

UNIVERSITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

BAKALÁŘSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM

2014-2017

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Michaela Ješátková

Mentální anorexie u dětí v ústavní výchově

Praha 2017

Vedoucí bakalářské práce:

PaedDr. Jarmila Klugerová, Ph.D.

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

BACHELOR COMBINED (PART TIME) STUDIES

2014-2017

BACHELOR THESIS

Michaela Ješátková

**Children whose suffered from anorexia nervosa in
instututional care**

Prague 2017

The Bachelor Thesis Work Supervisor:

PaedDr. Jarmila Klugerová, Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne

Jméno autorka(y)

Poděkování

Děkuji vedoucí bakalářské práce PaedDr. Jarmile Klugerové, PhD. za odborné vedení, věcné připomínky a čas, který mi věnovala.

Anotace

Bakalářská práce se věnuje tématu mentální anorexie v ústavní výchově. Práce je rozčleněna na teoretickou a praktickou část. Teoretická část se věnuje popisu termínů mentální anorexie, ústavní výchova, individuální plán rozvoje dítěte a standardy kvality péče v ústavní výchově. Praktická část obsahuje závěry dotazníkového šetření dívek v ústavní výchově a pedagogických pracovníků ústavní výchovy. Zabývá se zkoumáním jevu četnosti mentální anorexie v ústavní výchově a následné péči o dívky v ústavní výchově. Teoretická část je podpořena kazuistikou nemocné dívky v ústavní výchově. Zpracované teze vedou k doplnění Standardů kvality péče v ústavní výchově o problematiku péče o nemocné mentální anorexií.

Klíčová slova

Dětský domov, individuální plán rozvoje osobnosti dítěte, mentální anorexie, poruchy příjmu potravy, standardy kvality péče, ústavní výchova.

Annotation

This bachelor thesis deals with anorexia nervosa in an institutional care. It is divided into a theoretical and a practical part. The theoretical part deals with a description of phrases such as anorexia nervosa, institutional care, individual plan of child's development and quality care standards in institutional care. The practical part contains the findings of a questionnaire of girl's survey and the educational workers in the institutional care. It deals with the study of the frequency of the phenomenon of anorexia nervosa in institutional care and aftercare of girls in institutional care. The theoretical part is supported by a case report of diseased girls in institutional care. Processed theses lead to the Quality care standards complemented by the problematics of Care for Patients with anorexia nervosa.

Keywords

Anorexia nervosa, children's home, eating disorders, individual plan of child's personality development, institutional care, quality care standards

ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST.....	10
1 ÚSTAVNÍ VÝCHOVA.....	10
1.1 Popis činnosti.....	12
1.2 Klienti ústavní výchovy.....	14
1.3 Standardy kvality péče o děti v zařízeních pro výkon ústavní výchovy	16
1.4 Individuální program rozvoje osobnosti dítěte.....	17
1.5 Legislativní opatření.....	18
2 MENTÁLNÍ ANOREXIE.....	21
2.1 Rizikové faktory	22
2.2 Projevy a diagnostika	22
2.3 Spolupráce se školou	26
2.4 Možnosti léčby	28
2.5 Spolupracující organizace	29
PRAKTICKÁ ČÁST	31
3 VÝZKUM PŘÍZNAKŮ U DÍVEK V ÚSTAVNÍM ZAŘÍZENÍ.....	31
3.1 Cíl výzkumného šetření a výzkumné předpoklady	31
3.2 Metody výzkumu.....	32
3.3 Výsledky dotazníku pro dívky.....	33
3.4 Výsledky dotazníku pro pedagogické pracovníky ústavního zařízení	36
3.5 Kazuistika - Anna	39
3.5.1 Diagnostika MA a popis činnosti DD v péči o Annu	41
3.5.2 Individuální plán rozvoje osobnosti dítěte - Anna	46
3.5.3 Prognóza.....	48

4 VLASTNÍ DOTVOŘENÝ STANDARD KVALITY PÉČE O DÍVKY S DIAGNOZOU MENTÁLNÍ ANOREXIE V PROSTŘEDÍ ÚV.....	49
4.1 Doporučení pro praxi.....	50
ZÁVĚR	52
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	53
5 PŘÍLOHY.....	I
Příloha A - Grafy.....	I
Příloha B - Dotazník pro dívky.....	IX
Příloha C - Dotazník pro pedagogy.....	XI
Příloha D - Seznam zkratk.....	XIII
Příloha E - Standardy NÚV.....	XIV

Úvod

Poruchami příjmu potravy trpí většinou dívky. Těm je dost často už od mladého věku vštěpováno, že pro dívku je charakteristický její vzhled, proto by jej měla pěstít, pečovat o něj a zkrášlovat se. Není výjimkou, že je vzhled dáván do souvislosti s úspěchem, a to jak na poli vztahovém, tak i společenském a třeba i pracovním. A tak se většina dívek snaží dosáhnout ideálu krásy, který určuje společnost. Jak všichni ví, v současnosti je to neustále trend štíhlosti, který však již nejednu dívku přivedl až k poruchám příjmu potravy.

Poruchy příjmu potravy jsou už v současnosti poměrně dobře prozkoumaným problémem souvisejícím s psychikou. Léčba těchto poruch probíhá téměř vždy za spolupráce s odborníky z oborů psychiatrie a psychologie. Díky znalosti problematiky je tak možné se věnovat prevenci. K té by v ideálním případě mělo docházet už v rodině dítěte, a to vytvářením zdravých stravovacích návyků, ale i zdravému vztahu k sobě sama. V případě nefunkčních rodin, respektive případech, kdy je dítě umístěno do ústavního zařízení, tato možnost padá.

Předkládaná práce se ve svém obsahu zaměří právě na oblast mentální anorexie v ústavní výchově, neboť se zde jedná poměrně o vážný problém, který není dostatečně řešen. Mentální anorexie se u klientů s ústavní výchovou vyskytuje a je potřebné zakomponovat do Standardů kvality péče v ústavní výchově i specifika péče o klienty s poruchami příjmu potravy nebo jinými psychiatrickými nemocemi. To bude cílem této práce.

Text práce bude rozdělen na část teoretickou a část praktickou. Teoretické zakotvení práce se bude opírat o dvě problematiky, a to představení ústavní výchovy a poté mentální anorexie. V části praktické pak bude provedeno dotazníkové šetření v pěti zařízeních ústavní výchovy pro zjištění výskytu a případného řešení problematiky mentální anorexie v těchto zařízeních.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ÚSTAVNÍ VÝCHOVA

Ústavní výchova prezentuje z obecného pohledu takový typ výchovy, kdy se o výchovu nemohou postarat samotní rodiče dítěte. Z pohledu zákona je ústavní výchova nařizována ve chvíli, kdy „...výchova dítěte nebo jeho tělesný, rozumový či duševní stav, anebo jeho řádný vývoj vážně ohroženy nebo narušeny do té míry, že je to v rozporu se zájmem dítěte, anebo jsou-li tu vážné důvody, pro které rodiče dítěte nemohou jeho výchovu zabezpečit“¹. Nařídít ústavní výchovu může u nás soud, a to ve chvíli, pokud předtím realizovaná opatření nevedla k nápravě.

Soudem je pak v takovém rozhodnutí, kterým nařizuje ústavní výchovu, označí zařízení, do kterého má být dítě umístěno. Přitom se přihlíží k zájmům dítěte a k vyjádření orgánu sociálně-právní ochrany dětí. Soud musí zohlednit při umístění dítěte blízkost bydliště rodičů, případně jiných osob blízkých dítěti. To musí platit i ve chvíli, kdy se rozhoduje o přemístění dítěte do jiného zařízení pro výkon ústavní výchovy.² Při nařízení ústavní výchovy musí soud minimálně jednou za 6 měsíců přezkoumat, jestli neustávají důvody pro nařízení ústavní výchovy, případně není možné zabezpečit dítěti náhradní rodinnou péči. Toto přezkoumání musí probíhat za současného vyžádání si zprávy příslušného orgánu sociálně-právní ochrany dětí, zajištění vyjádření názoru dítěte, pokud je schopno si jej vytvořit a sdělit, dále bylo-li soudem vzhledem k jeho věku a rozumové vyspělosti řádně poučeno a rodiče sdělili své stanovisko.³

Ústavní výchova může být dítěti nařízena maximálně na dobu tří let. Před uplynutím tří let od jejího nařízení je možné ji ovšem prodloužit, pokud důvody pro nařízení ústavní výchovy přetrvávají. Toto prodloužení může být opakované, vždy ale maximálně o tři roky. Pakliže přestanou platit důvody, pro něž byla ústavní výchova

¹ Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů, § 971.

² Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů, § 971.

³ Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů, § 972.

nařízena, případně může být dítěti zabezpečena jiná než ústavní výchova, musí být ústavní výchova zrušena. Ústavní výchova zaniká také rozhodnutím soudu o osvojení.⁴

Ústavní výchova může být realizována v těchto zařízeních:⁵

- **Dětský domov** – stará se o děti podle jejich individuálních potřeb. Pro děti plní úlohu především výchovnou, vzdělávací a sociální. Záměrem všech aktivit konaných v rámci dětského domova je zajišťování péče o děti s nařízenou ústavní výchovou, které ale netrpí nějakými závažnějšími poruchami chování. Vzdělávání dětí z dětského domova je uskutečňováno klasicky ve školách, které buďto jsou nebo nejsou součástí dětského domova.
- **Dětský domov se školou** – instituce, do níž jsou umístovány děti s nařízenou ústavní výchovou, pokud mají závažné poruchy chování, či potřebují po přechodnou nebo trvalou duševní poruchu výchovně léčebnou péči. Když během povinné školní docházky pominou důvody zařazení dítěte do školy fungující v dětském domově, může být dítě přemístěno do školy, která není součástí dětského domova se školou.
- **Výchovný ústav** – slouží pro děti starší 15 let trpící závažnými poruchami chování, a u nichž byla nařízena ústavní výchova. K cílům výchovného ústavu patří hlavně naplňování úkolů výchovných, vzdělávacích a sociálních. U dětí se zvláště závažnými poruchami chování je možné jejich umístění do výchovného ústavu už od 12 let.

V ústavním zařízení je dětem poskytováno plné přímé zaopatření, a to:

- a) „stravování, ubytování a ošacení,*
- b) učební potřeby a pomůcky,*
- c) úhrada nezbytně nutných nákladů na vzdělávání,*

⁴ Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů, § 972.

⁵ Zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů, § 12-14.

- d) úhrada nákladů na zdravotní služby, léčiva a zdravotnické prostředky, které nejsou hrazeny ze zdravotního pojištění, pokud nebyly zdravotní služby vyžádány zákonnými zástupci dítěte,
- e) kapesné, osobní dary a věcná pomoc při odchodu zletilých ze zařízení,
- f) úhrada nákladů na dopravu do sídla školy.⁶

1.1 Popis činnosti

Popis činností zařízení pro výkon ústavní výchovy je možné čerpat z příslušné legislativy. Zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů tak vymezuje, že tato zařízení by měla zajišťovat náhradní výchovnou péči v zájmu zdravého vývoje dítěte, jeho řádné výchovy a vzdělávání. Dále by měly „...poskytovat preventivně výchovnou péči, a tím zejména předcházet vzniku a rozvoji negativních projevů chování dítěte nebo narušení jeho zdravého vývoje, zmírňovat nebo odstraňovat příčiny nebo důsledky již vzniklých poruch chování a přispívat ke zdravému osobnostnímu vývoji dítěte.“⁷

Mezi další činnosti pak patří také spolupráce s rodinou dítěte, poskytování jí pomoci při zabezpečování záležitostí ohledně dítěte, včetně rodinné terapie a navčování rodičovských a jiných dovedností důležitých pro výchovu a péči v rodině. Ústavní zařízení by měly dávat také podporu při přechodu dítěte do jeho původního rodinného prostředí, případně jeho přemístění do náhradní rodinné péče.⁸

⁶ Zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů, § 2.

⁷ Zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů, § 1.

⁸ Zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů, § 1.

