu potravy by mohly být pro mladou generaci nejefektivnější. První kategorie se věnovala stávajícím formám prevence ve vzdělávání. Z výpovědí adolescentů vyplývá, že přestože v rámci formálního vzdělávání dochází k osvětě o tématu poruch příjmu potravy, není na něj kladen dostatečný důraz. Nejběžnější formou prevence ve školním prostředí jsou přednášky, avšak interaktivnější a osobnější přístup, jako je například i využití příběhů osob s vlastními zkušenostmi, je pro adolescenty lákavější. Dále je zjevné, že adolescenti se cítí nedostatečně informováni o důsledcích a rizicích poruch příjmu potravy v rámci vzdělávání, protože si často hledají informace sami,

převážně na sociálních sítích. Proto je důležité, aby prevence zahrnovala také poskytování kvalitních a relevantních informací, věnovala se digitálním intervencím a obsahovala interaktivní a zážitkové prvky. V kategorii nových možností prevence adolescenti identifikovali otevírání tématu tělesné diverzity a využívání digitálních intervencí jako inovativní přístupy. Změna přístupu společnosti k tělesnému ideálu a větší důraz na různorodost těl mohou pomoci snižovat tlak na mladé lidi. Zároveň se ukázalo, že aplikace a online platformy s relaxačními technikami a strategiemi pro pozitivní tělesný obraz mohou být pro adolescenty užitečnými nástroji. Kategorie zaměřená na budoucnost prevence přináší podnětné myšlenky. Zmiňuje nutnost dekonstrukce mýtů spojených s poruchami příjmu potravy a posílení kompetencí odborníků v oblasti prevence. Tato kategorie také zdůrazňuje význam zážitkového učení a mediální gramotnosti pro prevenci poruch příjmu potravy.

DVO2 zjišťovala, jak ovlivňuje tlak na dosažení tělesného „ideálu“ chování mladé generace v oblasti body image. Výzkumné šetření ukázalo, že tento tlak ve společnosti je stále intenzivní a přetrvává, zejména i prostřednictvím masmédií. Adolescenti se často cítí nuceni sledovat své tělo a přemýšlet o jeho změně kvůli vnímanému tlaku. Rodinné prostředí a nejbližší přátelé hrají v tomto procesu klíčovou roli, ale i samotný systém společnosti a jeho normy ovlivňují vnímaný tlak na tělo. V rámci osobních strategií pro zvládání tlaku na tělesný „ideál“ se ukazuje důležitost resilience, humoru a schopnosti rozlišovat realitu od „ideálů“ prezentovaných v masmédiích. Vědomí genetických predispozic a uvědomění si limitů tělesné změny může napomoci ke zdravějšímu vztahu k vlastnímu tělu.

DVO3 zjišťovala, jakou roli hrají sociální media v prevenci poruch příjmu potravy. Z hlediska role sociálních médií v prevenci poruch příjmu potravy je zřejmé, že tyto platformy mohou mít jak pozitivní, tak negativní vliv na body image adolescentů. Zároveň mohou být sociální sítě využívány pro šíření osvěty a podpory zdravého životního stylu. Klíčovou roli v tomto ohledu hrají tzv. „influenceri“, kteří mohou buď přispívat k pozitivnímu vnímání vlastního těla, nebo naopak podporovat nerealistické standardy krásy.

DVO4 se zaměřila na to, jaké faktory ovlivňují životní styl mladé generace a jak se tyto faktory mohou podílet na prevenci poruch příjmu potravy. Z výpovědí respondentů vyplývá, že existuje několik klíčových faktorů, které mají vliv na životní styl mladých lidí. Prvním z těchto faktorů je rovnováha mezi povinnostmi a volným časem. Respondenti uváděli, že rovnováha mezi vytížením a volným časem je klíčovým prvkem

pro udržení zdravého životního stylu. Někteří z nich také zdůraznili, že nedostatek času může vést k nevhodným stravovacím a pohybovým návykům. Další z faktorů, které jsme identifikovali, jsou vztahy s vrstevníky. Respondenti uváděli, že jejich vrstevníci mohou mít významný vliv na jejich stravovací návyky a vnímání těla. Podpora ze strany rodiny a přátel byla také důležitým tématem, přičemž někteří respondenti zdůraznili, že podpora může hrát klíčovou roli při udržování zdravého životního stylu. Mezi osobní strategie, které adolescenti považují jako určitou prevenci a využívají je, jsou různé přístupy, včetně intencionálního přístupu k jídlu a pohybu, věnování volného času různorodým aktivitám a občasného „detoxu“ od sociálních sítí. Tyto strategie mohou působit jako forma odreagování a prevence před tlakem na tělesný „ideál“. V rámci role informovanosti bylo zjištěno, že mladí lidé vnímají důležitost relevance a kvality informací o zdravém životním stylu. Zdůraznili, že množství dostupných informací může být přehlcující a že je důležité umět vybírat si ty správné informace pro svůj individuální životní styl.

4.4 Analýza – rozhovory s výchovnými poradci

DVO5: Jak se výchovní poradci cítí v otázce poskytování podpory ve vztahu k prevenci poruch příjmu potravy u mladé generace?

Kategorie 1: Realita v praxi

Kódy:

- **Nesetkávání**
- **Prevalence**
- **Spolupráce**

Tato kategorie se zaměřila na to, jaká je momentálně realita v praxi výchovných poradců. Z provedených rozhovorů vyplývá skutečnost, že prevalence konkrétních projevů poruch příjmu potravy se na různých školách výrazně liší. Některé instituce čelí častějším případům, zatímco jiné se s touto problematikou setkávají v menší míře. Výchovní poradci se ve své profesní praxi nesetkávají s mýty spojenými s tímto typem poruch. Pouze jedna z výchovných poradkyň vyzorovala tendenci k minimalizaci závažnosti této problematiky mezi studenty.

- V4: *„Oni jakoby to zlehčují. Oni si myslí, že to zvládnou sami, že když kdykoliv budou chtít, tak můžou třeba začít jíst, nebo že kdykoliv oni budou chtít, tak prostě to změní to, jak se stravují, nebo respektive víceméně nestravují.“*

Při identifikaci opatření, která výchovní poradci považují za nejefektivnější v rámci prevence poruch příjmu potravy, dominuje jednomyslně spolupráce. Výchovní poradci důsledně zdůrazňují důležitost kooperace mezi studenty, rodinami, kolektivem školského poradenského pracoviště, ale také s odborníky působícími mimo školní prostředí.

- V1: *„Opravdu jako spolupracovat velmi pěkně... ve spojení se sociální pracovníci. Metodička prevence, já, třídní, maminka a klinický dětský psycholog...Fungovalo to pěkně.“*
- V3: *„Nějaká podpora té vnitřní síly toho člověka, tvoření nějakého podpůrného týmu, jo ideálnějšího spolupráce s rodiči a ten podpůrný tým...takže spolupráce.“*
- V2: *„Jo, s některými rodiči byla velmi dobrá spolupráce, přišli se poradit do školy. Tady jsme se v rámci té výchovné komise radili. Jak teda s tím dítětem postupovat. Máme nabídky z nedaleké organizace, takže bych jim dejme tomu tu pomoc nabídla.“*

Kategorie 2: Formy prevence v praxi

Kódy:

- **Učební předmět**
- **Rozhovor**
- **Preventivní programy**

Z praxe výchovných poradců se ukazuje, že nejčastěji se realizuje preventivní intervence v rámci učebních předmětů. Často školy využívají preventivní programy poskytované externími organizacemi specializujícími se na primární prevenci. Další běžnou formou prevence, která z výpovědí vyplynula, je forma individuálního nebo skupinového rozhovoru. Výchovní poradci přikládají značný význam vytvoření podpůrného prostředí jako součásti preventivní strategie.

- V4: *„V rámci předmětu psychologie, nebo psychologie prodeje se to jmenuje nebo při společenské výchově. Tak tam taky. Ta část je tady věnována socializaci a fungování v kolektivu ve třídě, tak v rámci i tohohle vlastně vyučujeme to sebepoznání a jakoby hodnotu sama sebe, aby znali. Ať jsme takoví nebo makoví.“*
- V1: *„...dělají se v rámci některých předmětů, takový, jako je občanka a výchova ke zdraví. Já jsem to třeba dělávala s kolegyní, když máme svět práce. Co se týče*

povolání a sebepoznávání, to se tam dělá, ale jinak asi výchova ke zdraví tam asi.“

Nespecifické prevenci je v praxi opět věnován prostor v rámci různých učebních předmětů. Zvláštní pozornost je věnována mediální gramotnosti, kterou výchovní poradci pokládají v současném kontextu za klíčovou. Někteří z výchovných poradců nevyslovili přímé stanovisko k různým formám prevence, neboť jejich primárním úkolem je koordinace prevence a řešení závažnějších případů. Většinou sami vyučují různé předměty a nemají tak možnost realizovat konkrétní preventivní aktivity v rámci daných osnov.

- V2: *„Já jako tu prevenci sama o sobě, protože vlastně jsem výchovní poradce a jsem i školní metodik prevence, ale víceméně jakoby koordinuji tu činnost. Já s těmi dětmi nijak nepřišla do styku, jako že by někdo vyhledával přímo konkrétně tuhle pomoc...Já nejsem na to specialista žádnéj takhle.“*
- V3: *„...že ne vždycky všechno jde přes mě. Navíc preventistou je podle zákona vlastně každý pedagogický pracovník, takže ke mně se dostávají ty případy,*

kteří jsou třeba závažnější, nebo je to třeba nový kolega, který si s tím neví rady a chce ode mě třeba jako metodickou oporu.“

Pokud se zaměříme na seznámení s novými možnostmi v prevenci poruch příjmu potravy, zaznamenáváme ve výpovědích použití digitálních technologií. To zahrnuje navázání kontaktů s influencery, kteří si osobně prošli poruchou příjmu potravy, a využití organizací specializujících se na tuto oblast. Dvě z výchovných poradkyň nejsou obeznámeny s žádnými novými přístupy v prevenci poruch příjmu potravy.

- V3: *„...třeba navázání nějakého kontaktu třeba s influencery, kteří tímhle tím prošli jo, kteří jsou někdy vzorem a pokud se z toho dostali.“*
- V4: *„Jedině jestli teda opravdu neexistují nějaké organizace, které by fungovaly vlastně pro tyhle ty. Určitě internet, ale zas tam je to bohužel i ta druhá stránka, takže práce s tím internetem.“*

Kategorie 3: Výchovní poradce jako preventista

Kódy:

- **Omezené možnosti**
- **Pedagog x specialista**
- **Přetíženost**

Výchovní poradci výrazně upozorňují na jejich primární roli jako pedagogů, nikoli odborníků specializujících se na specifické oblasti prevence. Jejich hlavním zaměřením je věnování se výuce svých předmětů, což vyžaduje značnou investici času a energie. Z toho důvodu mají výchovní poradci před sebou mnoho úkolů a povinností. Jejich zaměřením na výuku konkrétních předmětů mohou být jejich možnosti v intervenci a podpoře omezené. Tento faktor může být důvodem frustrace a pocitu bezradnosti, jak naznačuje jedna z výchovných poradkyň.

- V1: „...já jsem vystudovanej pedagog, ale nejsem vystudovaný psycholog prostě, klinický logoped, speciální pedagog a všechno se vlastně hází na nás. Tohleto je špatně, že?“
- V2: „...protože my jsme učitelé, že jo, a my se potřebujeme soustředit na tuhle tu práci. Samozřejmě potom spíš cokoli zachytíme, snažíme se to řešit, ale spíš jakoby organizujete tomu dítěti další pomoc.“
- V3: „Zefektivnění práce znamená uvolnit více metodika prevence na to, aby se prevenci mohl věnovat.“

Někteří z výchovných poradců také zmiňují omezené možnosti, které mají při poskytování podpory studentům. Zvláště v kontextu toho, že se jedná už v uvozovkách o dospělé lidi, a tak řeší, do jaké míry oni mohou něco udělat. Dále byla také zmíněna problematika omezeného přístupu k určitým informacím, které mají školy o svých studentech k dispozici.

- V3: „...my máme čím dál tím více omezené možnosti zjišťování pro to co se děje. Chápu, že někdy samozřejmě, co se týče zdravotního stavu, tak je to zákonný. My bychom asi potřebovali mít větší pravomoci. Tohle nás omezuje.“
- V4: „Někdy možná trošičku mi chybí nějaký prostředek, jak já bych je víc, jim ukázala, že třeba něco dělají špatně. Jo, tak možná někdy trošku bezradně v tomhle.“

Výchovní poradci se nevnímají jako odborníci s hlubokými znalostmi v oblasti duševního zdraví, ale spíše jako pedagogové, kteří se snaží podpořit studenty ve svém vzdělávacím procesu. Tento pohled může omezit jejich schopnost poskytovat komplexní podporu v oblasti prevence.

DVO6: Jaké jsou případné výzvy, s nimiž se výchovní poradci setkávají při práci na prevenci poruch příjmu potravy?

Kategorie 1: Pocitované výzvy

Kódy

- **Rodiče**
- **Sněhové vločky**
- **Svačiny**
- **Sociální sítě**

Výchovní poradci jednohlasně identifikují rodiče jako největší výzvu v jejich profesionálním úsilí. Klíčovým faktorem je ochota rodičů zapojit se do spolupráce se školou. Zvláštní pozornost byla věnována rodičům jako vzorům pro děti i dospívající a jejich angažovanosti v provádění preventivních opatření.

- V4: *„Rodiče, protože nemůžeme zasahovat do rodiny. Jak vysvětlit rodiči, že by slečně, které je sedmnáct, neměl hodnotit její postavu hrubými výrazy a opravdu ji zatloukat do země.“*
- V3: *„Samozřejmě a pak máme rodiny, které nám přijdou vynadat, že nám tady do toho nic není, a to je takový to těžké.“*
- V1: *„Někdy rodiče a takový ten nesoulad jo myslím škola, rodič a dítě. Oni nás mají pak jako neříkám, že všichni, ale někteří vás mají jakoby překážku, nebo jako za nepřátele.“*

Další výzvou, která vyplynula z rozhovorů, je fenomén označovaný jako generace „sněhových vloček“. Výchovní poradci se potýkají s narůstajícím výskytem duševních obtíží u dospívajících a nových rizikových jevů, se kterými nemají předchozí zkušenosti. Proto je pro ně výzvou udržet si povědomí o aktuálních trendech a problémech mladé generace, stejně jako o dostupných prostředcích a zdrojích podpory.

- V2: *„...jak se jim říká, takzvané vločkové děti, sněhové vločky. To znamená, je to zřejmě způsobené, doznívá ten lockdown...Jakoby ta psychika je oslabená a jako docela to má vzrůstající tendenci...“*
- V4: *„Já, když to srovnám, já už jsem tady přes třicet let. To je nárůst těch problémů psychických úplně. Já bych řekla za poslední tak ty 2–3 roky to jde strmě nahoru, to je vlastně co třída, tak tam je minimálně 1–2 žáci, kteří mají problémy psychické.“*
- V1: *„Protože těch problémů, jako, je čím dál víc teďko jo, protože dnešní děti se hrouť úplně ze všeho.“*

Další výzvou, kterou výchovní poradci identifikují, jsou svačiny, které děti přinášejí do školy, nebo ke kterým mají přístup. Dvě výchovné poradkyně konkrétně zdůrazňují nárůst konzumace energetických nápojů mezi žáky. Také sociální sítě jsou vnímány jako výzva, neboť výchovní poradci si uvědomují množství rizik spojených s jejich užíváním, avšak zároveň nemají dostatečný přehled, neboť většina z nich tyto sítě nepoužívá.

- V1: *„S čím ještě bojujeme, je to, co nosí za svačiny. Energetičky, sladký věci. A hodně máme třeba zkušenost, že děti s ADHD právě pijou tohleto, a to jde všechno proti sobě. Zase jsme u té rodiny.“*
- V4: *„Pak my to řešíme prostě ty sociální sítě. To je velký problém...“*
- V2: *„Tak já jako s tím nepracuju, protože já jsem jazykář, já s nimi pracuji potom ve vyšších ročnících, kdy mají konkrétní práci zadanou a mají něco na nich hledat. Jo, ale to já mluvím za jazyk.“*

Kategorie 2: Životní styl adolescentů

Kódy:

- **Pasivita**
- **Duševní zdraví**
- **Gender**
- **Absence vzorů**
- **Rodina**

Nejčastějším faktorem, na který výchovní poradci upozorňují, jsou nové technologie, které mají vliv na chování a zdraví dětí a dospívajících. Pasivita a nedostatek pohybu se stávají stále výraznějším problémem, neboť mladí lidé tráví významnou část svého volného času na sociálních sítích a dalších elektronických zařízeních. Zvláštní pozornost je věnována i situacím, kdy je pro studenty obtížné oddělit se od svých telefonů i ve škole.