Vališová, Kasíková a kol.⁹ hovoří o tom, že v zařízeních pro ústavní výchovu je speciálními pedagogy realizovaná výchovná, vzdělávací a nápravná činnost. Ta však musí být uskutečňovaná za spolupráce se sociálními pracovníky, klinickými psychology, dětskými a dorostovými psychiatry, případně i probační a mediační službou, policií a soudy pro mladistvé. Je zde praktikovaná resocializační a terapeutická péče dětem a mládeži z narušeného prostředí, jejichž mravní vývoj byl ohrožen nebo úplně selhal. Mezi důležité součásti nápravné činnosti by měla patřit socioterapie, která prezentuje pedagogicko-psychologickou pomoc a cíleně organizovanou pomoc pro dítě (klienta) při zvládnání socializačních problémů, při změně prožívání, myšlení, chování a vztahů způsobem, který dítě i pedagogický pracovník považuje za správný.

Práce, respektive výchova dětí v zařízeních pro ústavní výchovu se realizuje prostřednictvím **výchovné skupiny** nebo **rodinné skupiny**. Výchovné skupiny fungují především ve výchovném ústavu a tvoří ji zpravidla 5 až 8 dětí. Ve výchovném ústavu může být v jedné budově zřízeno maximálně 6 takových skupin. Do výchovných skupin jsou děti přiřazovány s ohledem na jejich výchovné, vzdělávací a zdravotní potřeby. V dětských domovech a v dětských domovech se školou jsou vytvářeny rodinné skupiny, které tvoří v dětském domově mezi 6 až 8 dětmi a v dětském domově se školou mezi 5 až 8 dětmi obvykle různého věku a pohlaví. Sourozenci bývají v jedné rodinné skupině, případně je možné je z výchovných důvodů rozdělit. V dětském domově i dětském domově se školou může být v jedné budově či v několika budovách v jednom areálu zřízeno alespoň 2 a maximálně 6 rodinných skupin. I zde se děti do rodinných skupin zařazují s ohledem na jejich výchovné, vzdělávací a zdravotní potřeby.¹⁰

1.2 Klienti ústavní výchovy

Do zařízení ústavní výchovy jsou umísťovány děti s nařízenou ústavní výchovou, jenž byly soudem svěřeny do péče konkrétního ústavního zařízení pro děti, které potřebují okamžitou pomoc, včetně dětí, které byly umístěny do péče ústavního

⁹ VALIŠOVÁ, Alena, KASÍKOVÁ, Hana a kol. *Pedagogika pro učitele*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, s. 343-344.

¹⁰ Zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů, § 4.

zařízení na základě žádosti rodičů, příp. osob odpovědných za jejich výchovu.¹¹ Vališová, Kasíková a kol.¹² vymezují klienty ústavní výchovy především jako děti ohrožené a narušené. V praxi jde nejčastěji o děti zanedbávané, týrané, zneužívané, mladé delikventy, děti, jejichž zdraví a život ohrožují násilnosti, prostituce, užívání návykových látek a další sociálně-patologické jevy.

Na základě zákona o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů je pak možné klienty ústavní výchovy blíže vymezit na základě zařízení, do kterých je možné takové děti umístit:¹³

- **Dětský domov** – klienty dětského domova mohou být děti ve věku obvykle mezi 3 až 18 lety věku. Jejich klienty mohou být rovněž nezletilé matky včetně jejich potomků.
- **Dětský domov se školou** – jeho klienty jsou rovněž děti s nařízenou ústavní výchovou se závažnými poruchami chování, případně vyžadující si kvůli přechodné nebo trvalé duševní poruše výchovně léčebnou péči. I zde se mohou umístit nezletilé matky a jejich děti, které nemohou být vzdělávány ve škole, jež není součástí dětského domova se školou. Děti umísťované do dětského domova se školou bývají ve věku od 6 let do ukončení povinné školní docházky.
- **Výchovný ústav** – klienty jsou děti starší 15 let s opravdu závažnými poruchami chování, s nařízenou ústavní výchovou nebo uloženou ochrannou výchovou. Klienty mohou být i děti mladší 15 let (od 12 let), u nichž existují tak závažné poruchy, že je není možné kvůli tomu umístit v dětském domově se školou.

¹¹ Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů, § 971.

¹² VALIŠOVÁ, Alena, KASÍKOVÁ, Hana a kol. *Pedagogika pro učitele*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, s. 343-344.

¹³ Zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů, § 12-14.

Zákon¹⁴ pak ještě děti umístované v zařízeních pro ústavní výchovu rozděluje podle specifických výchovných a vzdělávacích potřeb zajišťovaných v zařízení, a to podle stupňů na děti:

- samostatné adekvátně věku,
- samostatné s potřebou občasné kontroly,
- s potřebou občasného vedení a neustálé kontroly,
- nesamostatné s potřebou neustálého vedení i kontroly,
- s potřebou neustálé intenzivní individuální péče.

Pro vymezení klientů ústavní výchovy z legislativního pohledu je na místě si zde nastínit i problematiku specifických projevů a problémů, se kterými se tyto děti potýkají, a které mohou předurčovat jejich rizikovost pro vznik mentální anorexie. Vocilka¹⁵ například uvádí, že k častým potížím zejména ihned po umístění v ústavním zařízení bývá překonávání adaptačních nesnází. Odloučení od rodiny je v tuto dobu velkým zásahem do vývoje dítěte a děti to mohou vnímat odlišně. Mohou se objevit nepřiměřené reakce na výchovné požadavky pedagogů, nedůvěřivost a neschopnost přijmout zájmy a potřeby ostatních. Děti obvykle mají vlastní rodiče a umístění do ústavního zařízení vnímají za nespravedlivé odloučení od rodiny, za trest a omezení vlastní svobody. U těchto dětí je tak zapotřebí se snažit navodit atmosféru důvěry a objasnit jim, že se jim v ústavním zařízení dostane pochopení a pomoci.

Při dlouholetém pobytu se pak u dětí z ústavní výchovy může rozvinout vážné riziko tzv. hospitalismu, což je stav dobré adaptace na umělé ústavní podmínky, který doprovází zhoršující se schopnost přizpůsobení se neústavnímu, „civilnímu“ životu. V ústavním zařízení se dětem dostává plného zaopatření, někdo jim vaří, uklízí aj. Děti se setkávají s omezeným množstvím spoluobyvatel a s většinou nepočetným týmem profesionálů. Žijí v omezeném prostoru ústavu a jeho blízkého okolí. Je pochopitelně jednodušší orientovat se v takovém omezeném světě s redukovanými povinnostmi, než

¹⁴ Zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů, § 2.

¹⁵ VOCILKA, Miroslav. *Dětské domovy v České republice I.: Teoretická východiska*. 1. vyd. Praha: Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, 1999, s. 12.

v komplexním, neuspořádaném, velkém vnějším světě.¹⁶ Nutné je zde však podotknout, že ústavní péče prošla v tomto směru již velkých změn směrem k socializačním potřebám dítěte.

1.3 Standardy kvality péče o děti v zařízeních pro výkon ústavní výchovy

Otázka kvality je aktuálně diskutována v mnoha oblastech činností, týká se rovněž různých zařízení veřejné správy, sociálních služeb a nyní i zařízení pro výkon ústavní výchovy. Standardy kvality péče o děti prezentují poměrně čerstvou novinku, která nastavuje, jak by měla vypadat péče v dětských domovech, diagnostických či výchovných ústavech a dalších zařízeních. Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy je schválilo jako metodický pokyn v březnu 2015. Cílem Standardů kvality je zabezpečit srovnatelnou kvalitu v zařízeních skrze celou Českou republiku a tuto kvalitu i v budoucnu podporovat a zvyšovat. Tyto Standardy vycházejí z aktuálních vědeckých poznatků a praktických zkušeností. Na jeho vzniku se účastnili rovněž zástupci mladých dospělých s dlouholetou vlastní zkušeností se životem v zařízeních ústavní výchovy.¹⁷

Konkrétně nesou Standardy název „Standardy kvality péče o děti ve školských zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy a preventivně výchovné péče.“ Obsahem těchto Standardů je jak vymezení, tak i jejich naplnění v těchto základních cílech:¹⁸

- **Činnosti a informovanosti v ústavních zařízeních** – děti jsou informovány o tom, jak o ně bude v zařízení postaráno, s kým v zařízení budou umístěny, kdo o ně bude pečovat a co se od nich očekává. Zařízení by mělo mít zpracované informace o své činnosti, a to srozumitelně a dostupně dětem, osobám odpovídajícím za výchovu a dalším zúčastněným subjektům. Děti mají vědět, co mají dělat, pokud by se necítily spokojené. Informovanost se týká i existujících možností prevence a nápravy porušení práv a povinností dětí.

¹⁶ MATOUŠEK, Oldřich. *Ústavní péče*. Vyd. 1. Praha: Sociologické nakladatelství, 1995, s. 107.

¹⁷ NUOV. Zařízení ústavní výchovy pro děti se budou řídit novými Standardy kvality péče. [online]. [cit. 13-01-2017]

¹⁸ PACNEROVÁ, Helena a kol. *Standardy kvality péče o děti ve školských zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy a preventivně výchovné péče*. Praha: NUV. 2015. [online]. [cit. 2017-01-13]

- **Průběh péče a návazné služby** – přijetí, pobyt i odchod dítěte musí být uskutečněno s respektem k potřebám dítěte a jeho zájmům. Dítěti musí být k dispozici individuální podpora pro jeho komplexní rozvoj, realizovány vzdělávací a výchovné cíle a pro přípravu na samostatný život. Děti mají být podporovány v zachování vztahů s blízkými a měly by se podílet na rozhodování o významných aspektech jejich života.
- **Personální agenda** – děti se stará potřebné množství kvalifikovaných odborně podporovaných pracovníků znalých svých kompetencí a odpovědnosti. V zařízeních se dbá na prevenci a kontrolu pro eliminaci nevhodného jednání s dětmi.
- **Organizační aspekty** – zaměstnanci zařízení ví, kdo je řídí a komu se zodpovídají. Zařízení by mělo pravidelně sledovat a posuzovat naplňování svého poslání, cílů a kvality poskytované péče a bere ohledy na názory dětí, pracovníků a dalších zúčastněných.
- **Prostředí výkonu péče** – děti by měly mít zformováno bezpečné prostředí umožňující poskytování požadovaných služeb ve vztahu k jejich oprávněným zájmům a specifickým potřebám.

1.4 Individuální program rozvoje osobnosti dítěte

S dětmi je v zařízeních pro výkon ústavní výchovy zacházeno dle programu rozvoje osobnosti, který je vytvořen pro každé dítě individuálně. Program rozvoje osobnosti dítěte prezentuje plán výchovně vzdělávací péče o konkrétní dítě vypracovaný v zájmu rozvoje osobnosti dítěte v zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy, obsahuje reflexi současného stavu, diagnostické poznatky, cíl péče a jednotlivé postupy v různých oblastech života dítěte. Program rozvoje osobnosti dítěte vychází z povinnosti určené zákonem č. 109/2002 Sb. týkající se nezbytnosti vedení osobní dokumentace dítěte, jejíž musí být Program součástí.¹⁹

¹⁹ Zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů, § 34.

Zařízení pro výkon ústavní výchovy musí mít pro každé dítě vytvořen Program rozvoje osobnosti, který musí být implementován do programů a aktivit s dětmi a je živým nástrojem péče o dítě. S obsahem tohoto Programu musí být dítě seznámeno a mělo by mít možnost se k němu vyjádřit.²⁰

Do individuálních programů rozvoje osobnosti dítěte by se měly promítat cíle vzdělávací a výchovné činnosti, v nichž jsou zohledňovány věkové a individuální zvláštnosti každého dítěte. Individuální program rozvoje osobnosti dítěte se vytváří po příchodu dítěte do zařízení a zaměřuje se na jednotlivé komponenty výchovy, věk dítěte a jeho individuální potřeby. Plán rozvoje osobnosti dítěte se vytváří a posuzuje 2x ročně vždy na pololetí současně s dítětem.²¹ Vytváří jej pedagogický pracovník určený ředitelem. S programem by měli být vždy seznámeni všichni pedagogičtí pracovníci zařízení. Nezávazným podnětem pro vytvoření individuálního rozvoje osobnosti dítěte by měl být výchovně vzdělávací plán dle věku dítěte.

Formulář Programu rozvoje osobnosti dítěte je přílohou Standardů kvality péče o děti ve školských zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy a preventivně výchovné péče. Obsahuje devět bodů shrnujících střednědobé a krátkodobé cíle péče o dítě v zařízení, především vyhodnocení předešlých cílů a způsob dalšího vzdělávání, zapojení do zájmových aktivit, do odpovídajících skupinových, socializačních kontaktů a kontaktů s rodinou. Uvádí osobnostní charakteristiku dítěte, vztah dítěte k lidem, kontakt a vztahy s rodinou či dalšími blízkými osobami, sebeobslužné aktivity, vztah k povinnostem v zařízení, školní výsledky a potřeby, zájmy, kroužky a profesní orientace, další významné oblasti a přání dítěte.²²

1.5 Legislativní opatření

Jak již bylo zmíněno, problematikou ústavní výchovy se zabývá několik legislativních opatření. Tím hlavním je **zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní**

²⁰ PACNEROVÁ, Helena a kol. *Standardy kvality péče o děti ve školských zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy a preventivně výchovné péče*. Praha: NUV. 2015, s. 9. [online]. [cit. 2017-01-13]

²¹ Vyhláška č. 438/2006 Sb., kterou se upravují podrobnosti výkonu ústavní výchovy a ochranné výchovy ve školských zařízeních [online]. [cit. 2017-01-13]

²² PACNEROVÁ, Helena a kol. *Standardy kvality péče o děti ve školských zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy a preventivně výchovné péče*. Praha: NUV. 2015, Příloha 1. [online]. [cit. 2017-01-13]

výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů. Ten se ve svém obsahu řeší účel a působnost školských zařízení pro výkon ústavní výchovy nebo ochranné výchovy a pro preventivně výchovnou péči, detailně pak rozebírá péči v jednotlivých zařízeních pro výkon ústavní péče, klienty těchto zařízení a podmínky, které se v těchto zařízeních musí dodržovat. Vymezuje také podmínky výkonu pracovníka v zařízení pro ústavní výchovu, včetně práv a povinností dětí umístěných v zařízeních, ředitelů zařízení i vychovatelů. Věnuje se také úhradě péče v zařízeních, včetně kapesného pro děti.

Co se týče dalších legislativních opatření, které se dotýkají problematiky ústavní výchovy, zmínit lze i následující:

- **Vyhláška č.438/2006 Sb., kterou se upravují podrobnosti výkonu ústavní výchovy a ochranné výchovy ve školských zařízeních** – obsahem a rozsahem činností a organizace, podmínek provozu zařízení, postupy při umístování dětí do zařízení, umístování zdravotně postižených dětí, nezletilých matek, dětí cizinců aj. Uvádí i vzorový vnitřní řád zařízení.
- **Vyhláška č. 60/2006 Sb., o psychické způsobilosti pedagogických pracovníků školských zařízení pro výkon ústavní výchovy nebo ochranné výchovy a školských zařízení pro preventivně výchovnou péči a o podrobnostech o školení osob žádajících o akreditaci k oprávnění zjišťovat psychickou způsobilost (vyhláška o psychické způsobilosti pedagogických pracovníků)** – řeší detaily ohledně psychologického posudku a zjišťování psychologické způsobilosti.
- **Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí** – zabývá se zejména ochrannými opatřeními pro ohrožené děti. Ústavní výchově se pak věnuje přímo v Hlavě VI, § 28-30, kde se zabývá umístováním dětí do ústavní výchovy a sledování výkonu ústavní výchovy a ochranné výchovy.
- **Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník** – věnuje se vymezení ústavní péče a výchovy v § 971-975. Zaměřuje se především na úlohu soudu v umístování dětí do ústavní výchovy.

- **Zákon č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů** – vymezuje podmínky pro výkon povolání pedagogických pracovníků, vychovatelů (§ 16), jejich další vzdělávání aj.

2 MENTÁLNÍ ANOREXIE

Ačkoliv může mít někdo pocit, že mentální anorexie je moderní chorobou, která je reakcí na současné hodnoty a normy společnosti, historie mentální anorexie sahá daleko do historie. Už od starověku byly popisovány různé podoby porušeného příjmu potravy. V 5. století před našim letopočtem už Hippokrates hovoří o poruchách příjmu potravy, které popisuje jako asithia. První zmínka o dívce, jenž zemřela dobrovolně hladem, existuje od 14. století. Klinické obrazy, které by mohly korespondovat diagnóze mentální anorexie lze zaznamenat v 17. století. Nejdetailnější popis mentální anorexie pak přinesl anglický lékař Richard Morton (1637–1698). První hodnověrné případy mentální anorexie se pak začaly objevovat v literatuře až ve 2. polovině 19. století. William Stout Chipley, hlavní lékař ústavu pro duševně nemocné v Kentucky, definoval v roce 1859 tzv. sitiomanií, tehdy označovanou za „sitiofobii“. O rok poté francouzský lékař Louis-Victor Marcé zveřejnil článek o zvláštní podobě „hypochondrického deliria“. Pozoroval několik pubertálních dívek, které vykazovaly nechut k jídlu, z nichž některé celé měsíce skoro nic nejedly a byly vyhublé „kost a kůže“.²³

V současné době se mentální anorexie vymezuje jako „...*extrémní hmotnostní úbytek nebo věku neodpovídající hmotnostní přírůstek (převážně u prepubertálních a pubertálních děvčat) zapříčiněný jejich vlastní aktivitou spojenou s hlubokým přesvědčením o jejich nadváze i přes jejich evidentní podváhu. Jde o vědomé omezování příjmu potravy s následným hubnutím.*“²⁴ Gajdácsová²⁵ definuje mentální anorexii jednoduše jako „...*poruchu charakterizovanou úmyslným snižováním tělesné hmotnosti*“. Pacienti odmítají jídlo, ovšem ne v důsledku nechutenství, ale že nechtějí jíst, ačkoliv to sami většinou popírají a zmiňují odlišné důvody, např. nemohu. Nechutenství či oslabení chuti k jídlu je obvykle důsledkem hladovění. Papežová pro lepší pochopení problematiky přirovnává mentální anorexii k „...*nestvůře, která sedí postižené na ramenou a našeptává jí do ucha falešné rady a informace.*“²⁶

²³ PAPEŽOVÁ, Hana. *Spektrum poruch příjmu potravy. Interdisciplinární přístup*. Praha: Grada publishing, 2010, s. 20.

²⁴ KUKLA, Lubomír. a kol. *Sociální a preventivní pediatrie v současném pojetí*. Praha: Grada Publishing a.s., 2016, s. 209.

²⁵ GAJDÁCSOVÁ, Julie. *Poruchy příjmu potravy*. v: Sestra. 2010, [online]. [cit. 2017-01-13]

²⁶ PAPEŽOVÁ, Hana. *Anorexia nervosa*. Praha: Psychiatrické centrum 2000, s.11

První příznaky naznačující ohrožení mentální anorexií se obvykle objevují u mladších dívek v období mezi 13. až 16. rokem. Výjimečně postihne toto onemocnění již 8 leté dívky. Častěji postihuje toto onemocnění ženy, které uvádějí počátek svých problémů až v dospělosti. Pacienti s mentální anorexií se dožívají nižšího průměrného věku, zhruba jen 33 let, v tomto věku umírá až 20 % pacientů s mentální anorexií. Značná část pacientek navíc spáchá sebevraždu, část umírá v důsledku interkurentní infekce nebo při chirurgickém zákroku.²⁷

2.1 Rizikové faktory

Má se za to, že mentální anorexie je důsledkem vlivu sociokulturních faktorů, nepříznivých životních příhod, chronických problémů, neadekvátních sociálních a rozhodovacích dovedností, ale rizikové faktory se objevují i v rovině biologických a genetických faktorů. K rozvoji mentální anorexie dojde často tehdy, když je jedinec vystaven rizikovým faktorům pro držení diet a zároveň dalším vlivům nebezpečným z pohledu rozvoje psychických poruch (nepříznivé sebehodnocení, společenský tlak, špatné stravovací návyky, sklon k obezitě v rodině dívky aj.).²⁸

Kukla a kol.²⁹ uvádí, že se jedná o multifaktoriální onemocnění, tedy se na něm podílí vícero faktorů. Výzkum na dvojčatech a v rodinách naznačuje také úlohu genetiky v rozvoji mentální anorexie. Gájdácsová³⁰ má za to, že riziková je nejistota související se změnami v dospívání a v rodině, osobní zájmy, někdy může být příčinou i nešťastná náhoda. Obavy z tloušťky bývají obvykle psychického rázu – snaha vypadat jako modelka.

2.2 Projevy a diagnostika

K projevům mentální anorexie jednoznačně patří ubývání hmotnosti, které je způsobeno a udržováno úmyslně. Typická je rovněž specifická psychopatologie projevující se strachem z tloušťky, jež má povahu ovládaté až vtíravé myšlenky.

²⁷STUDENÁ, Radka. *Mentální anorexie*. v: Sestra. 2013, [online]. [cit. 2017-01-13]

²⁸STUDENÁ, Radka. *Mentální anorexie*. v: Sestra. 2013, [online]. [cit. 2017-01-13]

²⁹KUKLA, Lubomír a kol. *Sociální a preventivní pediatrie v současném pojetí*. Praha: Grada Publishing a.s., 2016, s. 209.

³⁰GAJDÁCSOVÁ, Julie. *Poruchy příjmu potravy*. v: Sestra. 2010, [online]. [cit. 2017-01-13]

Dochází k podvýživě, sekundárním endokrinním a metabolickým změnám a narušení tělesných funkcí. Snížení hmotnosti je dosahováno různě od hladovění (restriktivní neboli nebulimický typ), nebo přejídáním a navazujícím vypuzováním (purgativní, tedy bulimický typ – vyprovokované zvracení, zneužívání laxativ, diuretik, klyzmat). Pro mentální anorexii je charakteristické aktivní udržování abnormálně nízké tělesné hmotnosti, BMI³¹ méně než 17,5. Pacienti neodmítají jídlo z důvodu nechutenství, ale proto, že nechtějí jíst, ačkoliv to mohou popírat. Samotné nechutenství poté prezentuje výsledek hladovění. Často lidé s mentální anorexií projevují zájem o jídlo a o vše, co s jídlem souvisí. Současně s jídelními zvyklostmi se mění i jídelníček. U jídla převažuje úzkostné porovnávání se s ostatními, pozměňuje se jídelní tempo a chování u jídla. Pacienti nechtějí jíst ve společnosti, zvyšují svou fyzickou aktivitu s převahou neustávající potřeby „něco dělat“ a neschopností uvolnit se a „jen tak sedět“ (obsedantně-kompulzivní porucha). Typické je také nadměrné zaobírání se vzhledem své postavy a tělesnou hmotností. Objevuje se také mnohdy přerušování sociálních vazeb (uzavírání se do sebe).³²

Mentální anorexie také způsobuje ztrátu schopnosti cítit uspokojení či radost z věcí, které uvedené emoce vyvolávají u většiny lidí. Týká se to pochopitelně i jídla. Anorektici rovněž nedbají zpětné vazby od blízkých, kteří je upozorňují na jejich zhoršující se zdravotní stav. Charakteristická může být i přemrštěná askeze doprovázena nečekanou aktivitou a produktivitou. Pacienti s mentální anorexií se rovněž obsesivně zaměřují na některé hodnoty, které jim nahrazují uspokojení z obvyklých věcí, přičemž pro ostatní je jejich podstata těžko pochopitelná.³³

K typickým povahovým rysům pacientům s mentální anorexií patří např. sklon k perfekcionismu. Pacienti s mentální anorexií obvykle bývají hodně inteligentní, přesto nemívají zájem porozumět podstatě své nemoci a nezbytnosti léčby. Potřebují mít všechno pod kontrolou, bývají rovněž značně kritičtí nejen k sobě, ale i ke svému okolí. Silná vůle a touha být výjimeční jim pomáhá realizovat jejich přání a sny. Z mentální anorexie se může vyvinout mentální bulimie, pro kterou je typické opakované nevladatelné záchvaty přejídání, při kterých pacienti konzumují velké porce jídla

³¹ Body mass index = Index tělesné hmotnosti.