- V1: *„No mají určitě málo pohybu, protože jsou prostě na počítači nebo telefonu.“*
- V2: *„Mobily pomalu přirostlé k ruce. To vidíte, hned přijde přestávka a první co, tak sáhnout po mobilu a listuji.“*
- V4: *„Určitě teda internet. To bych dala na první místo, protože oni bez něj nedokáží být. To je problém.“*

Nárůst duševních problémů, zejména různé úzkostné poruchy a případy sebepoškození, jsou dalším specifickým znakem současné mladé generace. Aktuálně se také

stává stále zřetelnější problematika genderových rolí. Výchovní poradci pozorují, že dívky projevují agresivnější chování, zatímco chlapci se stávají více femininními.

- V1: *„Kluci zženštili, nejsou to chlapi a holky jsou údernější.“*
- V4: *„Nemůžu to úplně říct na 100 %, ale pozoruju, že prostě děvčata jsou razantnější. Možná, že teď to řeknu tak jako tvrdě, jsou i hrubší, sprostější, umí se i jako poprat, a přece jenom u těch hochů, jak to člověk očekává, tak možná, že hned v zárodku se to jakoby nech toho, nech, tak to krotíme, že se to tak neprojeví, ale u těch děvčat je pravda, že teda slovník děvčat je velká změna.“*

Dvěma výchovnými poradci byla zdůrazněna absence vhodných vzorů pro mladé lidi v dnešní době, což může mít vliv na jejich vývoj. Rovněž je zmiňována klíčová role rodiny a současné změny, které v ní probíhají, jako faktor ovlivňující prevenci poruch příjmu potravy.

- V3: *„Jo, já si myslím, že vždycky největší vliv má prostředí. To znamená to, kde člověk žije a vrstevníci ... My jsme třeba měli preventivní programy, kdy přicházeli lidi lehce nepatrně starší než naši žáci, kteří se třeba rozhodli žít zdravě a byli vzorem. To znamená, myslím si, že tím faktorem, který dneska chybí, nám všem mladým lidem i dospělým jsou vzory.“*
- V4: *„...kde teda mají nějaký vzor, tam jsou všichni krásní, štíhlí bohatí a pak to tu realitu úplně... No a já sleduju, že velký vliv má i dneska trošku jiný systém v rodinách, protože třeba rodiče úplně nemají tolik času jako měli třeba naši na nás a ty děti hledají tak jako všimněte si mě jo...“*

Kategorie 3: Společenský tlak

Kódy:

- **Velký tlak**
- **Reklamy**
- **Sociální sítě**
- **Nezralost**
- **Mediální gramotnost**

Všichni výchovní poradci si uvědomují významný společenský tlak spojený s „ideálem“ tělesného vzhledu, který ovlivňuje nejenom mladé jedince. Opakovaně zdůrazňují negativní dopady reklamních kampaní a sociálních médií na body image a sebepojetí mladých lidí. Současně poukazují na křehkost a nedostatečnou zralost, která může dětem a dospívajícím znesnadňovat efektivní zvládnání těchto vnějších vlivů.

- V4: „...prostě ten mladý člověk nezralý si to neumí vybrat, aby byl v nějakých mezích nebo hranicích.“
- V1: „Jo a nemluví se o tom a v tom vidím tom nebezpečí. Ty děti koukají na všechno a všemu věří.“

Někteří výchovní poradci vnímají, že se klade důraz na mediální gramotnost jako klíčového nástroje v boji proti negativním dopadům nových technologií. Někteří z nich navíc uvažují o využití sociálních médií jako prostředku k prevenci poruch příjmu potravy. Zdůrazňují zejména sílu příběhů a osobních zkušeností jednotlivců s touto problematikou jako efektivního prostředku osvěty.

- V1: „Ty digitální kompetence to vůbec teďko že jo, to je takovej ten prvořadý bod, takže po tom se teďko jde.“
- V4: „To mají jednak teda v občanské nauce. A mají to i v rámci hodin informatiky, takže tam je to s nimi probíráno, ale nejsou poučitelní.“
- V3: „...třeba navázání nějakého kontaktu třeba s influencery, kteří tímhle tím prošli jo, kteří jsou někdy vzorem, pokud se z toho dostali.“
- V4: „Takže ten, kdo si tím prošel a dokázal teda to zvládnout, tak kdyby třeba tam nějak mohl fungovat. Říct ten svůj příběh nebo tímhle stylem...“

Dále vnímají možnosti, které online prostředí nabízí v oblasti vzdělávání a podpory dospívajících. To zahrnuje využití sociálních médií pro přednášky, sdílení relevantních a odborných informací a podporu budování sebevědomí u mladých jedinců.

Kategorie 4: Změny v prevenci

Kódy:

- **Systém**
- **Dostupnost odborníků**
- **Volný čas**
- **Sociální pedagog**

Výchovní poradci jednomyslně vyjadřují potřebu systematických změn v rámci stávajícího systému. Zdůrazňují naléhavou potřebu posílení prevence a poskytnutí větších možností věnovat se této oblasti. Významnou roli hraje také problematika finančních prostředků a komplexnosti celého prevenčního procesu.

- V1: „*Já bych asi to změnila ze shora. Nastavení celý společnosti nějak jinak. A komplexněji. Mně přijde, že vždycky, když něco ministerstvo vymyslí, tak je to takovej výkřik do tmy honem dělejme všechno takhle to, ale nemá to koncepci jako dál.*“
- V3: „*...celkově si myslím, že to je nastavený. A to se nezmění jo ten systém.*“

Častým požadavkem výchovných poradců je zajištění dostatečné dostupnosti školních psychologů a dalších odborníků v oblasti prevence a podpory. Jako další důležité opatření je navrhováno zvýšení počtu přednášek a workshopů zaměřených na problematiku duševního zdraví a prevenci poruch příjmu potravy.

- V1: „*Jo, že by to bylo šířeji jakoby ošetřený, jo, aby spolupracovaly vlastně všechny složky, aby školám byly blíž právě ta síť psychologů, terapeutů a těchto odborníků.*“

Rovněž je upozorňováno na důležitost aktivního využití volného času dospívajících. Je klíčové, aby mladí lidé měli možnost naplňovat svůj volný čas aktivitami, které je baví a které jim umožní naplnit potřebu seberealizace a potřebu uznání. Toto může sloužit jako prevence pro rozvoj rizikových jevů.

- V3: „*...problém je, že ten člověk vlastně nemá žádný jiný zacílení, že se vlastně nudí. Pokud se chytne někde něčeho, co ho baví, bude mít nástroje, ať už to je umění, sport, tak je to skvělý, protože to potřebujeme taky.*“

Respondenti se jednoznačně shodují s odbornou literaturou, která ukazuje na potřebu sociálního pedagoga na školách. Toto shodné stanovisko je založeno na poznacích, že výchovní poradci jsou vyčerpáni a absence sociálního pedagoga brání efektivní prevenci a řešení problémů dospívajících. Všichni respondenti vnímají nutnost přítomnosti odborníka, který by se zaměřoval pouze na prevenci a podporu dospívajících a nemusel by se současně starat o výuku odborných předmětů.

Konkrétně jeden z výchovných poradců vyjádřil přání mít sociálního pedagoga jako součást školního poradenského týmu, aby se mohli lépe soustředit na individuální podporu a prevenci v rámci školního prostředí. Tato jednomyslná shoda na potřebě sociálního pedagoga reflektuje aktuální situaci na českých školách.

- V2: „*Já bych byla určitě pro to taky, jak se to nazve, to je jedno. Ale někdo, kdo by se čistě věnoval. Jasně těm problematickým žákům nebo jejich problémům. Ve své podstatě problematictí nejsou, ale ty problémy teda se začínají u nich vrstvit.*“

- V1: „*Smysl mi to dává, to jako jo, protože vlastně určitou část nám měly právě tady ty děvčata z té organizace. Jo ale je tady jenom jeden den v týdnu, takže máme poradník na děti, kde to nejvíc hoří, kde prostě potřebují. Takže když by sociální pedagog působil na školách, byl tam větší úvazek, tak mi to smysl dává...*“
- V4: „*No já myslím, že ano, že to není úplně od věci v nějaké rozumné míře. Samozřejmě, abychom zas je nepřesytili tady tím, ale ano. Mohl by působit.*“

4.5 Diskuze – rozhovory s výchovnými poradci

DVO 5 se zaměřila na to, jak se výchovní poradci cítí v otázce poskytování podpory ve vztahu k prevenci poruch příjmu potravy u mladé generace. Zde jsme se zabývali realitou praxe výchovných poradců. Výchovní poradci pociťují omezené možnosti ve své profesi výchovného poradce. Vnímají sami sebe především jako pedagogy a často se potýkají s nedostatkem času a možností věnovat se prevenci dostatečně. Tento faktor plynoucí ze systémového nastavení může ovlivnit jejich schopnost poskytovat komplexní podporu v oblasti prevence. Z výsledků vyplynulo, že výchovní poradci se nevěnují prevenci poruch příjmu potravy ve stejné míře, což může ovlivnit jejich vnímání a přístup k této problematice. Prevalence konkrétních projevů poruch příjmu potravy se liší mezi různými školami. Spolupráce je jednoznačně považována za klíčový prvek v úspěšné prevenci jakéhokoliv rizikového jevu, se kterými se výchovní poradci v rámci své praxe setkávají. Výchovní poradci zdůrazňují důležitost spolupráce s rodinami, kolektivem školského poradenského pracoviště a odborníky působícími mimo školní prostředí. Dále jsme se zaměřili na obsah prevence a způsoby, jakými je prevence ve školách realizována. Z výsledků vyplynulo, že prevence se často realizuje v rámci učebních předmětů a hojně se využívají také preventivní programy poskytované externími organizacemi. Značný důraz je kladen na vytvoření podpůrného prostředí a individuální nebo skupinové rozhovory.

DVO 6 se zaměřila na to, jaké jsou případné výzvy, s nimiž se výchovní poradci setkávají ve své praxi při práci na prevenci poruch příjmu potravy. Největší výzvu pro výchovné poradce představuje úspěšná spolupráce s rodiči, nové technologie, životní styl a současný stav duševního zdraví mladé generace. V neposlední řadě se jedná o výskyt nových rizikových jevů. Výchovní poradci upozorňují na důležitost aktivního využívání volného času dospívajícími. Uvědomují si, že kvalitní trávení volného času může hrát

klíčovou roli pro celkový well-being mladé generace. Výchovní poradci také poukazují na potřebu systematických změn. Dalším klíčovým bodem je dostupnost odborníků v oblasti prevence a podpory duševního zdraví ve školách. Výchovní poradci často vnímají nedostatek školních psychologů a dalších specialistů jako závažnou překážku v poskytování komplexní podpory studentům. Navrhují posílení týmu odborníků ve školách a vytvoření bližší spolupráce s institucemi poskytujícími odbornou pomoc. Všichni dotazovaní respondenti mimo jiné vítají myšlenku role sociálního pedagoga na školách.

4.6 Celková diskuze výsledků

Kvalitativní výzkumné šetření poskytlo hlubší vhled do pohledu mladé generace a výchovných poradců na nové možnosti v prevenci poruch příjmu potravy. Na samotném počátku výzkumného šetření byly stanoveny hlavní výzkumné otázky. Na základě výše uvedené analýzy a interpretaci výsledků lze nyní na tyto otázky odpovědět. **HVOa** se zaměřila na to: Jaký pohled má mladá generace na nové možnosti v prevenci poruch příjmu potravy? Mladá generace vyjadřuje potřebu interaktivnějších a osobnějších přístupů k prevenci poruch příjmu potravy ve školním prostředí. Je zřejmé, že stávající formy prevence, převážně ve formě přednášek, nedokáží plně zaujmout a dostatečně informovat mladé lidi. Adolescenti si hledají informace sami, často na sociálních sítích. Proto je klíčové, aby prevence zahrnovala interaktivní prvky, digitální intervence a poskytovala relevantní a kvalitní informace. Nové možnosti v prevenci, které mladí lidé identifikují, zahrnují diverzitu, dekonstrukci mýtů spojených s tělesným „ideálem“ a digitální intervence, jako jsou aplikace a online platformy s relaxačními technikami a strategiemi pro pozitivní tělesný obraz.

HVOb se soustředila na to: Jaký pohled mají výchovní poradci na nové možnosti v prevenci poruch příjmu potravy? Výchovní poradci vidí nové možnosti prevence v navázání kontaktů s influencery, kteří si osobně prošli poruchou příjmu potravy, a využití organizací specializujících se na tuto oblast. Zároveň někteří výchovní poradci nemají dostatečný přehled o nových možnostech v oblasti prevence poruch příjmu potravy. Tento nedostatek může ovlivnit jejich schopnost poskytovat komplexní podporu mladé generaci v této oblasti. Výchovní poradci se dále shodují na důležitosti spolupráce s různými aktéry v preventivním procesu a vnímají omezené možnosti věnovat se prevenci poruch příjmu potravy dostatečně. V jejich práci se setkávají s výzvami, jako

je nedostatek času, a také s potřebou efektivní spolupráce s rodinami a dalšími odborníky. Vítají myšlenku posílení role sociálního pedagoga na školách, který by mohl přispět k poskytování komplexní podpory v oblasti prevence poruch příjmu potravy.

Celkově lze konstatovat, že prevence poruch příjmu potravy mezi mladou generací vyžaduje komplexní přístup. Vedle formálního vzdělávání je nezbytné poskytovat adolescentům kvalitní informace a podporu i prostřednictvím nových forem preventivního působení. Zároveň je důležité reflektovat normy týkající se tělesného „ideálu“ a podporovat rozmanitost těl. V neposlední řadě je třeba zvýšit interaktivitu a personalizaci prevence poruch příjmu potravy ve školním prostředí, zároveň pak posílit spolupráci mezi výchovnými poradci, rodinami a dalšími odborníky.

Závěr

Diplomová práce se zaměřila na nové možnosti prevence poruch příjmu potravy v adolescenci. Cílem práce bylo pomocí focus group s adolescenty a rozhovory s výchovnými poradci zjistit, jak mladá generace pohlíží na nové možnosti prevence v oblasti poruch příjmu potravy.

V úvodní kapitole práce jsme představili problematiku poruch příjmu potravy, popsali vybrané typy těchto poruch a jejich možné důsledky. Dále jsme se zaměřili na problematiku těchto poruch v období adolescence. Ve druhé kapitole jsme se věnovali problematice body image, vývojovému období adolescence a formování identity. Představeny byly i genderové aspekty spojené s body image. V této části práce jsme nemohli opomenout ani vliv masmédií, zejména vliv sociálních sítí na body image adolescentů. Tato část práce rovněž pojednávala o novém trendu zotavovacích úctů. Ve třetí kapitole jsme se pokusili definovat prevenci a její druhy. Zvláštní pozornost jsme věnovali profesi sociálního pedagoga a jeho roli ve školním prostředí, nakonec jsme zmapovali nové možnosti v prevenci poruch příjmu potravy v adolescentním věku.

Čtvrtá kapitola zahrnovala kvalitativní výzkumné šetření. Tato část práce se věnovala představení projektu výzkumného šetření, vymezení cílové skupiny, stanovení cíle a otázek, charakteristice kvalitativního výzkumu a interview, a také seznámení s realizací šetření. Další součástí poté byla analýza a interpretace získaných výpovědí a diskuze výsledků. Pro toto výzkumné šetření byly zvoleny metody focus group a polostrukturovaný rozhovor. Cílovou skupinu pro výzkumné šetření představovali adolescenti z celé České republiky a výchovní poradci ze Středočeského kraje. Jak již bylo zmíněno, cílem šetření bylo zjistit, jaký pohled má mladá generace a výchovní poradci na nové možnosti prevence poruch příjmu potravy.

Na základě výsledků lze konstatovat, že proaktivní přístup k prevenci poruch příjmu potravy u adolescentů vyžaduje komplexní a multidisciplinární přístup. Je nezbytné poskytovat adolescentům kvalitní informace týkající se zdravého životního stylu, rizik a důsledků poruch příjmu potravy, ale především jim poskytovat podporu. Z výsledků rozhovorů s výchovnými poradci je poukázáno na křehkost současné mladé generace a nárůst potíží s jejich psychickým zdravím, ale také na výskyt nových rizikových jevů. Je proto zásadní, aby prevence rizikových jevů, tedy i poruch příjmu potravy, byla založena na bezpečném a podporujícím vztahu. Důležité je, aby školy vytvářely prostředí, ve kterém se studenti cítí bezpečně a podporováni ve svém osobním

rozvoji. To může poskytnout pevný základ pro prevenci poruch příjmu potravy a podporu celkového blaha studentů.

Dále je potřeba vytvářet prostředí, které podporuje zdravý vztah k jídlu, tělu a aktivnímu životnímu stylu, a které poskytuje adolescentům potřebné dovednosti a znalosti k péči o své fyzické i duševní zdraví. Školy by tak měly věnovat zvláštní pozornost aktivitám, které budují sebevědomí a odolnost u studentů, ale i aktivitám, které podpoří jejich celkový well-being. Budování sebevědomí a odolnosti může pomoci mladé generaci vyrovnávat se s tlakem a očekáváními ohledně jejich vzhledu, nebo také stravovacích a pohybových návyků. Aktivity zaměřené na budování sebevědomí a odolnosti mohou zahrnovat i interaktivní workshopy, skupinové diskuse, ale i relaxační cvičení. Pozornost bychom měli věnovat i budování schopnosti práce s informacemi, jelikož z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že v tomhle často selhává právě rodina a škola je druhá nejdůležitější instituce, která může sehrát klíčovou roli.