³² STUDENÁ, Radka. *Mentální anorexie*. v: Sestra. 2013, [online]. [cit. 2017-01-13]

³³ JANKŮ, Michal. *Mentální anorexie*. v: Zdravotnictví a medicína. 2005, [online]. [cit. 2017-01-13]

v krátkém intervalu. Po období přejídání se u pacientů objevují pocity tělesného diskomfortu současně s depresemi a pocity viny. Potom se objevuje opakované zvracení či užívání projímadel. V návaznosti na to pak dochází k elektrolytové dysbalanci a dalším somatickým komplikacím. U mentální anorexie převládá neúměrná kontrola tělesné hmotnosti, související s permanentním zabýváním se jídlem.³⁴

Janků³⁵ cituje výzkum amerických vědců, podle nichž je mentální anorexie provázena nadměrnou aktivitou v systému dopaminových receptorů D2/D3. Podle nich ženy s mentální anorexií disponovaly výrazně vyšším vazebným potenciálem dopaminových receptorů než ženy z kontrolní skupiny. Důvodem může být buď nižší koncentrace intrasynaptického dopaminu či zvýšením hustoty nebo afinity D2/D3 receptorů v uvedené oblasti. Dochází k tomu ve dvou oblastech bazálních ganglií – anteroventrální striatum (souvisí s modulací mechanismů odměny, učení a závislostí) a dorzální caudatus (zajišťuje odpovědné reakce na ohrožení). Lze to považovat za pravděpodobnou příčinu psychických změn souvisejících s mentální anorexií.

Studená³⁶ pak doplňuje, že hladovění má na pacienty významné biopsychosociální dopady. Lze u nich zaznamenat širokou škálu zdravotních problémů od méně závažných po bezprostředně život ohrožujících. Zmínit lze:

- poruchy metabolismu (katabolismus, proteinová a kombinovaná malnutrice),
- citlivost vůči chladu
- nárůst neobvyklého ochlupení na těle (lanugo),
- snížení tukové tkáně (deplece),
- typické zhoršení pleti a zhoršená kvalita vlasů a jejich vypadávání
- nemoci kůže (ekzémy, dermatitidy),
- kazivost zubů,
- bolesti hlavy (migrény),

³⁴ STUDENÁ, Radka. *Mentální anorexie*. v: Sestra. 2013, [online]. [cit. 2017-01-13]

³⁵ JANKŮ, Michal. *Mentální anorexie*. v: Zdravotnictví a medicína. 2005, [online]. [cit. 2017-01-13]

³⁶ STUDENÁ, Radka. *Mentální anorexie*. v: Sestra. 2013, [online]. [cit. 2017-01-13]

- trávící problémy (nauzea, pocity na zvracení, pyróza v důsledku refluxu kyselých žaludečních šťáv do jícnu, sekundární vředové onemocnění dvanáctníku a žaludku, poruchy funkce žlučníku a žlučových cest aj.),
- narušení funkce štítné žlázy (sekundární hypotyreóza),
- úbytek svalové tkáně,
- narušení kostního metabolismu (osteopenie, osteoporóza),
- zhoršení imunity (častější onemocnění dýchacích cest, zhoršené hojení ran),
- problémy v krevním obrazu (anemie, trombocytopenie, leukopenie, hypercholesterolemie, hypoalbuminemie aj.),
- problémy kardiovaskulárního systému (bradykardie, ortostatické kolapsy, kardiomyopatie, srdeční selhání u těžkých stavů podvýživy),
- vymizení menstruačního cyklu (amenorea),
- narušení sexuálních funkcí,
- psychické problémy (deprese, úzkosti, sebepoškozování) aj.

Psychický stav pacientů s mentální anorexií se mnohdy odvíjí od hmotnosti a míry sebekontroly. Pacienti jsou sebestřední, sebelítostiví, nejistí s úzkostnými prožitky. Hlavně pacientky mívají nutkavou potřebu od přílišného cvičení, častého uklízení nebo mytí nádobí. Mentální anorektičky mívají tendence „vykrmovat“ zbylé členy domácnosti. Hodně rády vaří, protože se u toho „nají očima“. Vůči tlaku okolí se snahou motivace pacienta ke změně reagují přecitlivěle nebo hystericky. Mívají potíže s orientací ve vlastních vnitřních pocitech, zhoršuje se koncentrace pozornosti, zhoršuje se rovněž intelektová výkonnost nebo schopnost řešit potíže (černobílé vidění světa). Zájem o okolí a to, co se bezprostředně netýká jídla, klesá. Převažuje adaptace na úlohu nemocných, chronických nebo duševně nemocných (recidivy, rehospitalizace).³⁷

Diagnostika vychází ze subjektivních příznaků:³⁸

³⁷ STUDENÁ, Radka. *Mentální anorexie*. v: Sestra. 2013, [online]. [cit. 2017-01-13]

³⁸ GAJDÁCSOVÁ, Julie. *Poruchy příjmu potravy*. v: Sestra. 2010, [online]. [cit. 2017-01-13]

- **nespecifické** – bolesti břicha, zácpa, plynatost, únavnost, ztráta energie, zimomřivost, nechut' diskutovat o jídle, hmotnosti a postavě,
- **specifické** – snížení váhy, úbytek svalstva, vymizení menses, poruchy potence, omdlévání, otoky, zvětšení příušní žlázy.

Diagnostická kritéria mentální anorexie podle MKN-10 (F 50.0) interpretuje Krch³⁹ následovně:

- Tělesná hmotnost se pohybuje alespoň 15 % pod předpokládanou úrovní (ať už byla snížena nebo nebyla nikdy dosažena), případně u dospělých BMI 17,5 a nižší. U prepubertálních pacientů není během růstu splněn předpokládaný hmotnostní přírůstek.
- Snížení hmotnosti si zapříčinil pacient sám vyhýbáním se jídlům, úmyslně zvrací, užívá laxativa, anorektika a diuretika.
- Neustávají obavy z tloušťky a zkreslená představa o svém těle jako neodbytná, což podněcuje pacienta k určení si velmi nízkého hmotnostního prahu.
- U žen amenorea, u mužů ztráta sexuálního zájmu a potence.
- Při počátku onemocnění před pubertou, se pubertální projevy opožd'ují či úplně zastaví.

2.3 Spolupráce se školou

Mentální anorexii mohou zaznamenat i pedagogové ve škole. Ti by měli být seznámeni s varovnými příznaky různých sociálně patologických jevů, tedy včetně počínající poruchy přijímání potravy. Ačkoliv by měl včasný záchyt tkvět především na rodině, v případě této práce pak na vychovatelích v ústavním zařízení, měla by se na něm podílet právě i škola a pedagogičtí pracovníci, neboť tam tráví děti i dospívající velkou část dne (jedná se v podstatě o povinnost vyplývající Metodického doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních⁴⁰). Z toho důvodu je důležité, aby i učitelé znali rizikové faktory vzniku

³⁹ KRCH, František. *Mentální anorexie*. 2., přeprac. vyd. Praha: Portál, 2010, s.65-69

⁴⁰ MŠMT. Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních. Praha: MŠMT. 2010.

onemocnění, uměli rozlišit rizikové skupiny dětí a základní příznaky onemocnění a dokázali případně zasáhnout už v době rozvoje onemocnění, eventuálně předali signál rodině.

V tomto směru je možné zmínit úlohu primární prevence na školách v souvislosti se Strategii prevence rizikového chování u dětí a mládeže v působnosti resortu školství, mládeže a tělovýchovy. Spektrum poruch příjmu potravy spadá do primární prevence rizikového chování u žáků v působnosti MŠMT, které se zaměřuje zejména na předcházení rozvoje rizik. Aktivita škol by měly být „...*cíleně směřovány k prokazatelně efektivní specifické primární prevenci a eliminaci aktivit z oblasti neefektivní primární prevence. K rozpoznání a zajištění pomoci včasné intervence nebo krizové intervence.*“⁴¹ Školy v tomto ohledu zpracovávají tzv. **Minimální preventivní program** (dokument školy orientovaný hlavně na výchovu a vzdělávání žáků ke zdravému životnímu stylu, na jejich osobnostní a emočně sociální rozvoj a komunikační dovednosti). Školní preventivní strategie prezentuje dlouhodobý preventivní program škol a školských zařízení a měl by být součástí školního vzdělávacího programu, vycházejícího z konkrétního rámcového vzdělávacího programu (či přílohy platných osnov a učebních plánů).

Zmínit lze zde úlohu **Metodika prevence** v pedagogicko-psychologické poradně a přímo na škole působícího **Školního metodika prevence**, v jehož povinnostech je mimo jiného součinnost s orgány státní správy a samosprávy, které řeší problematiku prevence sociálně patologických jevů, ale i dalšími odborníky, školou, je rovněž garantem spolupráce školy se zákonnými zástupci nezletilých žáků třídy. Funguje také jako poradce v zjištěných případech či při riziku rozvoje mentální anorexie u nějakého žáka.⁴²

Úloha učitele při rozpoznávání a řešení podezření na mentální anorexie ve třídě je taková, že by měl zajistit dítěti a případně rodině (respektive ústavnímu zařízení) zpětnou vazbu o určitých jídelních zvyklostech žáka, může pomáhat s prevencí mentální anorexie pro fyzické vzeřízení dítěte a jeho výkonu (hlavně učitelé tělocviku), doporučit

⁴¹ MŠMT. Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních. Praha: MŠMT. 2010, s. 1.

⁴² MŠMT. Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních. Praha: MŠMT. 2010, s. 5-7.

popř. zabezpečit kontakt s psychologem či lékařem. Neměl by zastávat úlohu lékaře a opatrně se pouštět do oblasti „zdravé výživy“ a redukce hmotnosti (doporučení mohou být jednostranně, neúměrně interpretována).⁴³

Vesměs se lze ale shodnout na tom, že úloha školy by měla být především preventivní, a to v rámci výchovného působení na žáky. V rámci programu výchovy ke zdravému životnímu stylu by měli učitelé využít všech svých možností.⁴⁴

- poskytnout žákům dostatek náležitých informací o výskytu, příčinách i důsledcích poruch příjmu potravy,
- směřovat žáky ke zdravým stravovacím zvyklostem,
- pomáhat vytvářet příznivé sociální klima ve škole,
- formovat podmínky pro osobnostní rozvoj žáků, pro posilování sebedůvěry se záměrem omezovat projevy sebedestruktivního chování.