Pokud se zaměříme na výsledky směřující k novým možnostem prevence poruch příjmu potravy, tak z pohledu mladé generace je důležité přehodnocení standardů týkajících se tělesného „ideálu“ a podpora diverzity tělesných forem. Navíc z potřeb mladé generace vyznívá nutnost zvýšení interaktivity a personalizace preventivních opatření ve školách. Výchovní poradci nejsou dostatečně obeznámeni s novými možnostmi prevence poruch příjmu potravy. Dnešní doba vytváří nové přístupy k prevenci, avšak mnoho výchovných poradců nemusí mít přístup k aktuálním informacím a zdrojům v této oblasti. Zároveň může být mladá generace omezena přístupem k relevantním informacím. Mladí lidé často čerpají informace z internetu a ze sociálních médií, kde mohou být vystaveni lživým informacím a nevhodným trendům, což může paradoxně přispívat ke vzniku poruch příjmu potravy. Je proto důležité věnovat pozornost vzdělávání výchovných poradců a mladé generace o nových možnostech prevence poruch příjmu potravy a poskytnout jim přístup k důvěryhodným informačním zdrojům. Využít se dají i nové technologie, které mladá generace hojně využívá, případně lze jako formu prevence využít spolupráci s influencery, kteří se dané problematice věnují.

Celkově by bylo potřeba uvítat i systémové změny. Těmi jsou například nabídka jídel ve školních jídelnách, které by ideálně měly nabízet nutričně vyvážené možnosti jídla, které poskytují živiny potřebné pro zdravý růst a vývoj. Dále by školy i volnočasové organizace měly poskytovat dostatek příležitostí pro fyzickou aktivitu, a především najít způsob, jak v této rychlé době mladou generaci zaujmout.

Poslední, na koho bychom obrátili pozornost, je i rodina, protože právě rodinné prostředí má velký vliv na zdravý vývoj dítěte. Jsme si vědomi toho, že je to nepochybně náročná výzva. Přesto si myslíme, že i když rodina nemá aktivní zájem, lze s ní zkusit otevřeně a empaticky komunikovat o důležitosti této problematiky. Případně je vhodné pokusit se zapojit takové členy rodiny, kteří mohou mít větší zájem, nebo třeba otevřenější přístup k tématu prevence poruch příjmu potravy, což by eventuelně mohlo pomoci vytvořit podporující prostředí, které může přimět ostatní členy rodiny k zapojení se.

V neposlední řadě zastáváme názor, že zavedení sociálního pedagoga na školách má své opodstatnění a mohlo by napomoci dosažení těchto cílů a poskytnout mladým lidem komplexní podporu v oblasti prevence poruch příjmu potravy, ale i prevence jako takové. Výchovní poradci ve své praxi pozici sociálního pedagoga vítají. Ve vztahu ke studentům a k rodičům by mohl využívat prvky sociálního poradenství a prevence. Přeci jen jeho podstatou je právě být jakýsi průvodce, poradce, prostředník, ale především opora pro své klienty.

Budoucí výzkum by se mohl podrobněji zaměřit na optimalizaci prevence poruch příjmu potravy ve školách v souladu s aktuálními trendy a potřebami mladé generace a více vést s mladou generací diskuzi o tom, co vlastně potřebují.

Zdroje

BAKOŠOVÁ, Zlatica. *Sociálna pedagogika ako životná pomoc*. Bratislava: Univerzita Komenského, 2005. ISBN 978-80-89236-00-8.

BENDL, Stanislav. *Základy sociální pedagogiky*. Praha: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, 2016. ISBN 978-80-7290-881-3.

BĚLÍK, Václav a SVOBODA HOFERKOVÁ, Stanislava. *Prevence rizikového chování ve školním prostředí: pro studenty pomáhajících oborů*. Brno: Tribun EU, 2016. ISBN 978-80-263-1015-0.

BĚLÍK, Václav a SVOBODA HOFERKOVÁ, Stanislava. *Prevence rizikového chování žáků z pohledu pedagogů*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2018. ISBN 978-80-7435-726-8.

BOVEY, Shelley. *Zakázané tělo: být tlustý není hřích*. Olomouc: Votobia, 1995. ISBN 80-85885-61-1.

CARR-GREGG, Michael. *Psychické problémy v dospívání*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0062-8.

CASEY, Mary Anne a Richard A KRUEGER. *Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research*. 5 edition. SAGE Publications, 2014, 280 s. ISBN 1483365247.

DVOŘÁKOVÁ, Hana. *Pohybem a hrou rozvíjíme osobnost dítěte*, 2. vydání. Praha: Portál, s. r. o., 2011. ISBN 978-80-7367-819-7.

FAFEJTA, Ondřej. Jsou dnešní děti sněhové vločky? *PSYCHOLOGIE DNES*. 2024, 2 (30). ISSN 1212-9607.

FIALOVÁ, Ludmila. *Body image jako součást sebepojetí člověka*. Praha: Karolinum, 2001. ISBN 80-246-0173-7.

FIALOVÁ, Ludmila a KRCH, František David. *Pojetí vlastního těla: zdraví, zdatnost, vzhled*. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-2160-9.

GALLÀ, Maurice. *Jak ve škole vytvořit zdravější prostředí: příručka o efektivní školní drogové prevenci*. Metodika (Úřad vlády České republiky). Praha: Úřad vlády České republiky, 2005. ISBN 80-86734-38-2.

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

HANUŠ, Radek a CHYTILOVÁ, Lenka. *Zážitkově pedagogické učení*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2816-2.

HELUS, Zdeněk. *Dítě v osobnostním pojetí: obrat k dítěti jako výzva a úkol pro učitele i rodiče*. 2., přeprac. a rozš. vyd. Pedagogická praxe (Portál). Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-628-5.

JANOŠOVÁ, Pavlína. *Dívčí a chlapecká identita: vývoj a úskalí*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2284-9.

JIRÁK, Jan a KÖPPLOVÁ, Barbara. *Masová média*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-466-3.

KOPŘIVA, Pavel. *Respektovat a být respektován*. Kroměříž: Spirála, 2008. ISBN 78-80-904030-0-0.

KOPECKÝ, Kamil a KREJČÍ, Veronika. *Sociální síť (Úvod do problematiky)*. Publisher: Vydavatelství Univerzity Palackého v Olomouci, 2023. ISBN 978-80-244-6370-4.

KOUDELKA, Jan. *Marketingový význam body image*. Zlín: Verbum, 2012. ISBN 978-80-87500-23-1.

KRCH, František David. *Poruchy příjmu potravy*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-0840-x.

KRCH, František David a MARÁDOVÁ, Eva. *Poruchy příjmu potravy: výchova ke zdraví: příručka pro učitele*. Praha: Výzkumný ústav pedagogický, 2003. 32 s.

KRAUS, Blahoslav. *Základy sociální pedagogiky*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-383-3.

KRAUS, Blahoslav a POLÁČKOVÁ, Věra. *Člověk – prostředí – výchova: k otázkám sociální pedagogiky*. Brno: Paido, 2001. ISBN 8073150042.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie pocitů štěstí: současný stav poznání*. Praha: Grada, 2013, s. 25.

LESKOVÁ, Andrea. *Identita adolescenta a masmédiá*. Boskovice: Albert, 2013. ISBN 978-80-7326-233-4.

LORENZOVÁ, Jitka. *Kontexty vzdělávání v postmoderní situaci*. Praha: Filozofická fakulta Univerzity Karlovy, 2016. ISBN 978-80-7308-650-3.

LORENZOVÁ, Jitka. *Sociální pedagogika: věda, praxe a profese v souvislostech*. Praha: Vysoká škola chemicko-technologická v Praze, 2023. ISBN 978-80-7592-167-3.

MATĚJČEK, Zdeněk. *Co děti nejvíc potřebují: eseje z dětské psychologie*. Rádci pro rodiče a vychovatele. Praha: Portál, 1994. ISBN 80-7178-006-5.

MACEK, Petr. *Adolescence*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-747-7.

MARTYKÁNOVÁ, Lucie a PISKÁČKOVÁ, Zlata. *Orthorexie a bigorexie – méně známé formy poruch příjmu potravy. Výživa a potraviny*. Praha: Společnost pro výživu, roč. 65, č. 1, 2 s. ISSN 1211-846X. 2010.

MIOVSKÝ, Michal a kol. *Primární prevence rizikového chování ve školství*. 1. vyd. Praha: Sdružení SCAN, 2010. ISBN 978-80-87258-47-7.

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

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

PAPEŽOVÁ, Hana a kol. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2425-6.

PAPEŽOVÁ, Hana. *Anorexie, bulimie a psychogenní přejídání: interdisciplinární a transdiagnostický pohled*. Praha: Mladá fronta, 2018. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-4904-7.

PAVLÍČEK, Antonín. *Nová média a sociální sítě*. Praha: Oeconomica, 2010. ISBN 978-80-245-1742-1.

PÖETHE, Peter. Psychoterapie dětí a dospívajících v dnešní době. *PSYCHOLOGIE DNES*. 2024, 2 (30). ISSN 1212-9607.

PIPOVÁ, Helena a kol. *Stravování a vztah k jídlu u českých adolescentů ve 21. století*. Praha: Togga ve spolupráci s Univerzitou Palackého v Olomouci, 2021. ISBN 978-80-244-5821-2.

PRŮCHA, Jan, WALTEROVÁ, Eliška a MAREŠ, Jiří. *Pedagogický slovník*. 7., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0403-9.

SEDLÁČKOVÁ, Daniela. *Rozvoj zdravého sebevědomí žáka*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2009. ISBN 978-80-247-2685-4.

SMÉKAL, Vladimír a MACEK, Petr. *Utváření a vývoj osobnosti: psychologické, sociální a pedagogické aspekty*. Brno: Barrister & Principal, 2002. ISBN 80-85947-83-8.

SCHLEGEL, Petr a FIALOVÁ, Ludmila. *Body image a pohybové aktivity mládeže*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2023. ISBN 978-80-246-5406-5.

SMETÁČKOVÁ, Irena. *Genderové představy a vztahy: sociální a kognitivní aspekty vývoje maskulinity a femininity v průběhu základní školy*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2016. ISBN 978-80-7419-229-6.

STEHLÍKOVÁ BABYRÁDOVÁ, Hana. *Tělo – výraz – obraz – koncept*. Praha: Dokořán, 2018. ISBN 978-80-210-9126-9.

STICE, Eric a PRESNELL, Katherine. *The body project*. Oxford University Press, 2007. ISBN 9780195319873.

SVOBODA HOFERKOVÁ, Stanislava, KRAUS, Blahoslav a BĚLÍK, Václav. *Aktuální otázky sociální patologie a sociální pedagogiky 1*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2022. ISBN 978-80-7435-884-5.

ŠOLCOVÁ, Iva. *Vývoj resilience v dětství a dospělosti*. Psyché (Grada). Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2947-3.

VALOUCHOVÁ, Pavlína. *Krásný holky: neformální sociální kontrola žen prostřednictvím vzhledu*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015. ISBN 978-80-244-4875-6.

ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ K. a kol. 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0644-6

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10: desátá revize: aktualizovaná druhá verze k 1. 4.2014 [online]. 2., aktualiz. vyd. Praha: Bomton Agency, 2008 [cit. 2022-08-07]. ISBN 978-80-904259-0-3. Dostupné z: https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/mkn-tabelarni-cast_1-4-2014_2.pd

Elektronické zdroje

Active Healthy Kids Czech Republic. (2022). Národní zpráva o pohybové aktivitě českých dětí a mládeže 2022. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-6107-6. DOI: 10.5507/ftk.22.24461069. Dostupné z: www.activehealthykids.cz.

Asociace sociálních pedagogů. Online. Dostupné z: <https://asocp.cz/> [citováno 2024-02-14].

BALASUNDURAM, Palanikuram a ALASUNDARAM, Prathipa. Eating Disorders. *StatPearls* [online]. 2022 [cit.2022-08-06]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33620794/>.

BĚLÍK, Václav. What are the potential ways to solve the issue of professionalization of risk behavior prevention in school environment?. *Social Pathology and Prevention* [online]. 2016 2(2):71-85 [cit. 2024-02-04]. ISSN 2464-5885. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/328508342_WHAT_ARE_THE_POTENTIAL_WAYS_TO_SOLVE_THE_ISSUE_OF_PROFESSIONALIZATION_OF_RISK_BEHAVIOUR_PREVENTION_IN_SCHOOL_ENVIRONMENT.

BĚLÍK, Václav a HOFERKOVÁ, Stanislava. Interdisciplinary context of social deviation prevention in school environment. *Social Pathology and Prevention* [online]. 2016, 2 (2):11-24 [cit. 2024-02-5]. DOI: 10.25142/spp.2016.009. Dostupné z: https://spp.slu.cz/artkey/spp-201602-0002_INTERDISCIPLINARY-CONTEXT-OF-SOCIAL-DEVIATION-PREVENTION-IN-SCHOOL-ENVIRONMENT.php.

BUCHTOVÁ a kol. *Jak využít metodu Focus group v prostředí knihovny* [online]. Katedra informačních studií a knihovnictví Filozofická fakulta, Masarykova univerzita v Brně, 2020. Dostupné z: https://kisk.phil.muni.cz/media/3239051/metodika_focus_group_pro_knihovny_fin.pdf. [citováno 2024-03-29].

BLAŠTÍKOVÁ, Lucie. Sociální pedagog v základní škole. Rozhovor se sociálním pedagogem Mgr. Jiřím Daňkem. *Sociální pedagogika* [online]. 2020, 8 (2), 132-134 [cit. 2021-02-21]. ISSN 1805-8825. Dostupné z: <https://soced.cz/wpcontent/uploads/2020/11/Socialni-pedagogika--Social-Ed-Casopis-Socialnipedagogika.pdf>.

BLAŠTÍKOVÁ, Lucie. Sociální pedagog v základní škole. Rozhovor se sociální pedagožkou Mgr. Zuzanou Krnáčovou. *Sociální pedagogika* [online]. 2020, 8 (2), 137-138 [cit. 2021-02-21]. ISSN 1805-8825. Dostupné z: https://soced.cz/wpcontent/uploads/2020/11/Socialni-pedagogika_-_Social-Ed-Casopis-Socialnipedagogika.pdf

Centrum Anabell, z. ú. *Stručný průvodce*. Online, 2020 [cit. 2024-01-26]. Dostupné z: <http://knihovna.anabell.cz/publikace/product/view/1/105>.

CENA, Hellas a kol. Definition and diagnostic criteria for orthorexia nervosa: a narrative review of the literature. *Eating and weight disorders* [online]. 2019, 24(2), 209-246 [cit. 2022-08-09]. DOI:10.1007/s40519-018-0606-y. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30414078/>.

ČERVENĀKOVÁ, Andrea. *Metodika pro školní sociální pedagogy*. Ostrava, 2019 [cit. 2024-02-1]. Dostupné z: https://talentova.cz/wp-content/uploads/2022/07/metodika_socped_komplet_final.pdf?fbclid=IwAR0L6YdOG6Nv7zMEsxs1o62asPv7oviIhKUv_dVIRE_49YquHz0tE1LnOJw.

ČERNÝ, Michal. Informačně chudí: Nová cílová skupina sociální pedagogiky. *Sociální pedagogika* [online]. 2022, 10(1), 42–55 [cit. 2021-02-14]. ISSN 1805-8825. Dostupné z: <https://doi.org/10.7441/soced.2022.10.01.03>.

DONOVAN, Caroline a kol. Strong is the New Skinny, but is it Ideal?: A Test of the Tripartite Influence Model using a new Measure of Fit-Ideal Internalisation. *Body Image* [online]. 2020, 35, 171-180 [cit.2024-02-01] ISSN 1740-1445. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2020.09.002>. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S174014452030396X>.

DIEDRICHSOVÁ, Filipa a kol. Průvodce sebedůvěrou. Dove projekt sebedůvěry. Online, 2021 [cit. 2024-02-9]. Dostupné z: <http://knihovna.anabell.cz/publikace/product/view/1/122>.

DUDOVÁ, Anna a MACKŮ, Richard. Pedagogické přístupy a didaktické postupy zaměřené na volnočasovou kompetenci. *Sociální pedagogika* [online]. 2021, 9(2), 58–77. [cit. 2021-02-16]. ISSN 1805-8825. Dostupné z: <https://doi.org/10.7441/soced.2021.09.02.04>.

FITZIMMONS-CRAFT, Ellen a kol. Adolescents and young adults engaged with pro-eating disorder social media: eating disorder and comorbid psychopathology, health care utilization, treatment barriers, and opinions on harnessing technology for treatment. *Eating and weight disorders* [online]. 2019, 25:1681-1692 [cit. 2024-02-12]. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40519-019-00808-3>. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40519-019-00808-3?fbclid=IwAR07IbCRKBrNtZ7JoFVifR7Bsa35aqRMaRI15-WxONTBHXgUGBMGHpA79ho#citeas>.

GILLERNOVÁ, Ilona. Sociální dovednosti učitele a možnosti rozvíjení sociálních dovedností ve školním prostředí. In Mertin, V. a kol. *Pedagogická a psychologická diagnostika*, 14. a 15. aktualizace, 40 s. Praha: Raabe s.r.o. 2008. ISSN 1801-8351. Dostupné z: https://clanky.rvp.cz/wp-content/uploads/prilohy/9891/socialni_dovednosti_ucitele__2_cast_ke_stazeni.pdf?fbclid=IwAR262oyfPK_BZn1MKXL71y1MNNZHmwpWqv6V4ll1jS6fEtapnBlkswDBkhk.

GROVES, Vicky a kol. Men's perception of current and ideal body composition and the influence of media internalization on body judgements. *Front Psychol* [online]. 2023, 2 (14), 2-14 [cit. 2024-01-25]. DOI: 10.3389/fpsyg.2023.1116686. Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10185840/?fbclid=IwAR3VQwVSZoJibEZ7R_ypWZr4-Unez-0PZOKRTS9tIRgPluvOHaowEfe2RgA.

HALMI, Katherine. Anorexia nervosa: an increasing problem in children and adolescents. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 2009.11:1, 100-103, DOI:10.31887/DCNS.2009.11.1 Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.31887/DCNS.2009.11.1/kahalmi>.

HARRIGER, Jennifer a kol. The dangers of the rabbit hole: Reflections on social media as a portal into a distorted world of edited bodies and eating disorder risk and the role of algorithms. *Body Image* [online]. 2023 41 (6): 292-297 [cit. 2024-02-06]. DOI:

<https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2022.03.007>. Dostupné z:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1740144522000638?fbclid=IwAR3UkwAHFU3raIlzWv79igfV215FQqJYZLp-dGypRKFD3sUduB9p0mpT45M>.

HOFERKOVÁ, Stanislava a BĚLÍK, Václav. Risky behaviour in adolescents in the East Bohemian region. *Kontakt* [online]. 2017, 19 (2), 130-135. ISSN 1212-4117 [cit. 2024-02-10]. Dostupné z:

https://www.researchgate.net/publication/316849909_Risky_behaviour_in_adolescents_in_the_East_Bohemian_region?fbclid=IwAR2EuaEMLU8gmsQ7GDUBiR-bn_3PgiL6wv-e6ItdOGl44dFEoe59deLC-v8.

HOLLAND Grace a TIGGEMANN, Marika. A systematic review of the impact of the use of social networking sites on body image and disordered eating outcomes. *Bodyimage* [online]. 2016, 17, 100-110 [cit.2024-01-12]. DOI:

<https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.02.008>. Dostupné z:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26995158/>.

HRONOVÁ, Milada. *Kyberprostor je pro adolescenty rizikový, má vliv na jejich hodnoty, ukazuje výzkum psychologů*. Online. In: zurnal.upol.cz 1.12. 2022. Dostupné z: <https://www.zurnal.upol.cz/nc/zprava/clanek/kyberprostor-je-pro-adolescenty-rizikovy-ma-vliv-na-jejich-hodnoty-ukazuje-vyzkum-psychologu/?fbclid=IwAR3fNIoX8N1uQX3744mPAJuEDMGtOsXe0m8KRFjrEYWNi3P1S9RMGMclmjI> [citováno 2024-01-31].

JAŠŠOVÁ, Katarína a kol. Použití repetitivní transkraniální magnetické stimulace v terapii psychogenního přejídání. Dvojitě slepá randomizovaná studie. *Česká a Slovenská Psychiatrie* [online]. 2020, 116(1), 7-15 [cit. 2022-08-08]. ISSN 12120383. Dostupné z: <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=1308>.

JORDAN, Lladó a kol. Can social media be beneficial for eating disorders? *Eur Psychiatry* [online]. 2021;64 (1). DOI:10.1192/j.eurpsy.2021.1861. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9480255/>.

KOCOURKOVÁ, Jana, PAPEŽOVÁ, Hana a KOUTEK, Jiří. *Prevence poruch příjmu potravy v adolescenci*. *ACTA UNIVERSITATIS CAROLINAE PHILOSOPHICA ET*

HISTORICA 2 [online]. 2014, (2):105-111 [cit. 2024-01-29].

DOI:10.14712/24647055.2015.15. Dostupné z:

https://www.researchgate.net/publication/322435721_Prevenue_poruch_prijmu_potravy_v_adolescenci.

KORTESOJA, Laura. Teaching everyday life skills and self-care for children and adolescents. *Sociální pedagogika* [online]. 2022, 10(1), 65–66 [cit. 2021-02-15]. ISSN 1805-8825. Dostupné z: https://soced.cz/wp-content/uploads/2022/04/INSPIRACE_10-1-2022_12122_SocEd.pdf.

KOTVALOVÁ, Anna. *Naše těla by krása definovat neměla. Body positivity už nestačí, přichází neutralita*. Online. In: *Heroine.cz* 11. 1. 2023. Dostupné z: https://www.heroine.cz/body-image/11849-nase-tela-by-krasa-definovat-nemela-body-positivity-uz-nestaci-prichazi-neutralita?fbclid=IwAR0wk2X6QhUjVTHfuo9CJ0oLk3Z_VvsileEdOGKQSFF0Oc1Uhftrw1U1UGI [citováno 2024-01-25].

KNOTKOVÁ, ALENA. *Zážitková pedagogika*. Gaudeamus, 2022. ISBN 978-80-7435-873-9. Dostupné z: https://www.uhk.cz/file/edee/pedagogicka-fakulta/pdf/pracoviste-fakulty/ustav-socialnich-studii/dokumenty/publikace-ke-stazeni/zazitkova-pedagogika.pdf?fbclid=IwAR3wioe9gpQJeQfJq0HIXpHd9UEjjv0_dDVL1Y1UMiUIRKgut_HueytwEoM.

KRAUS, Blahoslav a BĚLÍK, Václav. Trendy preventivně výchovného působení v současné škole. *Prevence úrazů, otrav a násilí* [online]. Hradec Králové: Univerzita Hradec Králové, Pedagogická fakulta, 2011, 7(1), 62–67 [cit. 2024-02-12]. ISSN 1804-95 7858. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/prevence-urazu-otrav-anasili/clanky/1~2011/39-trendy-preventivnevychovneho-pusobeni-v-soucasne-skole>.

KRAUS, Blahoslav a BĚLÍK, Václav. Nové nežiaduce javy a problémy prevencie. *Sociálna prevencia* [online]. 2018, 2018 (01), 6-7. ISSN 1336-9679 [cit. 2024-02-9]. Dostupné z: https://www.nocka.sk/wp-content/uploads/2018/09/SP-2018-01.pdf?fbclid=IwAR0Jptz9HIc2Vimv3IcVpWLz7GAQE78L5aEAZ2a7AGtHZ36cnmEItkpx_NA.

KVIATKOVSKÁ, Katarína, ALBRECHT, Jakub a PAPEŽOVÁ, Hana. Psychogenní přejídání, současné a alternativní možnosti terapie. *Česká a Slovenská Psychiatrie*

[online]. 2016, 112(6), 275-279 [cit. 2022-08-01]. ISSN 12120383. Dostupné z: <http://www.cspychiatr.cz/detail.php?stat=1120>.

LAMARRE, Andrea a RICE Carla. Hashtag Recovery: #Eating Disorder Recovery on Instagram. *Social Sciences* [online]. 2017, 6 (3):68 [cit. 2024-02-9]. DOI: <https://doi.org/10.3390/socsci6030068>. Dostupné z: https://www.mdpi.com/2076-0760/6/3/68?fbclid=IwAR2rCxAgd9D_GHUqjJMvmz19zjBFzuUxoTh-9aCbVjTbr0KiaFgQOcLeMU.

LEGGETT, James a LAURSEN, Brett. The Consequences of Social Media Use Across the Transition Into Adolescence: Body Image and Physical Activity. *The Journal of Early Adolescence* [online]. 2023, 43(7), 947-964. DOI: <https://doi.org/10.1177/02724316221136043>. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/364966801_The_Consequences_of_Social_Media_Use_Across_the_Transition_Into_Adolescence_Body_Image_and_Physical_Activity.

LORENZOVÁ, Jitka a KOMÁRKOVÁ, Tereza. Sociální pedagogika: pojetí oboru a profese u studentů a sociálních pedagogů v České republice. *Orbis Scholae* [online]. 2019, 13(1), 87-106 [cit. 2024-02-01]. DOI:10.14712/23363177.2019.23. ISSN 2336-3177. Dostupné z: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edsdoj&AN=edsdoj.6c9ad08961be4c7b8b164f564671d362&authtype=sso&custid=s6867544&lang=cs&site=edslive&scope=site>.

LOGRIECO, Giuseppe a kol. The Paradox of Tik Tok Anti-Pro-Anorexia Videos: How Social Media Can Promote Non-Suicidal Self-Injury and Anorexia. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [online]. 2021, 18 (3):1041 [cit. 2024-02-06]. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph18031041>. Dostupné z: https://www.mdpi.com/1660-4601/18/3/1041?fbclid=IwAR3gfpabLMckuO8uQPq8JuNAYgro8xc9peK0be9rjIWq6508uv15eDiM_w.

LUPI, Matteo a kol. Drunkorexia: an emerging trend in young adults. *Eating and weight disorders* [online]. 2017, 22(4), 619–622. [cit.2022-08-11]. 22(4). DOI: <https://doi.org/10.1007/s40519-017-0429-2>. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28840571/>.

MEHLER, Philip a BROWN, Carrie. Anorexia nervosa- medical complications. *Journal of eating disorders* [online]. 2015 [cit.2022-08-04];3(11). DOI: <https://doi.org/10.1186/s40337-015-0040-8>. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25834735/>

Metodického pokyn k primární prevenci sociálně patologických jevů u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních. Č.j.: 20006/2007-51 [online]. Praha: Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR; 2007 [cit. 2024-02-04]. Dostupné z: www.soscb.cz/intranet/zakony/metodicky_pokyn_sikana.doc.

Metodický portál RVP. Online. Dostupné z: <https://digifolio.rvp.cz/view/view.php?id=10908&fbclid=IwAR06fgbGrAzC2nnpE8gbNMZsJ75v9X0h72yFIkknk-LmPfjucT8u9DbzRkY>. [citováno 2024-10-17].

MILLER, Julia a CARELS, Robert. Influence of Weight Bias and Associated Factors on Perceptions of Plus Size Models, *Research Square* [online]. 2021, 1-14 [cit. 2024-01-25]. DOI: 10.21203/rs.3.rs-156932/v2. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/349263698_Influence_of_Weight_Bias_and_Associated_Factors_on_Perceptions_of_Plus_Size_Models.

NAGATA, Jason a kol. Emerging trends in eating disorders among adolescent boys: muscles, macronutrients, and biohacking. *The Lancet Child & Adolescent Health* [online]. 2019, 3 (7), 444-445 [cit. 2024-01-25]. ISSN 2352-4642. DOI:10.1016/s2352-4642(19)30147-6. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31122798/>.

NEŠPOR, Karel, CSÉMY, Ladislav a PERNICOVÁ, Hana. *Zásady efektivní primární prevence*. Sportpropag, 1999. Dostupné z: https://www.pppuk.cz/soubory/ppp_litomerice/LTM_Zasady_efektivni_primarni_preve

nce.pdf?fbclid=IwAR3_if6DbnoqsST9nWHGqFbwIS1wpPoZnCLwaA9B0S-t3fg0_4g_kBdPM-s.

NĚMEČKOVÁ, Pavla. Poruchy příjmu potravy. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2007, 4:155-157 [cit. 2022-08-10]. ISSN 1803-5272. Dostupné z: https://www.psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-200704-0002_Poruchy_prijmu_potravy.php.

NOVÁČKOVÁ, Jana.: Komunitní kruh [online]. Praha: *Respektování*, nedatováno [cit.2024-01-28]. Dostupné na [www](http://www.respektovani.com/index.php?obsah=2&sub=0&idc=83#83): <http://www.respektovani.com/index.php?obsah=2&sub=0&idc=83#83>.

PELČÁK, Stanislav, HOFERKOVÁ Stanislava a BĚLÍK, Václav. 2015. Smysl pro soudržnost a adherence ke zdravému životnímu stylu u adolescentů. *Lifelong Learning – celoživotní vzdělávání* [online]. 5, (2), 98–108. ISSN 1804-526X. [cit. 2024-02-4]. DOI: <http://dx.doi.org/10.11118/lifele201505029>. Dostupné z: https://www.academia.edu/111215444/Smysl_Pro_Soudr%C5%BEnost_a_Adherence_Ke_Zdrav%C3%A9mu_%C5%BDivotn%C3%ADmu_Stylu_U_Adolescent%C5%AF_Sense_of_Coherence_and_Adherence_to_Healthy_Lifestyle_Amongst_Adolescents?uc-sb-sw=58746321&fbclid=IwAR0EB_O_TL9vumYj-yUHElgB0tECJTOySQBjpe0T1S9hVhSc-NwMggRGySY.

PAPEŽOVÁ, Hana. Prevence poruch příjmu potravy. *Časopis lékařů českých* [online]. 2017; 156 (2): 68–7 [cit. 2024-02-12]. ISSN 1805-4420. Dostupné z: https://www.prolekare.cz/casopisy/journal-of-czech-physicians/2017-2/download?hl=en&fbclid=IwAR1Q897zfsuz9OpHlxyKMTavfNAqvAW4G_4utBwDH7uqf2ijGYPqAp05brQ.

Péče o pacienty s poruchami příjmu potravy v ČR v letech 2011–2017. In: *uzis.cz* [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2018 [cit. 2024-02-02]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=record&id=8150>.

Poruchy příjmu potravy (mentální anorexie, mentální bulimie). *In: Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí a mládeže* [online]. Praha: Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, 2010 [cit. 2021-03-13]. Dostupné z: <https://www.msmt.cz/vzdelavani/socialni-programy/metodicke-dokumenty-doporucenia-pokyny?fbclid=IwAR3H6rAnA4H0Rht9-ThpAmolEN7yiUNbdYJuXEYqHH1dVd5vedhgXkg7UkA>.

RAŠTICOVÁ, Martina. Prediktory nespokojenosti s tělem a souvislost s depresí v adolescenci. *E-psychologie* [online]. 2009 [cit.2024-02-06];3(1):30-42. Dostupné z: <http://e-psycholog.eu/pdf/rasticova.pdf>.

RANDO-CUETO, Dolores a kol. Health Communication Strategies via TikTok for the Prevention of Eating Disorders. *Systems* [online]. 2023; 11(6):274 [cit. 2024-02-06]. DOI: <https://doi.org/10.3390/systems11060274>. Dostupné z: https://www.mdpi.com/2079-8954/11/6/274?fbclid=IwAR0L6YdOG6Nv7zMEsxs1o62asPv7oviIhKUv_dVIRE_49YquHz0tE1LnOJw.

RUSSELL, Shelly a RYDER, Sabine. BRIDGE 2 (Building the Relationship Between Body Image and Disordered Eating Graph and Explanation): Interventions and Transitions. *Eating Disorders* [online]. 2001, 9(1), 15-27 [cit. 2024-02-05]. DOI:10.1080/106402601300187704. ISSN 1064-0266. Dostupné z: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=6090923&authtype=sso&custid=s6867544&lang=cs&site=eds-live&scope=site>.

RUSSELL-MAYHEW, Shelly a GRACE, Angela. A call for social justice and best practices for the integrated prevention of eating disorders and obesity. *Eating Disorders* [online]. 2015, 24(1), 54-62 [cit. 2021-03-05]. DOI:10.1080/10640266.2015.1113829 ISSN 1064-0266. Dostupné z: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=112294008&authtype=sso&custid=s6867544&lang=cs&site=eds-live&scope=site>

SADÍLKOVÁ, Zuzana. Děti a digitální technologie. *Pediatric pro praxi* [online]. 2020; 21 (6): 391–394 [cit. 2024-02-8]. DOI: 10.36290/ped.2020.081. Dostupné z: https://www.solen.cz/artkey/ped-202006-0001_deti_a_digitalni_technologie.php.

SUCHOPÁROVÁ, Lenka a FOREJT, Martin. Prevence poruch příjmu potravy a propagace správné výživy na základních školách. *Hygiena* [online]. 2014, 59, 157-61 [cit. 2024-02-03]. ISSN 1803-1056. Dostupné z: https://hygiena.szu.cz/cz/artkey/hyg-201404-0003_Prevence-poruch-prijmu-potravy-a-propagace-spravne-vyzivy-na-zakladnich-skolach.php?l=cz.

SCHLEGEL, Petr, KŘEHKÝ, Adam a DOSTÁLOVÁ Radka. Social media fitness challenge-risk and benefits. *Sciendo* [online]. 2021, 61(2): 238-24814 [cit. 2024-01-31]. DOI 10.2478/afepuc-2021-0020. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/355784650_Social_Media_Fitness_Challenge_-_Risks_and_Benefits?fbclid=IwAR2HXa94sCzyXXF7-DbgNJ5sf1GmMiK9BnXaiiiHsxUi3y3k5skOAXo0rgI.