2.4 Možnosti léčby

Léčba mentální anorexie nespočítá ve snaze pochopit onemocnění, ale respektováním logiky problémů a hledáme možnosti vedoucí ke změně. Léčba mentální anorexie může být efektivní jen tehdy, pokud je pacient ochoten spolupracovat, respektive sám si uvědomuje, že se na léčbě musí účastnit. Postup a metody léčby musí být přizpůsobeny závažnosti tělesného a psychického stavu. Cílem léčby je dosažení a akceptování zdravé tělesné hmotnosti. Léčba je realizována obvykle ambulantně, klinicky, prostřednictvím individuální psychoterapie, skupinové psychoterapie, farmakoterapie (psychofarmaka se předepisují dle přítomné psychopatologie, eventuálně antidepresiva při depresivní a obsedantně-kompulzivní symptomatologii).⁴⁵

Většinou je vždy nezbytné vyhledat odborného lékaře. V akutní fázi onemocnění je zapotřebí hospitalizace. Podstatné pro nemocného trpící mentální anorexií je dokázat přijmout pomoc rodiny a známých, mnohdy rovněž pomáhá seznámit se s lidmi, kteří

⁴³ MŠMT. Co dělat, když – *Intervence pedagoga*. Rizikové chování ve školním prostředí - rámcový koncept. Příloha č. 3: Poruchy příjmu potravy (mentální anorexie, mentální bulimie). Praha: MŠMT. [online]. [cit. 2017-01-13]

⁴⁴ KRCH, František, MARÁDOVÁ, Eva. *Výchova ke zdraví. Poruchy příjmu potravy: příručka pro učitele*. Praha: MŠMT. 2003, s. 21-22. [online]. [cit. 2017-01-13]

⁴⁵ STUDENÁ, Radka. Mentální anorexie. v: *Sestra*. 2013, [online]. [cit. 2017-01-13]

mentální anorexií prošli, a vyslechnout si jejich příběhy a rady.⁴⁶ Léčba mentální anorexie bývá dlouhodobá a komplexní. Podstatná je změna jídelníčku (rozšíření a úprava), akceptace větších porcí jídla, změna postoje k jídlu a úprava stravovacích návyků, přizpůsobení jídelníčku na základě potřeby různých situací. Důležitá je také změna v nahlížení na sebe (zdravé sebevědomí), obnova reprodukčních funkcí a předcházení návratu onemocnění, omezení cvičení se záměrem snížení hmotností, nehledat v aktivitě možnost kontroly vlastního těla, modifikace problematických postojů a chování vůči okolí (rodině, kamarádům, spolužákům) a mimo jiného naučení se zodpovědnosti vůči životu atd.⁴⁷

Gulášová a kol.⁴⁸ uvádí, že existuje také síť kvalitně vybavených středisek tzv. komplexní terapie, kde specialisté úzkého zaměření poskytují značný záběr psychotherapeutických metod včetně méně obvyklých lékařských postupů, jako např. akupunktura, akupresura, baňkování, léčba světlem, magnetická léčba, regresní terapie, autogenní trénink, relaxace, učení se správné meditace aj. Lze vyzkoušet i muzikoterapii či arteterapii, výjimečně je možné zkusit i hypnózu, která ale vždy patří do rukou zkušeného psychiatra. Možností a forem psychoterapie je vícero.

2.5 Spolupracující organizace

U dětí a dospívajících lze zmínit především úlohu **praktického lékaře** pro děti a dorost (či pediatra), který jako první pomýšlí na diagnózu poruchy příjmu potravy. Ten obvykle při léčbě navazuje spolupráci s **psychiatrem** pro zajištění správné realimentace dívek a řešení somatických komplikací, ale pochopitelně i v důsledku souvislosti s psychikou pacientek. Častým spolupracujícím lékařem je i **gynekolog**, který řeší endokrinní změny (amenorea), včetně snížení hladiny tyreoidálních hormonů kvůli sníženému bazálnímu metabolismu.⁴⁹

⁴⁶ KRCH, František, David., *Poruchy příjmu potravy*. v: Rodina a škola. 1999, č.10, s.22

⁴⁷ KRCH, František, David, *Copak rodiče nevidí, jak je hubená?* v: Psychologie dnes 2006, č 10, s. 26

⁴⁸ GULÁŠOVÁ, Ivica, GÖRNEROVÁ, Lenka, CETLOVÁ, Lada a kol. *Poruchy příjmu potravy – mentální anorexie*. v: Zdravotnictví a medicína. 2014, [online]. [cit. 2017-01-13]

⁴⁹ KOUTEK, Jiří, KOCOURKOVÁ, Jana. *Poruchy příjmu potravy – spolupráce psychiatra s pediatrem a gynekologem*. v: Pediatrie pro praxi. 2014, [online]. [cit. 2017-01-13]

Studená⁵⁰ uvádí, že osvědčená je úzká spolupráce s **rodinou**, přáteli nebo s pedagogem u mladších pacientů. Doporučuje se spolupráce rovněž s výživovým poradenstvím. Uplatňuje se také behaviorální terapie skrze změny chování a postojů, ergoterapie, muzikoterapie a další metody pod vedením zkušeného terapeuta. V souvislosti s terapií sekundárních projevů mentální anorexie je mnohdy zapotřebí i léčby gynekologické, endokrinologické, kožní a revmatologická, případně návštěvy jiných ambulantních poraden.

Gulášová⁵¹ pak uvádí, že je vhodné zapojit **zejména rodinu**. Při léčbě je velmi prospěšná a přínosná rodinná terapie, kdy do léčby vstupuje přímé vztahové okolí. Je ideální, když se na terapii spolupracují blízcí, pakliže mají pacientovu důvěru. Tím mu mohou značně pomoci, aby se naučili být laskavější i ke svému tělu a nekladli na pacienta neúměrné nároky. Zde je patrná značná rezerva v oblasti spolupráce ústavů (zastupujících rodinu). Rizikovým faktorem může být krátká doba pobytu dítěte v daném zařízení a tím nemožnost včasného zachytu příznaků nebo nedůvěra klientky k vychovatelům. Dalším velmi rizikovým faktorem v péči o nemocnou klientku bývá nemožnost ústavů získat informace o aktuálním psychickém a zdravotním stavu, zejména zletilých klientek zařízení.

V rámci školy se mohou na řešení a prevenci mentální anorexie podílet i pedagogicko-psychologické poradny. Zmínit lze i různé samostatně a nezávisle vznikající organizace, které svou činnost zaměřily na pomoc pacientům s mentální anorexií. Příkladem může být např. **Svépomocná asociace léčení psychogenních poruch příjmu potravy**⁵², která vznikla díky zahraničním zkušenostem pro péči o příbuzné i pacienty s poruchami příjmu potravy. Zajišťuje a podporuje skupiny pro rodiče, přátele a partnery pacientů s mentální anorexií, doléčovací skupiny, kluby pro pacientky a následnou péči. Zmínit lze např. i podobnou organizaci **Anabell** s pobočkami v několika městech ČR.

⁵⁰ STUDENÁ, Radka. *Mentální anorexie*. v: Sestra. 2013, [online]. [cit. 2017-01-13]

⁵¹ GULÁŠOVÁ, Ivica, GÖRNEROVÁ, Lenka, CETLOVÁ, Lada a kol. *Poruchy příjmu potravy – mentální anorexie*. v: Zdravotnictví a medicína. 2014, [online]. [cit. 2017-01-13]

⁵² SAPPP. *Svépomocná asociace léčení psychogenních poruch příjmu potravy*. [online]. [cit. 13-01-2017]

PRAKTICKÁ ČÁST

3 VÝZKUM PŘÍZNAKŮ U DÍVEK V ÚSTAVNÍM ZAŘÍZENÍ

V této kapitole je provedeno a interpretováno výzkumné šetření v ústavních zařízeních. Výzkumné šetření vychází z předpokladu, že v ústavním šetření se ve značné míře objevuje rizikové chování pro vznik mentální anorexie u dívek, přičemž v uvedeném zařízení nedochází k adekvátnímu zachytu těchto rizikových případů a jejich náležitému řešení, čemuž brání jak nedostatečné administrativní zakotvení problematiky, tak nedostatečné vzdělání pracovníků zařízení v problematice mentální anorexie a částečně i krátká doba pobytu dítěte v zařízení.

3.1 Cíl výzkumného šetření a výzkumné předpoklady

Cílem výzkumného šetření je zjistit výskyt projevů mentální anorexie u dívek v ústavním zařízení a způsoby zacházení s dívkami s rizikem mentální anorexie v ústavním zařízení.

Pro stanovený cíl byly vytvořeny tyto výzkumné předpoklady:

Výzkumný předpoklad 1: U více než poloviny dívek v ústavním zařízení se vyskytuje nejméně jeden z příznaků poruch příjmu potravy.

Výzkumný předpoklad 2: Dotázané dívky i pedagogové potvrzují, že projevy mentální anorexie v ústavním zařízení nejsou řešeny za spolupráce s odborníky.

Výzkumný předpoklad 3: Více než polovina pedagogických pracovníků potvrzuje, že jim v ústavním zařízení chybí metodický průvodce pro práci s pacienty s diagnózou mentální anorexie.

Výzkumný předpoklad 4: Více než polovina dotázaných pedagogických pracovníků nemá dostatek informací v oblasti řešení diagnózy mentální anorexie.

3.2 Metody výzkumu

Pro naplnění cíle práce byla zvolena kombinace metod dotazníku a kazuistiky. Dotazník prezentuje písemné kladení otázek a v případě této práce pak písemné kladení uzavřených (s nabídnutým počtem variant odpovědí) a polouzavřených otázek (s možností vybrat si ze zvolených variant odpovědí nebo dopsat odpověď vlastní). Dotazníky byly v této práci vytvořeny a použity dva. Jeden pro dívky nacházející se v ústavní výchově a druhý pro pedagogické pracovníky. Dotazník pro dívky navíc zahrnoval Orientační test jídelních zvyklostí, plus jsme položili navíc několik doplňujících otázek. Dotazováno bylo postupně celkem 52 děvčat z ústavní výchovy v období května 2016 do ledna 2017.

Věkové a místněpříslušné rozložení dotazovaných děvčat z ústavní výchovy:

	DD	DD	DD	DDS	VŮ	celkem:
10-13 let	3	4	4	6	0	17
14-16 let	6	6	5	4	3	24
17-19 let	4	1	1	0	5	11
celkem:	13	11	10	10	8	52

Vzhledem k citlivému tématu dotazování, byl použit dotazník, který mohly dívky i pedagogičtí pracovníci vyplňovat o samotě, v klidu a soukromí, a navíc jim dotazník poskytl anonymitu. Dotazníkové šetření bylo doručeno celkem do 5 zařízení pro ústavní výchovu: 3 dětské domovy, 1 dětský domov se školou, 1 výchovný ústav. Výstupem dotazníkového šetření je sestavení grafů, které graficky znázorňují četnost zkoumaného jevu. Pro přehlednost byly grafy barevně rozlišeny - modrou barvou odpovědi děvčat a zelenou barvou odpovědi pedagogických pracovníků. Grafy jsou obsahem přílohy.

Kazuistika je metodou průzkumu, kterou je možné zajistit analýzu sociálních důsledků vybraných životních příběhů. V této práci se bude jednat o příběh dívky s mentální anorexií vyrůstající v ústavním zařízení. Kazuistika prezentuje příběh výlučně jedné vybrané osoby. Cílem takové kazuistiky je jak obecně popis případu, ale i porozumění a závěry přesahující vybraný případ aj.⁵³ Informace pro vytvoření kazuistiky byly získávány jak zkoumáním související dokumentace (zprávy ze zařízení

⁵³ GULOVÁ, Lenka a Radim ŠÍP. Výzkumné metody v pedagogické praxi. Praha: Grada Publishing a.s., 2013, s. 72-73.

aj.), tak i rozhovory s pedagogickými pracovníky v zařízení a samotnou dívkou, včetně vlastního pozorování dívky.

3.3 Výsledky dotazníku pro dívky

Dotazníku se zúčastnilo celkem 52 dívek ve věku 10–13let (17dívek), 14–16 let (24 dívek) a 17-19 let (11dívek). První otázky prezentují zobrazení odpovědí na Orientační test jídelních zvyklostí.

1 Mám hrůzu z nadváhy, i když objektivně nejsem tlustý/á (mohu se tak ale cítit).

Převládala odpověď někdy (46,2 %), poté většinou ano (32,7 %), nejméně respondentek odpovědělo většinou ne (21,2 %).

2 Vyhýbám se jídlu, když mám hlad.

Někdy se jídlu vyhýbá 48,1 % dotázaných, většinou se nevyhýbá jídlu 44,2 % a většinou se jídlu vyhýbá 7,7 % dotázaných.

3 Před jídlem se mě často zmocňuje úzkost.

Úzkost před jídlem se většinou zmocňuje 38,5 % dívek, někdy pak 38,5 % a nezmocňuje 23,1 % dotázaných.

4 Vynechávám některé hlavní denní jídlo (snídaně, oběd, večeře) nebo kategorii potravin (například sladkosti nebo maso).

Některé jídlo vynechává až 76,9 % respondentek. Jen 19,2 % vynechává někdy a nevynechává pouze 3,8 % dotázaných.

5 Po jídle se cítím provinile.

Provinile se cítí po jídle 71,2 % respondentek, dalších 15,4 % pak někdy a 13,5 % se většinou necítí provinile.

6 Cítím, že ostatní mě nutí do jídla.

Dívky uvedly, že 40,4 % někdy cítí, že jsou nuceny do jídla, necítí se 38,5 % dotázaných a 21,2 % se tak většinou cítí.

7 Usilovně cvičím, abych spálila energii.

Usilovně většinou cvičí 19,2 %, někdy usilovně cvičí 38,5 % a necvičí 42,3 % respondentek.

8 Mám ráda prázdný žaludek.

Celých 73,1 % nemá rádo prázdný žaludek, 23,1 % má někdy rádo prázdný žaludek a 3,8 % většinou má rádo prázdný žaludek.

9 Snadno se cítím přejedený/přejedená.

Přejedených se často cítí 7,7 % dotázaných, dalších 42,3 % se tak cítí někdy a polovina dotázaných (50,0 %) se tak většinou necítí.

10 Cítím, že jídlo ovládá můj život.

Jen 1,9 % dotázaných uvádí, že jídlo většinou ovládá jejich život, dalších 17,3 % uvedlo, že je ovládá někdy. Poté 80,8 % uvedlo, že většinou necítí, že jídlo neovládá jejich život.

Toto byla poslední otázka Orientačního testu jídelních zvyklostí.

Z celkového počtu 52 dívek se zdá být vyhodnoceno 13 dívek pod normou (25 %), kdy se jeví potřebnost již specializované odborné pomoci v oblasti lékařství.

Další otázky byly doplňkové.

11 Cítíte se unavená?

Unavených se vůbec necítí 40,4 %. Výjimečně se pak unavené cítí 34,6 % respondentek, zbylých 26,9 % se cítí unavených někdy.

12 Míváte špatnou náladu nebo deprese?

Jen 17,3 % dotázaných uvedlo, že nemívají špatnou náladu nebo deprese. Dalších 38,5 % pak uvedlo, že výjimečně mívají špatnou náladu, 26,9 % ji mívá někdy a 7,7 % vždy. Zbylých 9,6 % dokonce uvedlo, že se léčí s depresí.

13 Jste spokojená s tím, jak vypadá Vaše tělo?

Větší polovina dotázaných se necítí spokojených se svým vzhledem. Konkrétně 28,8 % uvedlo, že určitě nejsou spokojeny, 53,8 % uvedlo, že spíše nejsou spokojeny. Jen 9,6 % uvedlo, že jsou spíše spokojeny a 7,7 % je spokojených určitě.

14 S kým řešíš svoje stravovací návyky?

Stravovací návyky řeší více než tři čtvrtiny dívek s tetou (76,9 %), poté to 13,5 % řeší s kamarádkou, 5,8 % pak s nikým a s lékařem jen 3,8 %.

15 Jak se řeší případné tvé problémy se stravovacími návyky?

Větší polovina dotázaných uvedla, že problémy se stravovacími návyky se řeší kázeňsky – výchovnými opatřeními, dalších 15,4 % nijak, poté 19,2 % pak promluvou a domluvou a jen 7,7 % s psychiatrem a psychologem.

3.4 Výsledky dotazníku pro pedagogické pracovníky ústavního zařízení

Dotazování se zúčastnilo celkem 25 pedagogických pracovníků z ústavních zařízení.

16 Objevují se u Vás v zařízení projevy mentální anorexie u dívek?

Z Grafu vyplývá, že projevy mentální anorexie se v zařízeních objevují. Celých 40,0 % dotázaných uvedlo, že má vlastní zkušenost, dalších 52,0 % má přenesenou zkušenost. Jen 8,0 % uvedlo, že ne.

17 U kolika dívek ze zařízení je podle Vás možné zaznamenat některé z projevů mentální anorexie?

Podle 80,0 % lze u větší poloviny dívek zaznamenat nějaký projev mentální anorexie. Podle 12,0 % jej lze zaznamenat mezi 41 až 50 % dívek a 8,0 % má za to, že lze zaznamenat mezi 31 až 40 % dívek.

18 S jakými projevy mentální anorexie se u dívek v zařízení setkáváte (můžete vybrat více možností)?

Nejčastějším projevem je odmítání potravy (96,0 %), poté nadměrné hubnutí (72,0 %), neustálé zabývání se jídlem (72,0 %) a depresivní stavy a úzkost (68,0 %). Ostatní projevy již méně.

19 Víte Vy osobně, jak jednat s dívkou, u níž existuje podezření na mentální anorexii?

Větší polovina respondentů neví, jak jednat s dívkou v riziku mentální anorexie. Tedy 24,0 % dotázaných uvedlo, že určitě neví, 40,0 % spíše neví. Jen 28,0 % spíše ví a 8,0 % ví určitě, jak jednat s takovou dívkou.

20 Pokud ano, odkud máte informace o tom, jak jednat v takovém případě (můžete vybrat více možností)?

Skoro polovina dotázaných uvedla, že nemá informace, jak jednat. Dalších 20,0 % má zkušenosti na základě předchozí zkušenosti, dále pak 24,0 % má zkušenost od kolegů a 8,0 % pak ze samostudia.

21 Je součástí, obsahem Vašich Standardů kvality i oblast mentální anorexie u dívek?

Oblast mentální anorexie není podle pracovníků obsahem Standardů kvality ve 100 %.

22 Jak se nejčastěji řeší ve Vašem zařízení, pokud zaznamenáte u dívky projevy mentální anorexie?

Celých 60,0 % uvedlo, že se takové případy řeší kázeňsky a 36,0 % uvedlo promluvu a domluvu a jen 4,0 % zajištěním psychologa/psychiatra.

23 Myslíte si, že jsou v rámci ústavní výchovy řešeny tyto problémy adekvátně?

Jen 12,0 % souhlasí, že jsou takové problémy řešeny adekvátně a dostatečně. Dalších 36,0 % má za to, že chybí znalosti, podle 28,0 % chybí administrativní zajištění, podle 20,0 % chybí spolupráce s odborníky a podle 4,0 % nejsou finance.

24 Věnujete se v ústavním zařízení prevenci mentální anorexie u dívek?

Prevenci se podle odpovědí nevěnují. Celkem 28,0 % uvedlo, že se určitě nevěnují, dalších 32,0 % se nevěnují spíše. Jen 28,0 % se věnuje spíše a 12,0 % se věnuje určitě.

VYHODNOCENÍ VÝZKUMNÝCH PŘEDPOKLADŮ

Výzkumný předpoklad 1: U více než poloviny dívek v ústavním zařízení se vyskytuje nejméně jeden z příznaků poruch příjmu potravy.

Výzkumný předpoklad lze potvrdit.

Na základě Orientačního testu jídelních zvyklostí bylo sice vyhodnoceno 25,0 % dívek v riziku, ovšem při pohledu na jednotlivé Grafy lze zaznamenat, že u některých odpovědí bylo více než polovina kladných odpovědí, zejména vynechávání jídla, pocity provinění po jídle, pocity špatné nálady a také nespokojenost s vlastním tělem.

Vychovatelé pak potvrdili, že nejméně jeden projev mentální anorexie zaznamenávají u větší poloviny dívek ve zkoumaném věku, v ústavní výchově.

Výzkumný předpoklad 2: Dotázané dívky i pedagogové potvrzují, že projevy mentální anorexie v ústavním zařízení nejsou většinou řešeny ve spolupráci s odborníky.

Výzkumný předpoklad lze potvrdit.

Řešení takových případů se podle výpovědi dívek i pedagogických pracovníků odehrává buďto jen domluvou nebo výchovnými opatřeními.

Výzkumný předpoklad 3: Více než polovina pedagogických pracovníků potvrzuje, že jim v ústavním zařízení chybí metodický průvodce pro práci s pacienty s diagnózou mentální anorexie.

Výzkumný předpoklad lze potvrdit.

Problematika není zahrnuta ani ve Standardech kvality péče a zřejmě ani nikde jinde.

Výzkumný předpoklad 4: Více než polovina dotázaných pedagogických pracovníků nemá dostatek informací v oblasti řešení diagnózy mentální anorexie.

Výzkumný předpoklad lze potvrdit.

Pokud pracovníci informace mají, pak je to buď na základě své zkušenosti, od kolegů nebo samostudiem. Z žádných materiálů či školení nemají potřebné informace.

3.5 Kazuistika - Anna

Jméno: **Anna**

Věk: 21 let, narozena 7.8.1995

Osobní anamnéza:

Anna vyrůstá v dětském domově od svých 5 let. Do domova přišla se svými dvěma staršími sestrami. Důvodem umístění bylo zanedbávání péče matkou, zneužívání, špatné sociální podmínky v rodině. Matka byla záhy trestně stíhána pro čin ohrožování mravní výchovy mládeže (za úplatu nechávala své dcery osahávat cizími muži).

Rodinná anamnéza:

Matka se dlouhodobě psychiatricky léčí se schizofrenií, se střídajícími se obdobími dobrovolného léčení a odmítáním léčby, nyní umístěna v ÚSP, kde se její stav stabilizuje. Otec již nežije, v době umístění děvčat do domova se léčil pro závislost na alkoholu. Sourozenci Aničky- 3 sestry, nejmladší vyrůstá v adopci (s Annou nejsou v kontaktu), obě starší sestry také umístěné v domově, nejstarší ze sester již opustila dětský domov – vystudovala vysokou školu zdravotnickou, pracuje jako porodní asistentka, mladší ze starších sester společně s Annou v domově. Děvčata matku v ÚSP navštěvují. Nyní se situace s umístěním matky do ÚSP zklidnila, dříve děvčata matka sama telefonicky nevhodně kontaktovala, dožadovala se financí nebo jiné pozornosti, za nejstarší ze sester docházela na internát, často se řešily nepříjemné situace, kdy matka rušila pořádek ve škole a na internátě. Vztah děvčat k matce v tuto dobu byl velmi negativně vyhraněný. Se zvyšujícím se věkem děvčat se pozornost k matce stabilizovala, nyní chápou matku jako nemocnou a jsou schopné matku tolerovat a v ÚSP navštěvovat. Návštěvy probíhají v klidné atmosféře, rádi se vidí.

Děvčata jsou dále v pravidelném kontaktu s tetami (sestry matky) a s dědou (otec matky). Na sociálních sítích se děvčata kontaktovala s rodinou otce, kterou záhy i navštívily.

Pedagogická anamnéza, zájmy:

Anička navštěvovala místní mateřskou školu. Počáteční adaptace na nové prostředí byla u Aničky nejkomplicovanější, z počátku nemluvila a jen postupně si budovala pozitivní vztah k tetám vychovatelkám. Mentálně se vyvíjela úměrně věku, záliby měla také úměrné jejímu věku, v kolektivu dětí spíše tichá.

Základní školu absolvovala s dobrými studijními výsledky, jejími zájmy byl sport, četba, ráda se věnovala malým dětem. Anička neměla nikdy žádné vážné kázeňské přestupky. Dokázala respektovat vychovatelky, v kolektivu dětí byla oblíbená. Zapojovala do činností, které domov nabízel, a úspěšně svůj domov reprezentovala. Byla často chválena za studijní výsledky, svou píli a svědomitost.

Střední školu zvolila se zaměřením na pedagogiku a počáteční obavy vychovatelů z dojíždění a z nového prostředí zvládla výborně, prospěchově zvládala střední školu také velmi dobře. Dobře se adaptovala i na prostředí internátu a rychle si získala přátelství spolužaček. Její hodnocení vychovatelů patřilo vždy ke kladným, spolupracovala v různých aktivitách domova – sportovních, pěveckých i divadelních. Domov nabízel i aktivity organizované pro domov občanskými sdruženími nebo nadacemi, které se konaly mimo zařízení, tyto aktivity však odmítala.

Maturitu Anička již díky svému diagnostikovanému problému mentální anorexie zvládla v pozdějším termínu. Na vysokou školu byla přijata, ale z důvodu hospitalizace nemohla docházet na přednášky, byla tedy vyloučena ze studia. Anna nyní studuje vyšší odbornou školu pedagogickou. Mezi její zájmy patří četba, sport, hudba a kultura.