STEHLÍKOVÁ, Monika. *Meditační cvičení pro děti a dospívající*. Online. In: *psychologie.cz* 18. 12. 2014. Dostupné z: <https://psychologie.cz/meditacni-cviceni-pro-deti-dospivajici/?fbclid=IwAR07lbCRKBrNtZ7JoFVifR7Bsa35aqRMaRI15-WxONTBHXgUGBMGHpA79ho>.

ŠVÉDOVÁ, Jarmila. *Svépomocný manuál aneb Jak si mohu sám/sama pomoci*. Občanské sdružení Anabell. Brno, 2012. Dostupné z: <http://knihovna.anabell.cz/publikace/product/view/1/10>.

TOVT, Šárka a HRICOVÁ, Alena. Introduction to bigorexia. *Kontakt* [online]. 2021, 23(2), 133–137 [cit.2022-08-12]. DOI:10.32725/kont.2021.014. Dostupné z: <https://kont.zsf.jcu.cz/pdfs/knt/2021/02/12.pdf>.

THOMPSON-MEMMER, Carly a kol. (2018). Drunkorexia: A new term and diagnostic criteria. *Journal of American College Health*,67(7):620-626 Doi:10.1080/07448481.2018.1500470. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30285556/>.

VANDENBOSCH, Laura a kol. Social media and body image: Recent trends and future directions, *Current Opinion in Psychology* [online]. 2022, 45: 101289, ISSN 2352-250X [cit. 2024-02-7]. DOI:<https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2021.12.002>. Dostupné z:

https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2352250X21002414?fbclid=IwAR3wioe9gpQJeQfJq0HIXpHd9UEjjv0_dDVL1Y1UMiUIRKgut_HueytwEoM.

VERDUYN, Philippe a kol. Social comparison on social networking sites. *Current Opinion in Psychology* [online]. 2020, 61(2): 238-24814 [cit. 2024-02-5].

DOI doi:10.1016/j.copsyc.2020.04.002. Dostupné z:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352250X20300464?fbclid=IwAR06fgbGrAzC2nnpE8gbNMZsJ75v9X0h72yFIkknk-LmPfjucT8u9DbzRkY>.

WANG, Shirley a kol. The unique associations between self-compassion and eating disorder psychopathology and the mediating role of rumination,

Psychiatry Research [online]. 2019, 274, 91-97 [cit.2023-12-12].ISSN 0165-1781.

DOI:<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.02.019>.

Dostupné z:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165178118312228>.

Seznam příloh

Příloha A: *Vybrané preventivní programy u nás aneb příklady dobré praxe*

Příloha B: *Didaktické materiály a tipy na aktivity dostupné zdarma*

Příloha C: *Struktura focus group a polostrukturovaného rozhovoru*

Příloha D: *Přepis focus group s adolescenty a ukázka rozhovoru s výchovnými poradci*

Příloha E: *Letáček focus group*

Přílohy

Příloha A Vybrané preventivní programy u nás aneb příklady dobré praxe

První internetová adresa vedená odborníky – www.idealni.cz – postupně rozšiřuje informace o mapování služeb, informace o onemocnění, moderní literaturu pro rizikovou populaci. (Papežová, 2017)

Projekt online prevence a včasné intervence poruch příjmu potravy je Healthy and Free (www.healthyandfree.cz), zaměřený na podporu duševního zdraví, sebedpřijetí a pozitivních postojů k sobě i jídelnímu chování.

Preventivní program od Mojetělojemoje je program prevence bodyshamingu pro 1. a 2. stupeň ZŠ a studenty SŠ. V rámci programu se otevírají témata respektu k vlastnímu tělu, rozvíjí se socioemoční dovednosti, podporuje se kritické myšlení. Metody práce se třídou jsou především interaktivní, lehce pohybové, začleněna je i skupinová a individuální práce.

Projekt RRRR (Respekt, Rozmanitost, Rovnost, Resilience) přináší podporu duševního zdraví dětí a adolescentů prostřednictvím zavádění komplexních vzdělávacích programů zaměřených na socio-emoční učení a prevenci násilí v blízkých vztazích. Komplexní preventivní program nabízí školám osvědčený nástroj pro rozvoj emocionální gramotnosti napříč všemi stupni vzdělávání. Tato moderní metodika navazuje na stávající i nově plánované RVP a otevírá klíčová témata, jako jsou silné stránky osobnosti, zvládnání stresu a náročných situací, vyhledání pomoci, nebo gender a poznávání vlastní identity.
<https://www.societyforall.cz/rrrr>

„Cesta labyrintem města“ je interaktivní desková hra zaměřená na primární prevenci rizikového chování. Jedná se o metodický nástroj, který mohou využít pedagogičtí pracovníci při práci s dětmi a dospívajícími ve věkové kategorii 10–17 let, popřípadě i ve vyšších ročnících. Při hraní si hráči zopakují své znalosti z různých oblastí rizikového chování, při plnění herních úkolů procvičí svoje sociální a komunikační dovednosti.

https://www.cestamestem.org/ohre/?fbclid=IwAR38ewhOHXSt2ZGIEA19ced8hZMon80WyNziVjGbBib4xchy-9HaM5_RHE

Metodika pro předškolní a mladší děti jsou „Zippyho kamarádi“ a následně „Jableční kamarádi“. Jedná se o řadu praxí ověřených a neocenitelných aktivit, které s dětmi provádějí vyškolení pedagogové. Aktivity rozvíjejí u dětí strategie zvládnání stresových událostí a sociální dovednosti. Je podporována jejich schopnost vyjadřovat

své pocity, řešit konflikty, navazovat a udržovat přátelství a požádat o pomoc, což vede k vytváření a podpoře protektivních faktorů (Papežová, 2017). Poslední metodikou je SPARK Resilience, což je program pro děti ve věku 10–15 let zaměřený na rozvoj resilience, copingových dovedností a emočně-sociálních dovedností.

<https://zpyhokamaradi.cz/spark-resilience/>

Příloha B Didaktické materiály a tipy na aktivity dostupné zdarma

V publikaci *Emoční management: aktivity a hry* 2018-1-CZ01-KA205-047836 najdete konkrétní aktivity a hry, které se při práci s mládeží nejvíce osvědčily. Jsou zaměřeny na zvyšování vzájemné všímavosti ve skupině, aktivní naslouchání, práci se situacemi útlaku, jako je diskriminace a šikana a aktivity zaměřené na sebepoznání, sebeurčení a přemýšlení

<https://www.podporainkluze.cz/wp-content/uploads/2021/02/EMO-hry-aktivity.pdf>

Pro sociálního pedagoga může být benefitní i publikace *Průvodce emočním managementem*. Představuje možnosti v oblasti práce s emocemi při práci s mládeží. Obě jsou dostupné zdarma ke stažení.

<https://drive.google.com/file/d/1km8bz3tmufyMvmkJqkcHc6QXMJhW1C0/view>

Didaktický materiál obsahující aktivity a hry zaměřené na zvyšování vzájemné všímavosti ve skupině, aktivní naslouchání, práci se situacemi útlaku, jako je diskriminace, šikana a aktivity zaměřené na sebepoznání, sebeurčení a přemýšlení.

<https://www.podporainkluze.cz/wp-content/uploads/2021/02/EMO-hry-aktivity.pdf>

Diskuzní karty pro podporu sociálně emočního učení.

<https://www.podporainkluze.cz/material/diskuzni-karty-pro-podporu-socialne-emocniho-uceni/>

Aktivity pro podporu well-beingu.

<https://www.podporainkluze.cz/material/aktivity-pro-podporu-wellbeingu-ve-skolach/>

Dove self esteem program, jehož účelem je podporovat u mladých lidí spokojenost s vlastním tělem, jsou navrženy tak, aby pedagogům a školám umožňovaly pořádat stejně zaměřené workshopy. Tyto workshopy dají pedagogům i žákům možnost prozkoumat, jaký má na sebedůvěru mladého člověka dopad ideál krásy zobrazovaný v médiích. Tento program byl vyvinut tak, aby byl v souladu se školními osnovami. Mezi jeho hlavní výsledky patří to, že mladí lidé mohou zjistit, jaké jsou jejich silné stránky, poznají, jak si osobních kvalit cení ostatní, získají vyšší povědomí o zdravém stravování a dozvědí se o tom, jak média zobrazují tělo. Studenti se učí prostřednictvím otevřené diskuse ve skupině, aktivit v malých skupinách, videí a pracovních listů s aktivitami.

<https://www.dove.com/cz/dove-self-esteem-project/self-esteem-resources-for-youth-groups.html>

Příloha C Struktura focus group a polostrukturovaného rozhovoru

Otázky do focus group s adolescenty

1. S jakými formami prevence poruch příjmu potravy jste se setkali v rámci formálního vzdělávání?
2. Jaká forma prevence poruch příjmu potravy, s kterou jste se doposud setkali vás nejvíce oslovila?
3. Cítíte se dostatečně informováni o rizicích a důsledcích poruch příjmu potravy?
4. Znáte nějaké nové a inovativní prevence poruch příjmu potravy?
5. Máte zkušenost s nějakým programem nebo aplikací zaměřenou na prevenci poruch příjmu potravy?
6. Jaký druh podpory by dle vás v oblasti prevence poruch příjmu potravy nejvíce pomohl?
7. Co by podle vás ještě mohlo zlepšit efektivitu prevence poruch příjmu potravy u mladých lidí?
8. Jak vnímáte tlak společnosti na dosažení „ideální“ postavy?
9. Ovlivňuje tento tlak nějak vaše chování v oblasti body image?
10. Jaké změny byste si přáli vidět ve společnosti, aby se snížil tlak na dosažení tělesného „ideálu“ a zlepšilo se vnímání těla mladé generace?
11. Jaké jsou hlavní zdroje tlaku na dosažení tělesného „ideálu“ ve vašem každodenním životě?
12. Vnímáte genderové rozdíly v tlaku na vzhled našeho těla?
13. Máte nějaké osobní strategie, které vám pomáhají zvládat tlak na dosažení tělesného „ideálu“? Jaké jsou tyto strategie?
14. Jak si myslíte, že ovlivňují sociální sítě body image a mají vliv sociální sítě na vaše vnímání vlastního těla?
15. Myslíte si, že se mohou nějak sociální sítě podílet na prevenci poruch příjmu potravy?
16. Zaznamenali jste trend „zotavovacích účtů“?
17. Pokud sledujete někoho, kdo vytváří takový obsah, tak za jakým účelem?
18. Jaké faktory ve vašem životě nejvíce ovlivňují váš životní styl?
19. Jaké vaše osobní návyky nebo aktivity v rámci vašeho životního stylu považujete za nejúčinnější v prevenci poruch příjmu potravy?
20. Jak vaše prostředí podporuje zdravý životní styl?
21. Jakou roli hraje úroveň informovanosti mladých lidí při jejich rozhodování zdravého životního stylu?

Otázky pro výchovné poradce

1. Jak často se s tématem prevence poruch příjmu potravy zabýváte s mladými lidmi ve Vaší praxi?
2. Jaká opatření ve Vaší praxi se ukázala být nejúčinnější v prevenci poruch příjmu potravy?
3. Jaké jsou hlavní mýty týkající se poruch příjmu potravy, s nimiž se setkáváte?
4. Jaké formy prevence poruch příjmu potravy využíváte ve své praxi?
5. Jak se věnujete ve své praxi nespécifické prevenci?
6. Znáte nějaké nové možnosti v prevenci poruch příjmu potravy?
7. Jak se cítíte v roli poskytovatele podpory v oblasti prevence poruch příjmu potravy?
8. Jaké výzvy se Vám při této práci nejčastěji staví do cesty?
9. Jaké faktory životního stylu mají podle Vás vliv na prevenci poruch příjmu potravy u adolescentů?
10. Jak vnímáte vliv společenského tlaku na body image mezi mladými lidmi?
11. Jakou roli hrají podle Vás sociální média při prevenci poruch příjmu potravy?
12. Jaké změny by podle Vás byly potřebné k zefektivnění prevence poruch příjmu potravy ve školách?
13. Jaká další opatření by podle Vás mohla přispět k lepší prevenci poruch příjmu potravy?
14. Myslíte si, že by sociální pedagog měl působit na školách jako odborník prevence?

Ukázka rozhovor s V4

Jak často se s tématem prevence poruch příjmu potravy zabýváte s mladými lidmi ve Vaší praxi?

„Tak úplně do hloubky ne, ale určitě to probíráme se žáky. Spíš se žákyněmi, protože určitě tady máme děvčata, co s tím mají problém. Takže ano, že bychom měly třeba přednášky úplně tomuto tématu věnované to ne, ale v rámci třeba občanské nauky i nebo prostě rozhovor někde tak určitě ano.“

DO: V ostatních rozhovorech se objevuje organizace, že chodí s preventivním programem. Jak je to u Vás?

„To tady nemáme. Máme tady jenom takovou organizaci..., ale ta má něco jiného na starosti.“

A teďka tady mám otázku, jestli se setkáváte ve Vaší praxi s nějakými mýty týkající se poruch příjmu potravy?

„No mýty, ty nevím úplně, ale spíš oni jakoby to zlehčují. Oni si myslí, že to zvládnou sami, že když kdykoliv budou chtít, tak můžou třeba začít jíst, nebo že kdykoliv oni budou chtít, tak prostě to změní to, jak se stravují, nebo respektive víceméně nestravují. Takže tohle bych jako viděla ten problém u nich.“

Jaké formy prevence poruch příjmu potravy využíváte ve své praxi?

„No spíš jenom rozhovory. Rozhovor, takový povídání v hodinách, protože oni mají v rámci toho předmětu téma zdravý životní styl a zdravá výživa. Takže spíš je to takhle v těch hodinách jakoby výuka, nebo ten rozhovor no.“

Teď teda mám ještě otázku, jak se věnujete ve své praxi nespecifické prevenci?

„Určitě. V rámci předmětu psychologie, psychologie prodeje nebo při společenské výchově. Tak tam taky. Ta část je tady věnována socializaci a fungování v kolektivu ve třídě, tak v rámci i tohohle vlastně vyučujeme to sebepoznání a jakoby hodnotu sama sebe, aby znali. Ať jsme takoví nebo makoví, takže i tady na to téma vlastně tam narážíme.“

A jaká opatření se ve Vaší praxi ukázala být neúčinnější v té prevenci poruch příjmu potravy?

„Obecně no spíš no, já bych řekla ty negativní příklady, protože tady máme bohužel děvčata, co s tím mají teda problém a když teda viděla, že opravdu se nedá tak fungovat, že holčiny nemohly chodit do školy, opravdu zdravotní velké problémy, tak tady ten příklad přímo konkrétní, že to třeba viděly, tak si myslím, že to je dost napravilo a pak teda máme školního psychologa, takže i pohovor vlastně s ním. Když zjistíme, že je opravdu už je to na hraně, tak nejdřív voláme třeba rodiče. Promluvíme si s nimi a pak teda začíná fungovat ten školní psycholog. Tak tam si myslím, že to má velký vliv. Ten je tady pro nás velmi prospěšný.“

DO: A ještě se zeptám, jak často je tu školní psycholog?

„Externě je tady napůl úvazku každý den. Je to úžasná věc. Nám tady pomáhá nejenom třeba se žáky, ale i rodiče za ním chodí i vlastně pedagogičtí pracovníci. Když máme nějaká složitější jednání, tak i tam jako je účasten.“

Znáte nějaké nové možnosti v prevenci poruch příjmu potravy?

„To teda nevím, jestli mě něco napadá. Jedině jestli teda opravdu neexistují nějaké organizace, které by fungovaly. Určitě internet, ale zas tam je to bohužel i ta druhá stránka, takže práce s tím internetem. A pro mě teda úplně nejlepší je fakt ten školní psycholog.“

Já tady právě mám otázku potom přímo Jakou roli hrají podle vás sociální média při prevenci poruch příjmu potravy?

„Určitě, určitě, jednak samozřejmě tam je buď teda, že by dívka, která si tím prošla a dokázala. Já, říkám dívka, protože většinou děvčata, ale určitě mají s tím problém i hoši. Takže ten, kdo si tím prošel a dokázal teda to zvládnout, tak kdyby třeba tam nějak mohl fungovat. Říct ten svůj příběh nebo tímhle stylem a možná i tak vždyť se konají různé předla přednášky a kurzy, tak i to by tam třeba mohlo fungovat, aby ukázali vlastně, co se s tím člověkem děje. A možná ale i jim ukázat a zvýšit jejich sebevědomí, protože to je velký problém dneska.“

Možná se ještě teda rovnou zeptám na tuto otázku, když tohle teď zmiňujete. Jaké faktory životního stylu mají podle vás vliv na prevenci poruch příjmu potravy u adolescentů?

„Určitě teda internet. To bych dala na první místo, protože oni bez něj nedokáží být. To je problém. Oni pak mobilní telefony, kde teda si to pouští ten internet. Určitě teda parta a skupina. Pak v televizi sledují seriály, kde teda mají nějaký vzor, tam jsou všichni

krásní, štíhlí bohatí a pak to tu realitu úplně... No a já sleduju, že velký vliv má i dneska trošku jiný systém v rodinách, protože třeba rodiče úplně nemají tolik času jako měli třeba naši na nás a ty děti hledají tak jako všimněte si mě jo, podívejte se, jsem tady a možná že i tím chtějí tu pozornost, že začnu teda dělat takové věci, jo. “

DO: Ještě se zeptám, jak vnímáte u mladých stav duševního zdraví?

„Velmi, velmi. Já, když to srovnám, já už jsem tady přes třicet let. To je nárůst těch problémů psychických úplně. Já bych řekla za poslední tak ty 2- 3 roky to jde strmě nahoru, to je vlastně co třída, tak tam je minimálně 1-2 žáci, kteří mají problémy psychické. Jezdí nejenom teda k našemu psychologovi, ale mají už i své psychology, potažmo už i psychiatry, takže oni už jsou i medikováni a je to i pro nás taková nová zkušenost, protože se s tím musíme učit pracovat. Ten žák najednou zčistajasna jako má problém. Takže je to opravdu velký nárůst. Máme tady taky už se sebepoškozováním zkušenost, především teda s tím, že se ale tam bych to možná viděla ve větší míře u děvčat, i když už jsme to řešili i u chlapce a tam teda to sebepoškozování skoro ze 100 % se teda řežou a tam to je častější, no to dřív nebylo. “

DO: Dále bych se zeptala na genderovou problematiku?

„Nevím, jestli u nás úplně je to tak jako problém. Máme tady případy, že došlo ke změně pohlaví u nás. Teda přímo nám začala teda holčina a končil nám chlapec. A teď jsme řešili taky jednu holčinu, která teda začala tady s tím, ale tam po všech těch vyšetřeních to ustalo a zůstává dívkou se hledají, že jo. Nemůžu to úplně říct na 100 %, ale pozoruju, že prostě děvčata jsou razantnější. Možná že teď to řeknu tak jako tvrdě, jsou i hrubší, sprostější, umí se i jako poprat, a přece jenom u těch hochů, jak to člověk očekává, tak možná, že hned v zárodku se to jakoby nech toho nech tak to krotíme, že se to tak neprojeví, ale u těch děvčat je pravda, že teda slovník děvčat je velká změna to je pravda. “

Další otázka. Jak vnímáte vliv společenského tlaku na body image mezi mladými lidmi?

„Velký vliv, protože dneska máte vlastně všude miss krásy a miss nevím čeho. Takže ten tlak na nás je vyvíjen velký jo a móda a všechno ukazuje vlastně takový ty nereálné vlastně postavy. Není to taková ta normální realita, ten člověk. A je pravda, že je spousta reklam na cvičení, na dietní prostředky a tak dále. Ten tlak je velký, aby samozřejmě ta postava nějak vypadala, ale někdy je to až moc, že prostě ten mladý člověk nezralý si to neumí vybrat, aby byl v nějakých mezích nebo hranicích. “

Ted' si teda vrátím ještě k otázce na Vás, jak Vy se cítíte v roli toho poskytovatele té podpory v oblasti té prevence poruch příjmu potravy?

„Já myslím, že se snažím jim teda pomoci nějakým způsobem. A i když zrovna tady, to je hodně o nich, protože člověk, když s nimi úplně není, tak nemůže ovlivňovat, ale někdy možná trošičku mi chybí nějaký prostředek, jak já bych je víc, jim ukázala, že třeba něco dělají špatně. Jo, tak možná někdy trošku bezradně v tomhle, protože máme tady holčičku, se kterou se to snažíme řešit. A mám někdy pocit, že bych víc měla mluvit s jejími rodiči než s ní, ale jsou dospělí, takže tady někdy občas mi chybí nějaká možnost, jak tohle to vyřešit, ale snad ze všech sil, co to jde, se snažím, abych jim pomohla.“

Jaké výzvy se vám při té práci toho výchovného poradce nejčastěji staví do cesty?

„Rodiče, protože nemůžeme zasahovat do rodiny. Jak vysvětlit rodiči že by slečně, které je sedmnáct, neměl hodnotit její postavu hrubými výrazy a opravdu ji zatloukat do země. Tady tím hodnocením třeba a potom samozřejmě nějaké soukromí do toho nemůžeme zasahovat. No a pak to, co je tady ten vzor ten celospolečenský nějaký, jak jim ukázat, že to funguje i jinak, že jsou holky hezký i bez toho, že váží 35 kilo. Pak my to řešíme prostě ty sociální sítě. To je velký problém, protože my tu řešíme nechci říct šikanu to až ne, ale oni si tam opravdu zveřejní svoje fotky. Nevhodné komentáře, to je neustále tohle. Řešíme a zablokuj si ho, tak se vymaž z toho, proč tam seš jo, ale oni to berou jako že jsou v centru dění, když mají vlastně nevím Facebook, Instagram a všechno. Oni si neumí představit, že by byli bez toho, že by byli bez mobilu a problém je hodina a zákaz mobilů. Tu je neustále každou hodinu někdo polož ten mobil, dej ho do tašky, nesmíš mít, vypni ho. Opravdu už jsou na těch mobilech těžce závislí.“

DO: Takže vlastně mě k tomu napadá jako otázka, jestli teda v rámci třeba toho působení, jestli s nimi nějak i probíráte a trénujete právě, řekla bych jako mediální gramotnost, aby právě třeba rozeznali ten špatný obsah na těch sociálních sítích, že?

„To mají jednak teda v občanské nauce. A mají to i v rámci hodin informatiky, takže tam je to s nimi probíráno, ale nejsou poučitelní. Děvčata mají třeba problém a pak se zjistí, že dávají svoje fotky na ten Instagram nebo někam a nejsou to fotky úplně tak, jakože v pořádku a já říkám, ale vždyť podívej, vždyť sama si to tam dáváš a pak se divíš, že se ti někdo směje nebo to použije. Je to složitý opravdu no. Tady jsou vlastně žáci z různých rodin a musím říct, že jsou to spíš rodiny jakoby té střední nebo i té nižší třídy. A rodiče velice často jsou od nevidím do nevidím v práci, takže nemají úplně čas, jak už jsem to vlastně říkala předtím. Já nechci, aby to vyznělo nějak ošklivě, ale oni ani intelektuálně prostě nemají na to, aby kontrolovali úplně co přesně tam dělají na tom

Facebooku nebo na tom Instagramu a neřeší to s nima. My to řešíme často víc s těmi dětmi než ty rodiče. Když si je pak pozveme, tak někdy mávnou rukou jo, nebo to není možný.... Záleží, jak jsou zdatní i ty sami rodiče k tomu, jak jsou ochotni připustit, že se tam tohle může dít.“

Jaké změny by podle vás byly potřebné k zefektivnění prevence poruch příjmu potravy na školách?

„Já si nemyslím. Takhle to zatím funguje dobře.“

Ještě nějaká další opatření, by mohl mohli přispět k lepší prevenci poruch příjmu potravy? Pokud by vás teda ještě napadlo něco?

„Třeba že bychom zvýšili nějaké ty přednášky, že by sem chodil třeba nějaký dietolog nebo lékaři. To mě tak napadlo, že by to možná šlo.“

Myslíte, že by sociální pedagog měl vlastně působit na školách jako odborník prevence?

„No já myslím, že ano, že to není úplně od věci v nějaké rozumné míře. Samozřejmě, abychom zas je nepřesytili tady tím, ale ano. Mohl by působit. Vlastně nejsme na toho sociálního pedagoga ještě jako zvyklí. Ještě hledáme si vlastně to, co je náplní jeho práce. Samozřejmě teď se gró dává na speciálního pedagoga a my tím, že máme žáky se speciálními vzdělávacími potřebami, tak ten speciální pedagog tam musí být, ale potřebujeme takového, který si vystuduje i nějaký předmět.“

Takhle je to za mě vše. Moc Vám děkuji za ochotu. Vypínám nahrávání.

Přepis focus group

S jakými formami prevence poruch příjmu potravy jste se setkali v rámci formálního vzdělávání?

R3: „Na ZŠ jsem se asi nijak s tím nezabývali a nevnímám, že by tam na to byl takový důraz, ale na SŠ asi ve třetíku jsem měla výchovu ke zdraví a tam jsme teda trošku okrajově zmínili PPP. Bavili jsme se hlavně o anorexii a bulimii, ale jelikož jsme byli zaměřená škola a měli jsme 15 hodin týdně praxí, tak jsme neměli moc času na ty odborný předměty, takže to tak jako moc nebylo pojatý. Neměli jsme prostě ani přednášky, ale myslím si, že holky jiném oboru, tak ty to tak jako měli víc pojatý. Prostě okrajově to tam bylo.“

Moderátor: A jakou formou to okrajově probíhalo? Mám si pod tím představit, že vám třeba jen vyučující přednášela?

R3: „Myslím, že to bylo formou prezentace, ale možná jsme to myslím měli i skupinově. Ve skupinkách jsme se bavili o našem názoru, ale jinak to byla prezentace a ona nám o ní říkala většinou.“

Moderátor: Moc děkuji za sdílení. Má někdo jinou zkušenost?

R2: „Já si klidně přeberu slovo. Já jsem absolvent oboru, co zmínila R3. U nás na SŠ se relativně o tom mluvilo víc. Hlavně v rámci předmětu psychologie, ale furt si myslím, že to jako nebylo dost. Jako je teda pravda, že samozřejmě v rámci té školy se má pojmout nějaký široký záběr, takže spíš prostě klasická frontální výuka a jedno z témat, který měla ta učitelka té psychologie nám předat je nějaká představa o jakékoliv PPP. O tom, že běžně ve společnosti jako jsou a kde se s téma lidma můžeme setkat a vlastně my jako absolventi té střední školy, jestli se s nima vlastně můžeme potkat v rámci své nějaký práce. Myslím si, že to bylo docela i nudný a nic extra zajímavýho, ale na ZŠ jsme mývali projektový dny. Bylo to teda jednou za rok, protože ty projektový dny byly různý, ale byl to vlastně projektový den něco kolem zdraví, a kromě spousty jiných, tak každá třída měla stanoviště a různě jsme se navštěvovali a o tom diskutovali, tak tam byly zahrnuté i poruchy příjmu potravy. Tam to bylo takový jako víc... no možná to nebylo jako takový nátlakový, že jako člověk mohl v tom upozorovat, že buď teda má problém on, nebo že někdo v jeho okolí má problém, ale zároveň to na nikoho neukazovalo prstem a přišlo mi to dobrý a zároveň nás v rámci školního parlamentu, který my jsme na ZŠ měli, tak to rozjelo velkou progresivní změnu, co se týkalo školní jídelny. Že vlastně z toho vyplynulo, že se začalo vařit jinak a byly na výběr třeba i bezmasá jídla, což do té doby jako nebylo, a byl to fakt jako posun.“

Moderátor: To zní skvěle. Ještě se zeptám, byly třeba v rámci toho nějaké aktivity na budování sebedůvěry nebo něco podobného?

R2: „Jako myslím si, že ne na té ZŠ. Tam jako nemám pocit, že by se o to někdo jako snažil, ale na té střední určitě. Hlavně jsme se to učili v tom pojetí, jak to budovat u druhých lidí a zkoušeli jsme to teda vzájemně sami na sobě, to je jako pravda v rámci té psychologie, ale mělo nás to hlavně naučit, jak případně pomoci někomu dalšímu. Na té škole bylo spousta empatických učitelů, kteří učili ty odborné předměty, takže oni nás někteří k tomu vedli docela, že sami chtěli, že byli takový prostě. Docela v nás budovaly tu sebedůvěru, že budeme dobrý i třeba profesně nebo tak a v tom to bylo fajn.“

Moderátor: Má ještě někdo jinou zkušenost?

R7: „Já bych mohla říct, na ZŠ jsme měli organizaci, která se věnuje PPP, tak od nich jsme měli přednášku a na SŠ u nás nebylo vůbec nic.“

R1: „Jako u nás na SŠ nic nebylo. Možná jsme měli nějaký projekt nebo něco, ale možná za ty celý čtyři roky, tak jedna přednáška. Ale nic specifického jsme nedělali. Na ZŠ to bylo lepší. Tam byli vždycky projektový dny.“

R6: „Já jsem se s tím setkal již na prvním stupni ZŠ. Ve 4. nebo 5. třídě mám pocit, jsme měli přednášku v knihovně a byla to přednáška o jedné knížce, kterou napsal autor někde v okolí, a bylo to o holčině, která měla bulimii, takže na tohle téma jsme se bavili. On nám vlastně vyprávěl, co je ta bulimie a vlastně chtěl, abychom měli nějaké povědomí, že to existuje a abychom se tomu nějak vyvarovali jo. Jednoduše to podával.“

Moderátor: To je super.

R1: „Tak k tomuhle dodám, že spousta věcí jako právě jsme nechápali, ale cpali to do nás. R6 mě nabudil tou knihovnou, protože měly jsme takové prezentace a všechny možný sezení právě v knihovnách. Většinou to byly výučny knížky a taky si vzpomínám, že něco podobného tam také znělo. A to bylo tedy v rámci ZŠ.“

R4: „U nás na SŠ nám vždycky psali někdy v průběhu roku o tom že vlastně metodik prevence + výchovný poradce, že kdyby měl někdo problém s PPP, tak se může zastavit. Oni mu s tím rádi pomůžou. Ve druháku jsme o zdravotě tohle téma naukli s učitelkou, ale víc jsme se o tom nějak nebavili.“

Moderátor: Skvělé. Chce ještě někdo něco sdílet k této otázce? Dobře, můžeme se přesunout dál. Jaká forma prevence, s kterou jste se doposud setkali vás nejvíce oslovila?

R7: „Já můžu říct, že u nás třeba ta přednáška byla formou z pohledu holky, co si prošla tou anorexií a vyprávěla svůj příběh. Bylo to hodně zajímavé a dobře připravené. To, že ten člověk měl vlastní zkušenost, tak to dobře podal.“

R2: „My teda na VŠ až, ale vlastně ty filmy, respektive dokumenty jsou takový, že se zaryjou pod kůži, že prostě tam ten člověk vidí pravděpodobně ty reálný osoby, který nějakým způsobem to zvládly. Nějak s tím úspěšně bojují. I dokonce jsem zažila takový dokument jednoho psychiatra, který to měl jako odstrašující případ a nemělo to dobrý konec. To je takový, že si člověk pamatuje. Je taky pravda, že s těma knížkami ani úplně nevím, kdo nás k nim navedl. Ale jedno období mě to hodně zajímalo a četla jsem je, takže někdo nás k nim navést musel. A to je něco, co jako vlastně taky jako nějakým způsobem uvízlo. Rozhodně lepší než suchá teorie.“

Cítíte se dostatečně informování o důsledcích a rizicích PPP?

R3: „Připadá mi, že na to, že jsem byla na odborné škole, tak my o tom fakt víme málo a na ZŠ fakt nic nebylo. Přijde mi, že je to dost podstatná věc a mělo by se o tom něco vědět a přijde mi, že nic nevím moc. Nebo jako vím něco, co jsem si musela sama dohledat nebo na sociálních sítích, tak tam to na mě vyskakuje, ale jinak bych o tom nic nevěděla, kdybych si sama nic nehledala. Ta jedna přednáška, co jsme měli v hodině, tak to mi rozhodně nestačilo.“

R6: „Souhlasím. Veškerý info jsem si musel najít sám a moc si nevzpomínám, že bychom něco měli na druhém stupni. No a na SŠ už vůbec ne. Ocenili bychom něco určitě.“

R5: „Já jsem celou dobu nic neřekla a ono je to vlastně proto, že jsem se s ničím takovým pořádně nesetkala. Já si pamatuju, že třeba v nějaké 5. nebo 6. třídě na ZŠ jsme možná měli taky výchovu ke zdraví, a to bylo takové všeobecné a nic moc jsme si neřekli. Já vlastně jsem maturitní ročník na gymplu a teď tam máme novou školní psycholožku. Je mladá a zabraná pro věc, tak má vždycky měsíc nějaké téma a jediné, co jsem zaregistrovala, že na nástěnku přidala poruchy příjmu potravy, ale nic víc se ke mně nedostalo. Proto jsem mlčela, protože jsem se moc nesetkala. Pokud jsem si něco nehledala sama nebo na sociálních sítích.“

R2: „No jako já si myslím, že jako ani já z toho našeho oboru, že je to fakt velká bída. Přijde mi to málo, abych byla připravená do praxe. Jako mám relativně dost informací, i když otázka je, co je dost, ale jenom díky tomu, že já chci. Ne že by mi to přines ten systém.“

Znáte nějaké nové a inovativní formy prevence poruch příjmu potravy?

R1: „Zaznamenal jsem spoustu reklam. Předtím jsi jako viděla, jak to popsat slušně. Štíhlé těla všude, a to bylo jediné. To bylo všude v novinách, TV a podle toho jsme si měli říkat, že to je dokonalý. Teď se ukazuje na to, třeba i nedokonalé, ale furt jsou to lidi a živý bytosti a ukazují, že prostě každý je jiný nějakým způsobem. Takže z toho bych si odvodil to preventivní působení. Třeba i vzdáleným způsobem.“

Moderátor: Určitě i to sem patří. Děkuji za sdílení.