Zdravotní anamnéza:

První signály a projevy psychické nepohody a mentální anorexie se začaly objevovat ve třetím ročníku střední školy, v době, kdy z domova odcházela nejstarší ze sester. Anička je na nejstarší sestru velmi fixována a jen těžko se smiřovala s myšlenkou, že děvčata budou mít jednu svůj osobní život mimo dětský domov. Aničky vývoj stagnoval, nedařilo se Aničku motivovat k zodpovědnosti sama za sebe, ráda nechávala tety a sestry rozhodovat za sebe. Anička se bránila dospět. Mezi její zájmy nyní patřily stolní hry a studijní povinnosti, stále odmítala chodit bavit se se svými vrstevnicemi do společnosti a vyhledávala společnost vychovatelek nebo mladších kamarádek.

Od roku 2014 diagnostikovaná mentální anorexie, absolvovala 2x hospitalizaci na Psychiatrické klinice oddělení poruch příjmu potravy 1.LF UK, jednou hospitalizovaná na psychiatrickém oddělení nemocnice v Jihlavě a interním oddělení nemocnice v Pelhřimově. Anička je v péči psychiatra, nyní bez medikace.

3.5.1 Diagnostika MA a popis činnosti DD v péči o Annu

- **6/2013**

Anička byla ve 3. ročníku střední pedagogické školy, během vyučování bydlela na internátě z důvodu nemožnosti každodenního autobusového spojení.

Počínající bolesti břicha (domluva dětského domova o pravidelnosti jídelníčku a jeho vhodné skladbě potravin, doporučeno navštívit obvodní lékařku). Prohlídka u obvodní dorostové lékařky proběhla po několika ústních intervencích, doporučeno užívat přípravek na úpravu střevní mikroflóry.

S dětským domovem sepsána Smlouva o prodlouženém pobytu v dětském domově po dobu studia, Anička projevila zájem a potenciál studia na vysoké škole.

Domluva dětského domova o pravidelném stravovacím režimu na internátě, Anička vynechává večeře a jí nevhodná jídla.

Z důvodu větší samostatnosti Anička přemístěna do cvičného bytu DD spolu se starší sestrou.

Odchod nejstarší sestry do samostatného života.

- **1/2014**

Konec pololetí třetího ročníku aktivně a důsledně věnovala přípravě na vyučování, zlepšila si celkově školní prospěch. Cílevědomě dál pracuje na školních povinnostech, v domově velmi chválena za celkový přístup ke vzdělávání, ale i k plnění povinností na skupině. Vyhledává aktivity nad rámec svých povinností, absolvoje výtvarný kurz, navštěvuje kurz hry na klavír, věnuje se hře na kytaru. Uvádí, že jejím vzorem je nejstarší sestra, také chce být kladně hodnocena a vyrovnat se sestřiným úspěchům (vysoká škola, spokojená v zaměstnání). Postupně začala ztrácet na váze, svůj nezájem o jídla maskovala tím, že ráda vařila a pekla v době víkendových pobytů na domově. Přiznala, že nedochází na internátě na večeře, a navrhla jejich odhlášení z důvodu

finanční úspory. Dětský domov s tímto návrhem nesouhlasil, kontaktoval personál internátu

- **7/2014**

Z důvodu přetrvávajících problémů se skladbou jídla a viditelnému úbytku váhy byla Anička dětským domovem doporučena konzultace s obvodní lékařkou. Anička odmítá, proto nutná telefonická intervence s paní doktorkou- provedeny kontrolní krevní testy v rámci nové registrace od dorostové lékařky k lékařce praktické. Na základě podaných informací dětským domovem praktické lékařce bylo vydáno doporučení k psychiatrickému vyšetření a doporučení na vyšetření gastroscopie.

- **10/2014**

Čtvrtý ročník střední pedagogické školy.

Intervence dětského domova a paní učitelky třídní ohledně špatných stravovacích návyků na internátě, řešeno se školním psychologem ve škole.

Vyšetření gastroscopie – v normě.

Domluva DD o zajištění psychiatrické péče, na základě doporučení obvodní lékařky. Anička stále neguje potřebnost psychiatrické péče (uvádí důvod, že není jako mamka).

Na opakované urgence DD Anička nereaguje, schůzku u psychiatra domluvil DD.

Anička na konzultace do psychiatrické ambulance dochází, avšak nespolupracuje.

Písemné upozornění DD o potřebnosti léčby a léčba jako podmínka k setrvání v DD. Upozorněna na možnost ukončení Dohody o prodlouženém pobytu v DD.

Anička hodnotí spolupráci s dosavadním psychiatrem jako špatnou, změnila psychiatra.

DD kontaktoval specializované zařízení zaměřující se na poruchy příjmu potravy, byl rezervován termín hospitalizace na tomto pracovišti.

- **11/2014**

Hospitalizace na specializované Psychiatrické klinice 1.LF UK , Ke Karlovu v době od 18.11.2014 do 21.1.2015, propuštěna na propustku o vánočních svátcích. Podmínka DD o nutnosti léčby stále trvá, Anička hospitalizaci neodmítá pouze z důvodu hrozby ztráty

bydlení a finančního zajištění, potřebnost léčby nevidí jako nutnou, přesto s hospitalizací souhlasí.

- **1/2015**

Propuštění z 1. hospitalizace - BMI 17

- **3/2015**

Stravovací návyky byly upraveny. Anička se stravuje pravidelně a vyváženě, ale stále ubírá na porcích jídla. Nedodržuje pitný režim, pije příliš mnoho. Demonstrativně ráda vaří, mluví o jídle a poučuje o vhodnosti a skladbě zdravého jídelníčku. Po propuštění jí bylo doporučeno kontaktovat psychiatra a docházet na doléčovací skupinu 1x za 14 dní. Stále jí chybí motivace k léčbě. Dětský domov domlouvá možnost přechodného bydlení u nejstarší sestry v Praze, jehož důvodem je možnost navštěvovat doléčovací skupinu. Anička s touto variantou souhlasí. Aničky sestra má vystudovanou vysokou zdravotnickou školu, mají spolu dobrý vztah. Dětský domov tak pobyt u sestry vyhodnotil jako vhodný. Nutná však byla opakovaná intervence k návštěvě ambulantního psychiatra. Psychiatr doporučil pravidelný týdenní přírůstek na váze, který se Aničce nedaří naplňovat. Odmítá gynekologické vyšetření – nemenstruuje, napomenutí DD, domluva.

- **4/2015**

Stále chybí motivace k léčbě, bydlení u sestry stanoveno dětským domovem jako podmíněčné k docházení na doléčovací skupinu. Psychický i fyzický stav Aničky se stále zhoršuje, je patrný úbytek na váze, častá podrážděnost, špatná kvalita vlasů, postupná ztráta sociálních kontaktů, narušené vztahy se sestrami a kamarádkami. Anička se připravuje na maturitu již na domově. Možnost bydlení u sestry byla dětským domovem zrušena. Mezi další příznaky se přidává ztráta zájmů, úbytek fyzické síly, unavitelnost při běžných denních činnostech, nespavost, podrážděnost

DD kontaktoval Psychiatrickou kliniku 1.LF UK oddělení příjmu potravy a žádá o termín hospitalizace. Z důvodu velkého počtu čekatelů na hospitalizaci nebyl termín stanoven. Anička je čekatelem v pořadníku.

- **6/2015**

Hospitalizace na interním oddělení nemocnice v době od 18.6. do 5.7.2015 pro velký úbytek váhy, výživa sondou.

Hrozba DD o ztrátě bydlení a finanční zajištěnosti Aničky stále trvá, proto souhlasí s hospitalizací, avšak na svůj zdravotní stav již nemá reálný náhled. DD čeká na termín hospitalizace na specializovaném pracovišti.

- **8/2015**

Hospitalizace Aničky na psychiatrickém oddělení spádové nemocnice z důvodu ohrožení života a kolapsu organismu. DD stále čeká na termín nástupu k hospitalizaci v Psychiatrické klinice 1.LF UK, DD telefonicky kontaktuje ošetřujícího psychiatra a domlouvá doporučení k hospitalizaci na 1.LF UK.

Během této hospitalizace Anička vypracovávala písemnou část maturitní zkoušky z tělesné výchovy. Po písemné žádosti o změnu konání maturitní zkoušky z praktické na písemnou formu ji bylo střední pedagogickou školou vyhověno. Praktickou část maturitní zkoušky nemohla vzhledem k fyzickému vyčerpání absolvovat. Přesto se podařilo vykonat úspěšně přijímací řízení na VŠ, kam byla přijata.

- **9/2015**

2. hospitalizace na Psychiatrické klinice 1.LF UK, BMI 11

- **11/2015**

Proběhla konzultace dětského domova s DDÚ – doporučena spolupráce se zdravotnickým personálem, Aničku motivovat k léčbě a setrvání v DD.

- **11/2015**

Během hospitalizace konzultace s ošetřující lékařkou 1.LF UK, Anička se opět dožaduje návratu na DD i přes nevyhovující zdravotní stav. Konzultace s paní doktorkou o daných hranicích na DD. Pokud si Anička nebude přát, aby se DD informoval na její zdravotní stav- nemůže počítat s pomocí dětského domova. Dětský domov má podporu ze strany zdravotnického personálu, doporučeno trvat na stanovených pravidlech a způsobu pomoci.

- **12/2015**

Konzultace s psychologem pečujícím o Aničku během hospitalizace při pravidelném sezení psychologa s rodiči. Doporučení: jasně stanovit a zopakovat pravidla pobytu v dětském domově, BMI v tu dobu lehce pod 16

- **2/2016**

Konzultace s ošetřujícím psychologem , BMI lehce pod 18, doporučení: trvat na docházení na doléčovací skupinu, stále riziko relapsu

Na specializovaném oddělení poruch příjmu potravy byla Anička již podruhé hospitalizována od 14.9. 2015 do 21.1. 2016. Začátkem léčby se projevovaly negativní postoje k léčbě. Nutné bylo podpořit léčbu antidepresivy. Pracovníkům dětského domova hrozila, že nebude akceptovat podávání informací dětskému domovu. Po konzultaci s ošetřující lékařkou v nemocnici bylo dětským domovem Aničce písemně doručeno vyjádření o vypovězení Smlouvy o prodlouženém pobytu v dětském domově při ukončení léčby a přerušeni hospitalizace dříve než její zdravotní stav dovolí, důvodem bylo neplnění povinností vyplývajících z této Smlouvy. Rigidní postoj k léčbě byl patrný do konce listopadu 2016, poté došlo k mírnému zlepšení, přírůstkům na váze a spolupráci při léčbě ze strany Aničky. Její zdravotní stav dovolovat vánoční návštěvu na domově, během vánočního pobytu dokázala, že je schopna sama dodržovat pravidelný stravovací režim, je motivovaná k další léčbě a zvyšování své váhy k hranici 18 stupňům BMI. Hospitalizaci lékařka ukončila 21.1.2016 a poté Anna docházela 3 měsíce do denního stacionáře, který vedli pracovníci 1.LF UK. Dětský domov zajistil přechodný pobyt v Praze. Po domluvě s ošetřující lékařkou a projeveném zájmu Aničky úspěšně pokračovat v léčbě byl dětským domovem zařízen lázeňský pobyt, který končil 30.5.2016.

Anička byla vyloučena ze studia na VŠ a dětský domov řešil možnost setrvání v domově nikoliv z důvodu nerespektování léčby, ale z důvodu ukončení studia. Anička projevila zájem dál studovat, proto během pobytu v lázních podávala přihlášky na

vysoké a vyšší odborné školy se zaměřením na pedagogickou činnost. Nyní je studentkou Vyšší odborné školy pedagogické a je stále klientkou dětského domova.

3.5.2 Individuální plán rozvoje osobnosti - Anna

V Individuálním plánu rozvoje osobnosti lze vyzorovat důsledky a projevy, které vycházejí z diagnostiky mentální anorexie. Zpracovány jsou hlavní body IPRODu, tato část se nevěnuje dalším bodům – hygiena, kontakty, jiné.