R2: „Pro mě je to asi tou bublinou, ale vyskakuje to na sociálních sítích čím dál tím častěji a stejně vnímám ty reklamy. Nejsou všechny ideální, ale rozhodně se bourají nějaké stereotypy toho, co je nějaká norma a co je jako dobrý a ukazuje to na to, že lidi jsou různý a je to v pohodě, takže to vidím jako velký krok kupředu, protože dlouho tu to nebylo, takže bych to brala jako jeden z nástrojů prevence.“

Moderátor: Ještě někoho napadá něco? Dobře, tak jdeme na další otázku.

R7: „Napadají mě nějaké aplikace a online platformy. Mohou obsahovat různá cvičení, relaxační techniky, strategie pro pozitivní tělesný obraz a podporu. A pak asi ten posun od důrazu na ideál štíhlého těla k podpoře různorodých těl, jak zmínil R1.“

R4: „Jo taky souhlasím, že asi nějaké aplikace jsou takovou novou formou, což předtím nebylo.“

Máte zkušenost s nějakým programem nebo aplikací zaměřenou na prevenci poruch příjmu potravy?

R5: „Ono je to souhrnná aplikace. Jmenuje se napanikař. Jsou tam dýchací cvičení a pak jsem používala, když jsem měla s něčím problém, tak takové náladové. Zapisování nálad, psala jsem si k tomu poznámky.“

R1: „Co třeba veškerý ty fitness aplikace? Nějaký jídelníček si tam můžeš dát, ti to připomene, že teď máš jíst nebo jsou spojený s hodinkama, a teď ti to prostě řekne, že se máš hýbat. Tohle všechno bych bral jako prevenci.“

R2: „Já mám jenom občas pocit z těchto aplikací, co říkal R1, ale to je samozřejmě jen můj dojem, že to může mít opačný efekt, že někdy to třeba píše, že se máme hejbat a člověk se jako hejbe poměrně hodně nebo, že něčeho snědl moc. Nevím, jestli to nemůže někdy spíš ublížit než jako pomoci, když to nemá člověk dobře mentálně nastavený a zpracovaný, aby to nesklouzlo někam jinam. Jako ze své zkušenosti musím říct, že třeba kalorický tabulky, což je aplikace poměrně známá, tak strašně snadno, když budeme držet to její nastavení těch tabulek, tak se dostaneme do docela velkého problému a vlastně se o tom moc nemluví, ale je to extrémně stahovaná aplikace a lidi podle ní jedou, takže nevím, jestli je to vždycky ideál. Furt je to nějaká aplikace a myslím, že celkem snadno si na tom vybuduje ať závislost na té aplikaci a když funguje blbě ta aplikace nějakým způsobem, a tak to dost i škodí nebo ho může vést k nějakému stresu a může to dojít třeba k tomu, že se radši nenají, nebo tak a pak sní zase všechno, no že to může mít vlastně opačný efekt.“

R1: „Tak k tomu přidám to, že s tím souhlasím samozřejmě. Je to pořád o tom, jestli ten člověk umí s tou aplikací pracovat a jak ji používá. No a pak jsou tu internetové jídelníčky, kdy každý ten jídelníček má být sestavený přímo pro toho člověka, a proto je nejlepší dojít za nějakým poradcem, jsou na to specialisti ani žádný trenér na to nemá. Musí mít na to školy. Pokaždě nemá školu, tréninky a všechno možný, tak prostě nemá dávat rady, co ten další má jíst, a to platí i u těch aplikací a u všeho. Jako je pravda, že pokud ti hodinky říkají, že se máš hýbat a ty jsi teď doběhla 10 km, tak to je něco špatně.“

R7: „*Já musím souhlasit s R2, za mě jako ty fitness aplikace jsou dost ošemetný. Jako věřím, že někomu to může pomoci na jejich cestě, ale já mám spíše opačnou zkušenost. No a kalorické tabulky to je kapitola sama o sobě.*“

Moderátor: Děkuji, že jste přinesli pohled z obou stran. Můžeme se posunout dál. Jaký druh podpory by dle vás v oblasti prevence poruch příjmu potravy nejvíce pomohl?

R7: „*Podle mě by se měly bourat mýty, které jsou zakořeněné ohledně každé té poruchy příjmu potravy. Např. anorektičky jsou jenom hubené. To není pravda. Je to choroba v hlavě. No asi víte, co myslím. Podle mě by se měly bourat tyto zastaralé mýty. I to ovlivňuje to, jestli si lidi vyhledají tu pomoc, protože pokud cítí, že nezapadají do toho konkrétního stanoviska toho onemocnění.*“

R4: „*Souhlasím s R7. Měli bychom se dozvědět o těch mýtech, abychom fakt v tom neměli zmatek.*“

R2: „*Mně by se strašně líbilo, jak říkala R5, že mají na škole školní psycholožku, tak kdyby to došlo do toho módu, že teda ať speciální pedagog, sociální pedagog ideálně i školní psycholog byly dostupní pro každou ZŠ a SŠ a myslím si, že ten tým by měl být a neměl by jenom edukovat děti a studenty, ale taky ty pedagogy, kteří prostě pravděpodobně o tom slyšeli jen okrajově a tam by to jako mohlo začít. Ti dospělí, kteří to budou předávat dětem, mladým lidem by měli být sami hodně dobře edukováni. A pak už se můžeme bavit o tom jaká forma by to měla být. Jestli má smysl tisknout letáčky a rozdávat nebo si vytipovat žáky a s nimi vést diskuzi v rámci té školy. Nejdřív by se mělo začít tam, že budou kompetentní lidé a nejlépe zadarmo.*“

R6: „*Přesně. Je důležité, kdo a jak kvalitně nám to téma podává.*“

Moderátor: Super děkuji. Ještě se trochu vrátím k těm formám. Celá diplomová práce je zaměřená na nové možnosti prevence, proto by mě zajímalo, co by vás vlastně bavilo a zajímalo, když byste třeba byli zpět na škole nebo pro ty, co tam ještě jsou?

R1: „*Já bych si chtěl něco i vlastně vyzkoušet. Nebo super je i takové to filmové provedení, či přednáška člověka, který si tím prošel a už to má jiný nádech. Zároveň se to musí stupňovat, něco prostě nepustíte na prvním stupni, takže asi tak za mě.*“

R3: „*Já musím souhlasit s tím, že když je to nějaké interaktivní a zapojíme se, tak si z toho odneseme i nějaký zážitek. Ted' mimo téma poruch příjmu potravy, ale měli jsme na střední přednášku o pohlavních chorobách a měli jsme tam paní, která ji sama měla a furt se s ní*

léčí a ona říkala svůj příběh, a to nás hodně bavilo a ona vlastně to řekla až ke konci, že to onemocnění má. Když je to na tom příběhu založené, tak je to prostě zajímavý.“

R2: „My jsme na střední jezdili do divadla na představení a jednou tam bylo představení, kde to byla jako baletka a vlastně tu svou kariéru kvůli poruchám příjmu potravy jako ukončila a je teda jako pravda, že si umím představit, že takový představení mě by jako určitě zaujalo, kdyby se hrálo na divadle a mohli jsme tam jít a odnést si z toho něco. Třeba si i něco zahrát ve škole a vyzkoušet si něco, protože jak jsem zmiňovala to, jak jsme si zkoušeli něco na sobě v rámci té psychologie, tak to mě bavilo.“

R6: „Tak k tomu dodám, že prostě, když se jen něco vyprávělo, tak to tam půlka třídy pospávala. Když bychom si sami něco zkoušeli, tak si z toho třeba i něco možná odneseme, ale zase záleží, jak a kdo to poddá.“

Co by podle vás ještě mohlo zlepšit efektivitu prevence poruch příjmu potravy u mladých lidí?

R1: „My mladí lidé trávíme strašně moc času na sociálních sítích (Tiktok, Facebook, Instagram) a já nevím, kde všude a je důležitý mluvit o tom, co to je, jak to vypadá. Prostě nějaký awareness. Myslím, že nějaké kampaně, co běží, tak přesně tohleto dělají a nějakým způsobem to funguje. Samozřejmě spoustu lidí nad tím mávne rukou a jdou na další video, ale pořád jim něco zůstane v hlavě. Příklad je třeba tourettův syndrom, před pár lety nikdo nevěděl, co to je. Důležité je prostě o tom mluvit.“

R2: „A přijde mi ještě taky, že dneska dobrý vliv jsou sociální sítě. Ne vždycky tam jako je to dobrý, ale mnohdy taky jo, když to umí člověk nějakým způsobem vyselektovat a shodou okolností jsme to teď řešili v práci s kolegyní, kdy prostě její dcery přišly ze školy s tím a je to 5. třída, že prostě rozebírali dobrý a špatný vlivy na sociálních sítích, aby jako dokázali rozeznat to dobrý a špatný. A zrovna tam měli jednu představitelku, která jako nějakým způsobem provází a dává nějakou osvětu o PPP. Já myslím, že ji také sleduju a vím o koho jde, tak mi to přišlo jako dobrý. Docela dobře to vyselektovali a něco v těch dětech zůstalo. Dneska je to pro ně důležitý.“

R7: „Souhlasím, už jsem zmiňovala to bourání mýtů, ale je prostě důležité o tom mluvit. Jak říká R2, je taky důležité, aby učitelé dětem pomohli rozeznat ty kvalitní informace na internetu, sociálních sítích apod.“

Jak vnímáte tlak společnosti na dosažení "ideální" postavy?

R1: „Tam je to takový, že ideální postava se stává už „taková jaká seš“. Pak jsou samozřejmě nějaké topmodelky a další věci. Řekl bych, že ten tlak klesá. U holek, u kluků

neříkám, že někdy nějaký byl. Všeobecně já jako muž si myslím, že teda tlak na vás jako ženy je větší, ale myslím si, že už ten tlak není takový jako v minulosti. Takový to „jsi jako velryba“ apod., že už se neřeší.“

Moderátor: Já se tě ještě zeptám na tvůj názor na to, že naopak se z odborných zdrojů ukazuje, že ten tlak na kluky třeba i narůstá v rámci toho kultu, že ideální postava muže by měla být nasvalená, ale štíhla. Tohle ty třeba nevnímáš?

R1: „Tohle jsem teda moc nezaznamenal. Ideál muže, který se prezentoval bych popsal jako silnej, samostatnej, je vytesanej, ale pak zase jsou další skupiny, které říkají, že to tak není úplně pravda. Stylem, že jedni jsou vytesaní a další mají takové to „táta tělo“. Žádný tlak vytvářený na sebe asi jako nevidím, každý má asi něco. Jako jediný, co tak všichni na mě pořvávají, ať se najím, a to je asi jako jediný, protože já jsem byl vždy štíhlý. Já jsem asi takový tlak nezažil. Důležité je to mít v hlavě v pořádku, ale samozřejmě, když mají lidi nátlak od malička, že mají být topmodelky, vidí to všude v TV, v reklamách, na internetu. Jak jsou ty holky pěkný, namalovaný nebo takhle někdy to ani není vidět, že jsou namalovaný. Ale realita je, že třeba mají x plastik, jsou namalované, upravené a ty holky to mají jako vzor, přestože tak v životě nemůžou vypadat. Není to reálný. Jakmile se dostaneme do stavu, že všichni budou se sebou spokojený, nějakým způsobem.“

R3: „Já teda když z vlastní zkušenosti vidím, že ty starší lidi vůbec neznají pojem poruchy příjmu potravy a pak prostě do tebe jedou různý věci na tvou postavu, tak tam by taky měla být nějaká osvěta, aby prostě i ty starší věděli, že tohle si prostě dovolit nemůžou. A jako já tam ten tlak vidím. Zažila jsem si to, není to příjemný a zažít to už nechci, aby prostě nějaký starší pán nebo kdokoliv do tebe jel do tvé postavy. Ten tlak tam vnímám. A možná skrz i ty sociální sítě ten tlak je nižší v tom, že i ty holky ukazují, jak jejich tělo vypadá, ale jak i může vypadat. Občas můžete mít ploché břicho, ale když si sednete, tak tam můžete mít nějaký jiný tvary toho břicha, ale i tak tam ten tlak furt cítím.“

R5: „Mně připadá, že ten tlak se hrozně mění, ale že mi nepřipadá, že by jakkoliv zmizel. Mně připadá, že se spíš mění ta forma, která se propaguje, ale že ten tlak tam je pořád, a naopak mi připadá, že ty sociální sítě ve výsledku tam toho vidím čím dál tím víc asi jako algoritmus dobře, ale prostě tím, že vidím x-krát video nějakých Korejek, které jsou fakt jako vyžle a tančí a k tomu žerou obrovitánskou hlávku salátu, což mi přijde vyloženě nechutné, a to hned blokuji a pak jsou tam i takové ty pěkné věci. Dobří influenceri, kteří to dobře podají a snaží se pomoci těm lidem, ale ten pojem tlak se nemění. Jo to je chvíli

ta body positivita, pojd'me přibrat a mít ty faldíky a potom se zase říká, že být absolutně nemají, ale pořád je to ten tlak a je stejný, ale ten ideál se mění. “

R6: „Mně přijde, že ten tlak je pořád obrovský. Je pravda, že na sociálních sítích už je větší body positivity, ale jak v mém okolí, tak i prostě na těch sítích, tak mi přijde, že se to pořád řeší. Jak kdo vypadá a že takhle vypadat nemá a možná i od okolí, že vás lidi soudí. Třeba i tiše.. pohledy. “

R2: „Já můžu jenom souhlasit. Myslím, že třeba ještě odpouštím jak říkala R3 té starší generaci, nějakým způsobem, žili jinak, neznali to, nemluvalo se o tom, tak pro ně mám ještě pochopení či odpuštění, ale to je asi o nějaký mý povaze, že tam si říkám, že žili úplně v jiný době a už asi je nezměním, ale dám příklad, když jsem teď byla na preventivní prohlídce u své obvodní doktorky, která z daleka není seniorka, ale její 35 let, tak vlastně jediný její zájem byl o BMI a o to, že se mám přijít ukázat až zhubnu ještě 15 kilo a pak mi řekne, že už to bude dost dobrý. Říkám si, že kdybych nebyla relativně psychicky silný jedinec, tak možná odejdu z té ordinace jako uff tyjo, ten doktor řekl, že furt je to blbý, že furt musím makat, že kdyby to zůstalo, tak jak to je teď, že to dobrý není a jediný číslo na základě BMI je správný, tak to mi přišlo docela jako drsný. Ted' si myslím, že je to lepší, ale strašně dlouho byly i omezené velikosti v obchodech. Nebo takový velikosti, že jsem si říkala, kdo si je oblíkne. Moje babička má 55 kilo a má bundu XL a není od Vietnamců. I tady je to zvláštní svět. “

R7: „Tyjo to s tím BMI mám stejnou zkušenost od své doktorky a taky jsem se setkala s nevhodnými komentáři na tělo od doktorů. “

Ovlivňuje tento tlak nějak vaše chování v oblasti body image?

R5: „Já si myslím, že je to o nastavení člověka jako takovém. Každý je jiný a někdo může víc poslouchat to okolí a někdo je zase takový a ti docela vyhráli tihle lidé, kteří mají tu svou pravdu a prostě si v tom zůstanou. Mě to ovlivňuje brutálně. Já jsem měla problém v dospívání, a to mi připadá, že to bylo výrazně z té stránky sociálních sítí nebo od těch ostatních. Když jsem zkoumala proč nebo jak, tak jsem si vzpomněla, že mi něco táta říkal. Mně bylo fakt 12-13 a byla jsem asi baculatější a on mi řekl, když jsme byli v restauraci a měla jsem asi nějaký těžší oběd. Hej jako možná bys to jako nemusela sníst celý, trošičku jsi přibrala. A mně to pak furt zůstalo v hlavě a od toho momentu jsem se tomu začala nějak věnovat. Aha, tak abych byla pěkná, tak musím zhubnout. Potom třeba jako, že jsem se i setkala, že když mi bylo čtrnáct, tak existovali aj hodně moc profilů na Instagramu, kde tu anorexii zveličovali, jakože myšleno v pozitivním světle. Každý den tam přibývalo

x fotek, že to tělo takhle má být. Abych už to utla, tak podle mě to hodně ovlivňuje. Já jsem asi člověk, který se nechá ovlivnit jednoduše, ale určitě jako jo.“

R2: „Ano ovlivňuje, i když jsem odolnější a pracuji na tom, ale pořád jsme lidi, máme emoce a taky záleží i na konstelaci toho dne, ale na mě to má určitě vliv.“

R4: „Já si taky myslím, že to ovlivňuje, protože jsem tak 3 měsíce zpátky přišla do školy a spolužák, ačkoliv to nechtěl myslet zle, tak mi řekl hele ty jsi přibrala vid' a já jsem si v tu chvíli řekla asi bych s tím něco měla dělat, přestat jíst nebo začít cvičit nebo něco a pak se mi teda jako omlouval, že to myslel dobře, že mi to sluší víc, ale už tam v hlavě byla ta myšlenka začni se sebou něco jako dělat. Začíná si toho všimat okolí a asi to není jako dobrý.“

R7: „Hele na mě určitě. Možná už ne tolik jako dřív, ale prostě, když slyším nějaký komentář, tak si říkám, jestli bych neměla jíst jinak nebo prostě třeba víc cvičit nebo něco dělat se s sebou. Taky já mám zkušenost s akné, a to pak jsem si pořád kupovala nové produkty, protože mi třeba někdo řekl, že to mám hrozný.“

Jaké změny byste si přáli vidět ve společnosti, aby se snížil tlak na dosažení tělesného "ideálu" a zlepšilo se vnímání těla mladé generace?

R5: „Co mě pomohlo byla vlastně jedna věta z toho přírodního a faktického hlediska, co řekl můj vyučující na chemii a biologii a byla to poznámka, že každý člověk se narodil nějak a má nějaký metabolismus. Pokud chce člověk změnit tu postavu, tak se vždy vrátí k tomu, co je prostě zdravé a přirozené pro to tělo. Když je prostě někdo malý, tak prostě nemůže být vysoký. Každá máme nějakou specifitu a každý jsme jiní. Někdo má prostě širší ramena. Např. můžu zmínit takovou tu toxickou věc u dívek jako je mezera mezi stehny, tak to je vyloženě genetický věc a každé tělo je stavěné nějak a nemůžu chtít, aby vypadalo jako tělo někoho jiného. Prostě tento fyziologický a biologický pohled.“

Moderátor: To jsem moc ráda, že tohle téma přinášíš.

R2: „Možná jako kdyby si lidi víc všímali sami sebe. Neměli potřebu kritizovat ostatní. Nevím, jak toho docílit jo, ale přijde mi, že by všem bylo jako líp.“

Jaké jsou hlavní zdroje tlaku na dosažení tělesného "ideálu" ve vašem každodenním životě?

R6: „Za mě určitě rodina.“

R5: „U mě asi okolí jako obecně. Pokud mám někoho fakt hodně ráda to můžou být přátelé i rodina, a i když to ten člověk nemyslí špatně, ale řekne prostě nějakou poznámku,

tak se to ve mně mnohem víc zaryje než sociální sítě. Když je to prostě někdo blízký a řekne ty jsi strašně zhubla... a prostě víc to zabolí do té emoční sféry.“

R3: *„Já s tím souhlasím, taky asi jako ta rodina.“*

R4: *„Vnímám to taky z naší rodiny. To jsou furt nějaké připomínky, že bych se měla najíst a pak prostě i ta škola.“*

R7: *„Rodina a přátelé.“*

Vnímáte genderové rozdíly v tlaku na vzhled našeho těla?

R5: *„Ono se o tom jinak mluví. Mi připadá. Já se hodně bavila s mým kamarádem, který říkal ono je to stejný holky/ kluci akorát holky to víc řeší a baví se o tom a jsou víc, že se baví mezi sebou. U kluků je to prostě to jsme chlapi, neřešíme problémy, chlapi nebrečí, a to se prostě neřeší. Taky říkal, že s tím měl problémy a snažil se něčeho dosáhnout a má stejný pohled na to. Jenom se prostě třeba o tom nemluví nebo bojí mluvit. Spíš mi přijde, že zvenčí je asi ten tlak víc ne ženy, ale uvnitř to může být úplně to stejné.“*

R1: *„Já to potvrdím. Uvnitř je to stejný, ale nemluvíme o tom mezi klukama. Maximálně když jsme někde v gyму, tak se třeba o něco snažíme, nějak vypadat, ale není na nás takový tlak nebo takhle on asi na nás je stejný. Když jdeme někam do baru, tak za námi ty holky nechodí, ale když je někde nějaký ten pěkný kluk, tak třeba jako už to tu holku k němu víc táhne.“*

R3: *„Já si myslím, že ten tlak je tu na holky i na kluky. Akorát jak říká R5, asi to my holky víc řešíme a víc mluvíme o té naší zkušenosti. To i na sociálních sítích to téma spíše otevírají holky.“*

R2: *„Jako třeba u nás se řešilo, když přibral brácha, takže ten tlak není jen na holky.“*

Máte nějaké osobní strategie, které vám pomáhají zvládat tlak na dosažení tělesného "ideálu"? Jaké jsou tyto strategie?

R1: *„Mně nejvíce pomáhá humor. Umím si ze sebe udělat srandu a je mi jedno, jestli si z toho dělám srandu. Jestli mi někdo řekne, že jsem hubenej nebo tlustej, to by si snad nedovolil, ale že prostě nějak vypadám. Být vyrovnaný sám se sebou, věřit si, být spokojený a být obeznámen, že vypadám nějak. Ano, mohl bych vypadat nějak takto, dělám proto něco, nedělám.. jako jo a prostě snížím ten tlak, protože jsem s tím smířený. Toliko za mě prostě humor a ignorace.“*

R4: *„Já souhlasím. Brát to prostě nějak s humorem a celkem s ignorací. Jako když už je to potom moc, tak jako na to zareaguju a jsem dost nepříjemná.“*

R2: „Pro mě asi to vědomí, že ty lidi prostě soudí, ale nikdy nevědí, co je za obalem a proč ten člověk je jaký je a přesně já se sebou můžu být sama spokojená nebo vím, že prostě na něčem pracuju a nejlíp jak můžu. Asi nějaké to moje nastavení, že dělám nejlíp co můžu pro sebe, tak od sebe odrážím nějaké poznámky. Já jsem spokojená s tím, jak žiju a jsem spokojená.“

Jak si myslíte, že ovlivňují sociální sítě body image (tělesné sebepojetí) a mají vliv sociální sítě na vaše vnímání vlastního těla?

R5: „Já si myslím, že to teď ovlivňuje nejvíc nebo i ty všechny reklamy nebo influenceři, takže se myslím, že společnost je teď ovlivněná brutálně těmi sociálními sítěmi. Podle mě ovlivňuje každý aspekt života.“

Myslíte si, že se mohou nějak sociální sítě podílet na prevenci poruch příjmu potravy?

R1: „Myslím, že už to tady jako zaznělo prostě různé kampaně na těch sociálních sítích.“

R3: „Já se taky jen z opakují. Potom ty dobří influenceři, co sdílí tu reálnou podobu toho těla apod.“

Moderátor: Vidím, že všichni pokyvujete, takže se posuneme dál. Je pravda, že téma sociálních sítí tu už znělo dost. Zaznamenali jste trend „zotavovacích účtů“?

R3: „Já na Tiktoku sleduju holčinu, která si prochází anorexií. Teď teda nevím, jak se jmenuje. Dává tam i to, že byla v nějaké léčebně a vím, že existují takové účty.“

R4: „Já to taky viděla na Tiktoku. Ale taky si nepamatuji jména.“

R1: „Já jsem zotavovací účty vůbec nezaznamenal. Jedině takové ty progresové účty. O cvičení, kde postují progres toho těla.“

R6: „Počítá se do toho i účet Mojetělojemoje?“

Moderátor: To bych úplně nepočítala. Měl by to být opravdu účet, který spravuje někdo na své cestě z poruchy příjmu potravy, což mojetělojemoje úplně nesplňuje. Pokud sledujete někoho, kdo vytváří takový obsah, tak za jakým účelem?

R5: „Já jsem takový účet sledovala chvíli zpátky a mě to hodně pomohlo. Ona je myslím z Kanady. Jmenuje se Lindasen, ale říkala tam hodně o své cestě. Ups and downs a opravdu mi to pomohlo, když už jsem byla někde hloubš. Ukazuje tam i to, když jí není dobře, ale soustředí se právě na to, aby jí dobře bylo. Potom ještě jedna Češka, ale jméno nevím. Super nápady na recepty. Osobní zkušenost a ukázala tu zranitelnost. Poslouchala jsem i podcast, kde sdílela svou zkušenost a tím, že tam jsou v tom ty emoce, tak ten člověk se do toho může vcítit a víc se s tím srovnat.“

R3: „Mně se taky líbí, že ukazuje ty dvě strany. Jo, že si prochází tím léčením, a že to je prostě sluničkový, ale že ukazuje i ty špatné dny, kdy nejedla nebo není ve své kůži.“

R2: „Já mám pocit, že ta realita je vlastně motivací pro ostatní, ale pro mě určitě. Prostě když se ukazují ty cesty nahoru a dolů a všechny změny, které třeba přineslo i mateřství a je to motivace se prostě nevzdávat.“

Jaké faktory ve vašem životě nejvíce ovlivňují váš životní styl?

R5: „Pro mě to budou určitě lidé okolo mě, s kým se bavím, tak prostě já jsem hodně ten člověk, který potřebuje kolem sebe mít ty lidi, tak vlastně oni mají nějaké zvyky a jak s nimi trávím ten čas a často naberu ty jejich zvyky, ať už to je prostě ve stylu, že chodí často ven, tak taky budu chodit často ven. Pokud budou často chodit do hospody, tak budu taky často chodit do hospody. Plus ještě druhá věc je určitě ty povinnosti. Jsem maturitní ročník a jakmile má ten člověk víc povinností než volného času, tak hodně po tom aj strádá. Není na to tolik třeba čas.“

R3: „Já musím souhlasit, protože mě docela dost ovlivňuje práce. Nemáme tam moc času, tak se třeba i snažím rychle během 10 min najíst a většinou tam jsme do večerních hodin, takže můj přísun potravy není tak, jak by asi měl být. A pak přijedu domů a nechce se mi dělat nějaká večeře, která by měla výživovou hodnotu. Takže ta práce mě hodně ovlivňuje, protože je náročná a není tam moc času, abych mohla mít přestávky a svačinky, tak jak by to mělo být.“

R4: „Za mě taky školní režim a kámoši kolem mě.“

R2: „Já souhlasím s tím, co bylo řečeno. Určitě hlavně ta práce a škola, ale když ještě porovnáš město, kde bydlíš v rámci studia, což je poměrně velké město a město odkud pocházím, tak ta dostupnost taky není snadná. Já nevím, třeba i zdravá výživa je rozdíl nebo podniky nebo i nabídky lekcí na cvičení. Jsou omezený a moje možnosti s tím, třeba nejsou v souladu. Z mé zkušenosti mi to větší město nabídlo více možností. Samozřejmě jde to i na malém městě, ale je to těžší.“

R7: „Já taky souhlasím, že ta škola zabírá hodně času, což určitě má nějaký vliv na můj životní styl. Každopádně, já se nějak snažím nějak aktivně relaxovat.“

Moderátor: To je skvělý přídavek. Ještě chce někdo něco přidat? Dobře, tak se posuneme dál.

R6: „Mě ovlivňuje lenost a to dost. To je asi největší faktor a pak to, jak jsou třeba aktivní kamarádi a z té lenosti mě nějak podpoří. Hahaha.“

Moderátor: Ještě chce někdo něco přidat? Dobře, tak se posuneme dál. Jaké vaše osobní návyky nebo aktivity v rámci vašeho životního stylu považujete za nejúčinnější v prevenci poruch příjmu potravy?

R1: „Můj osobní návyk je, že když mám hlad tak jím, když nemám hlad tak ne. Ale to funguje pro mě, chápu, že ne pro každého.“

R5: „Mně se osvědčilo, což už není prevence, ale pomoc, jsou zrcadla. Mám v pokoji velké zrcadlo a je to vlastně problém, že pokaždé se vidím. Když jsem na tom byla nejhůř, tak jsem ta zrcadla zadělala. Zároveň, co mi pomáhá je ježdění na tábory, kde prostě nemáš na tohle čas se nějak sledovat v zrcadle a bylo mi o hodně líp, protože jsem tam neměla ten sebehodnotící aspekt.“

R2: „Dělat to co cítím, že potřebuju dělat. Je hezký, že si naplánuju dneska, že půjdu běhat, ale jeden faktor je, že bude pršet, tak to nebudu lámat přes koleno nebo, že mě něco bolí, a to není normální. To bylo pro mě důležité pochopit, že je zatím nějaká příčina a nějak s ní pracovat.“

R7: „Snažím se jíst zdravěji a chodím na tancování, takže mám i pohyb.“

R4: „To já taky, chodím na procházky s kámoškama, abych se cítila líp. Jako zase ne, tak často asi, jak by bylo potřeba. Haha.“

R6: „Nevím, jestli se to počítá, ale já občas omezuju čas strávený na sockách.“

Moderátor: Ano, určitě se to počítá.

R3: „To můžu taky potvrdit. Nějaký detox je občas potřeba.“

Jak vaše prostředí podporuje zdravý životní styl?

R2: „Já souhlasím s R5. Záleží, jakými lidmi se obklopíme a díky svým kamarádům, které mám, jsem aktivní jako jsem. Že by mě v tom podporovala rodina, škola nebo zaměstnání, tak to ani jedno k tomu moc není. Škola bere moc času, práce je sedavé zaměstnání a s rodinou je to komplikovaný. To jsme slyšeli mockrát. Já jsem ráda za ty přátele.“

R5: „U mě třeba ta rodina podporuje. Když jsem se rozhodla stravovat jinak, tak to třeba bylo pár dní, ale jinak pak to byla 100 % podpora a podporují nějaký přirozený pohyb. Ti přátele tam záleží na těch lidech a věku, ale buď tam mám lidi, kteří to vůbec nepodporují a mám je fakt ráda. Když jim řeknu, já jsem si teď zacvičila a oni ježiši proč, pojď s námi na pivo. A druhý tábor, kteří chodí cvičit každý den, a naopak jsou zase až moc takový tyjo já si dneska dám to a to. Já mám třeba takovou specifitu, že já mám 1,5 metru a hodně dostávám komentáře kolik toho sním.“

R7: „Jako u nás v rodině se vždy jedla taková ta česká klasika. A asi nemám pocit, že by tam byla nějaká velká podpora, ale na druhou stranu, když jsem s něčím přišla sama, tak to mě jako podpořili.“

R4: „No popravdě kámoši asi moc nepodporují zdravý životní styl. Rádi společně jdeme do mekáče nebo na nějakou párty. Ale jako zase s kámoškama chodím na procházky a v tom se podporujeme.“

Jakou roli hraje úroveň informovanosti mladých lidí při jejich rozhodování zdravého životního stylu?

R1: „Je to takový, že pro každého to je trochu jiné. Ty informace určitě někde jsou. To, jestli jsou dostupný, tak máme internet, takže dostupný jsou taky. Ale řekl bych, že jde i o motivaci nebo naopak dodržují nějakou dietu, pak ji dvakrát poruším a ono to nefunguje, protože třeba dodržuje jídelníček někoho jiného a není to stavěné pro něj. Pokud se bavíme o informacích pro mladé lidi, tak možná by mohla být hodina ve škole. Opět záleží na formě a na naší otevřenosti k daným informacím. Nějak ty informace třeba i vizualizovat, zjednodušit. Je to taky o stereotypu a nových informacích. Já si myslím, že v téhle době se snažíme ten stereotyp bourat.“

R2: „Taky je otázka, jaké informace se dostávají. Kvalita těch informací a možná někdy obráceně na druhou stranu jako je tu taky nějaká přehlcenost téma informacema. A jako jestli to neodradí toho mladého člověka, aby bádal. Určitě je důležité, jak se jim to podá. Jestli to byl nějaký zážitek. Když jsme dobře informovaní, tak to v nás něco vzbudit může. S ohledem taky na povahový rysy a vlastnosti, že prostě na to někdo bude imunní, ale někdo na to bude reagovat a mít ten zápal a zájem, že mají dost dobrých informací otázka je, jaké jsou ty informace.“

R1: „Já bych proto přidal, že každý máme ten životní styl jiný, tudíž když bychom jeli podle nějaké osnovy, tak ten člověk by si musel vyzobat ty informace, které platí pro něj. Jak říkala R2, tak těch informací je fakt tolik. Některé jsou špatný, některé platí jen pro někoho. No nějaké všeobecné informace by to chtělo. Obeznámit a pak je to na jednotlivci a pak odbornících.“

R7: „Já si pořád myslím, že je potřeba o tom tématu mluvit, a hlavně se soustředit na to, abychom rozeznali, že prostě nějaký jídelníček nebo workout program nemusí odpovídat tomu, co zrovna naše tělo potřebuje. Hlavně kolikrát jsou to fakt blbosti. Třeba různé detoxy těla, nebo diety, které vůbec nedávají smysl.“

R3: „*No já už jsem říkala, že si myslím, že informací by bylo potřeba více, protože i na tohle téma jsem si hodně věcí právě hledala sama nebo jsem prostě viděla hlavně na těch sociálních sítích.*“

Prošli jsme všechny otázky. Já vám moc děkuji. Už vás nechám jít a přeji hezký zbytek dne.

OTEVŘEME NOVÉ CESTY V PREVENCI PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

GOOGLE MEET

Jedinečná šance zapojit se do online focus group,
kde budeme diskutovat vše kolem prevence poruch příjmu
potrav –

a to vše z pohodlí vašeho oblíbeného křesla nebo postele!

DLE
DOMLUVY

CCA 1 HOD

**Pokud je ti mezi 15-23 let, máš funkční mikrofon,
kameru a chut' podělit se o své myšlenky,
tak hledám právě Tebe!**

Přidáš se?

Neboj se!

**Vše bude anonymní
a jedné studentce pomůžeš
dokončit vysokoškolské
studium.**



Ozvi se na:

fantova.iveta@seznam.cz

Nebo na můj IC

**Jako poděkování jsem si připravila
i losování o výherní balíček.**

**A hej, kdo nechce mít možnost říct,
že pomáhal ve výzkumném šetření,
zatímco ostatní
prokrastinovali na Instagramu?**