- **Osobnost**

Anička se jeví jako submisivní nekonfliktní introvert s občasnou tenzí, kterou řeší vulgaritami. Citově navázaná na sestry i pedagogický personál DD. V neznámém prostředí mívá obavy z neúspěchu, ze selhání, je váhavá, plachá, stydlivá, avšak ctižádostivá, studijní výsledky má dobré, svědomitě se připravuje na vyučování. Anička pro svou diagnostiku MA změnila své osobnostní rysy, uchyluje se ke lživým výmluvám v oblasti stravování, citově vydírá své sestry, širší rodinu i pedagogický personál DD. Mívá časté konflikty s pedagogy i vrstevníky a sestrami.

- **Kategorizace**

Anička byla zařazena dle zák. 109/2002 do kategorie a), v důsledku diagnostikované mentální anorexie musela být zařazena v kategorii c)

- **Vzdělávání**

Úspěšně absolvovala ZŠ, poté přijata na střední pedagogickou školu- učení zvládala celkem bez problémů, jen v matematice bylo nutné zajistit doučování. Zvládala hru na hudební nástroje, bavila ji tělesná výchova, dosahovala velmi dobrých sportovních výkonů, proto se začala ve 3.ročníku specializovat na tělesnou výchovu, kterou si vybrala i jako jeden z maturitních předmětů. Písemnou i ústní maturitní zkoušku zvládla, avšak pro MA nebyla schopna absolvovat praktickou část maturitní zkoušky z tělesné výchovy. V opravném termínu ji bylo umožněna písemná forma maturitní praktické zkoušky. DD úzce spolupracuje se školou (třídní učitelka, ředitel školy, vyučující tělesné výchovy) a vychovatelkami na internátě.

Přijata na vysokou školu pedagogickou, na kterou pro MA nemohla nastoupit, byla hospitalizována. Nyní po léčbě MA studuje vyšší odbornou školu pedagogickou, má ukončený 1.semestr. Učivo po fyzické i mentální stránce zvládá.

- **Zájmová sféra**

Anička je velmi pohybově nadaná, zapojuje se do sportovních atletických i cyklistických soutěží, ráda plave, lyžuje. Zajímá se o kulturu, dochází do dramatického a pěveckého kroužku. Motivací ji jsou přijímací zkoušky na střední školu- začala navštěvovat kroužek hry na klavír. Vlivem MA ztrácí fyzickou sílu na sport, uchyluje se k četbě, stolním hrám. V pozdějším stadiu se nesoustředí ani na četbu – hraje stolní hry.

- **Vztahy**

Vztahy s vrstevníky měla Anička vždy vyrovnané, nevyhledávala společnost vrstevníků s problematickým chováním, neměla výchovné problémy, respektovala vrstevníky, vychovatele, učitele. Problematický vztah k matce. Postupně Anička v důsledku MA ztratila bližší kamarádství všech vrstevníků, narušen byl i vztah k sestrám, časté konflikty s vychovateli.

- **Sebeobslužné činnosti**

Aničky sebeobslužné činnosti byly v průběhu času úměrné věku a schopnostem. Po dovršení 18 let se Anička nastěhovala do cvičného bytu DD, péči o domácnost také zvládá velmi dobře, má základy vaření, péče o své osobní věci, orientuje se dobře v oblasti financování, sama si spravuje svůj osobní bankovní účet. Dokáže si zorganizovat svůj čas, zodpovědně přistupuje k povinnostem. V důsledku MA bylo nutné stravování zajistit zpět v kmenové rodinné skupině.

- **Osamostatňování**

Po dovršení zletilosti byl sestaven plán osamostatnění se. Anička projevila zájem i vůli dál studovat na vysoké škole. S Aničkou byla sepsána Smlouva o dobrovolném pobytu v DD, ve cvičném bytě. V důsledku MA bylo nutné upravovat podmínky setrvání v DD, jako podmínka pro setrvání v DD byla Aničce uložena psychiatrická léčba. Aničce bylo doporučeno sehnat si v čase studijního volna brigádu.

3.5.3 Prognóza

Dětský domov vidí prognózu Aničky v současné chvíli za pozitivní. Po opakovaných hospitalizacích se nyní opět zapojuje do společenského života, zvládá studium, urovnaly se vztahy se sestrami, se širší rodinou, s vychovateli. V době studijních povinností je Aničce zajištěno samostatné bydlení mimo DD. Na domov se vrací o víkendech, je opět schopna organizovat svůj volný čas, je schopna zvládat všechny povinnosti, péči o domácnost. Jejím plánem je dostudovat, cestovat a pracovat v mateřské školce. Pravidelně dochází do psychiatrické ambulance, medikaci neužívá. Stále se ovšem nedaří Aničku zapojit na trhu práce, nabízené brigády o letních prázdninách odmítá. Intervence pedagogických pracovníků v oblasti stravovacích návyků je stále nutná.

4 VLASTNÍ DOTVOŘENÝ STANDARD KVALITY PÉČE O DÍVKY S DIAGNÓZOU MENTÁLNÍ ANOREXIE V PROSTŘEDÍ ÚV

Na základě zjištěných informací doporučujeme rozšíření stávajících Standardů kvality péče o děti ve školských zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy a preventivně výchovné péče o bod věnující se této problematice.

Do bodu 2 B Výkon péče přidat následující:

- Zařízení aktivně předchází vzniku nezdravých jídelních návyků a jejich negativních dopadů vedoucí až k případnému rozvoji poruch příjmu potravy. Činí tak prostřednictvím informovanosti dětí o zdravém způsobu stravování, o zdravém vnímání sebe sama a svého těla, včetně důsledků takového nezdravého stylu stravování.
- Pedagogičtí pracovníci aktivně vyhledávají a vyhodnocují rizikové děti z pohledu nezdravého životního stylu, který by mohl vést až k poruchám příjmu potravy a předávají takové děti k psychiatrickému vyšetření.
- Dítě je podporováno k vytváření zdravých stravovacích návyků a současně k utváření zdravého sebevědomí a sebepojetí vlastního těla.
- 2.12. Zařízení zajišťuje prevenci, viz. výše a sestaví plán krizových situací (kdo situaci řeší, koho informuje, na koho a kam se obrací z řad odborné lékařské péče). Zařízení zajišťuje v odůvodněných případech hrozícího rizika poruch příjmu potravy či jiných problémů vyžadujících zásad odborníka spolupráci s místně příslušnými specialisty na danou problematiku.
- 2.12. Zařízení uspořádá případovou konferenci za účasti lékařských a pedagogických odborníků a pracovníků OSPOD a nachází vhodné společné postupy řešení problematiky konkrétní klientky.
- 2.13. Zařízení zajišťuje svým klientům dostatek informací k dané problematice a ověřuje, zda se klienti v dané problematice dostatečně orientují (besedy, individuální pohovory,...). Doporučuje odkazy na organizace se zaměřením na

danou problematiku, v případě MA webové poradny nebo kontaktní centra Anabell

- 2.14 Zařízení pracuje s celou rodinou, využívá pozitivních vztahů v rodině k nalezení společného řešení situace.
- 2.33. Zdravotní sestra v zařízení jako součást pracovního týmu.
- 2.34. Zařízení má zpracovaný seznam odborníků směřující k řešení zdravotních problémů, má zpracovaný postup k zajištění další péče po ukončení ÚV.
- 2.37. Zařízení má sestavený program pro ukončování pobytu dítěte v zařízení.

Do bodu 3 Personální agenda by bylo vhodné přidat následující body:

- 3.5. Zařízení zajišťuje pedagogickým pracovníkům školení v oblasti rozvoje zdravého životního stylu
- Zařízení zajišťuje pedagogickým pracovníkům vzdělání v oblasti prevence vzniku poruch příjmu potravy.
- 3.6. Zařízení zajišťuje intervizi a supervizi při řešení jednotlivých pedagogických postupů.

Do bodu 4 Organizační aspekty je pak vhodné přidat bod:

- 4.4. Zařízení má písemně definovaná pravidla pro postup řešení vybraných sociálně patologických jevů dětí, včetně rizika a rozvoje poruch příjmu potravy. Se zdravotnickými zařízeními provádí konzultace klíčový pracovník dítěte.

4.1 Doporučení pro praxi

Na základě provedených dotazníkových šetření a prezentované kazuistiky lze vymezit obecně následující doporučení směřující k zařízením:

- Naplnit stávající Standardy kvality péče a doplnit o problematiku mentální anorexie v daném zařízení konkrétními postupy a možnostmi spolupráce s odborníky dané problematiky.
- Zajistit pracovníkům ústavních zařízení vzdělání v oblasti prevence a řešení poruch příjmu potravy u dívek v ústavní výchově – školení.
- Vytvořit metodické pokyny, podle kterých by se pedagogičtí pracovníci mohli řídit při identifikaci rizika rozvoje poruchy příjmu potravy u některé z klientek ústavního zařízení.
- Navázat spolupráci s odborníky v oblasti řešení a prevence poruch příjmu potravy.
- Zajistit pro klientky ústavního zařízení přednášku na téma poruchy příjmu potravy.
- Motivovat pracovníky zařízení k aktivnímu preventivnímu působení na dívky (na základě absolvovaného školení) – nabídka konzultace stravovacích návyků s odborníkem, komunikace v oblasti sebepojetí, cvičení apod.
- Rozšířit možnosti řešení rizika vzniku poruch příjmu potravy o opatření lékařské – návštěva psychiatra nebo možnost konzultací pedagogických pracovníků k jednotlivým konkrétním příznakům klientů
- Zajistit následnou péči po odchodu ze zařízení.

ZÁVĚR

Předkládaná bakalářská práce se zaměřila na problematiku mentální anorexie v zařízeních pro ústavní výchovu. Text práce byl rozdělen na část teoretickou a část praktickou. Teoretické zakotvení práce se opíralo o dvě problematiky, a to představení ústavní výchovy a poté mentální anorexie. V části praktické pak bylo provedeno dotazníkové šetření v pěti zařízeních ústavní výchovy pro zjištění výskytu a případného řešení problematiky mentální anorexie v těchto zařízeních.

Z práce vyplynulo, že problematika mentální anorexie v ústavním zařízení se může týkat až poloviny umístěných dívek. V souvislosti s tím však naprosto chybí jakékoliv znalostní, metodické, ale i organizační zajištění řešení této problematiky, a tak aktuálně dochází k tomu, že i když pracovníci zařízení identifikují u dívek některé z projevů mentální anorexie, v jejich možnostech je řešení této problematiky výlučně buď jen domluvou nebo kázeňsky – výchovnými opatřeními, což nelze považovat za adekvátní řešení situace.

V práci tak byla navržena některá opatření viz. kapitola 4 , strana 49, která by do budoucna ideálně měla být zakomponována jak do Standardů kvality péče o děti ve školských zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy a preventivně výchovné péče v tak i v interních předpisech jednotlivých zařízení. Součástí prevence a řešení této problematiky by se mělo stát i navázání spolupráce s patřičnými odborníky (psychiatry, psychology), ale i samotné rozšíření vzdělání v oblasti prevence, identifikace a řešení mentální anorexie pro pedagogické pracovníky ústavních zařízení.

Navržených opatření bylo vícero a je zjevné, že jejich uvedení do praxe bude vyžadovat čas a další jednání s odborníky. Pravdou však je, že problematika mentální anorexie existuje v zařízeních ústavní péče ve zvýšené míře. Je současně třeba si uvědomit, že prognóza poruch příjmu potravy je velmi špatná a dívky s touto nemocí obvykle bojují už celý život, proto by se této tematice rozhodně měla v budoucnosti věnovat zvýšená pozornost i v následné péči po odchodu ze zařízení.

Seznam použitých zdrojů:

Seznam použitých českých zdrojů

GULOVÁ, Lenka, ŠÍP Radim. *Výzkumné metody v pedagogické praxi*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2013, 245 s. ISBN 978-80-247-4368-4.

KRCH, František David. *Mentální anorexie*. 2., přeprac. vyd. Praha: Portál, 2010, 259 s. ISBN 978-80-7367-807-4.

KRCH, František David. *Copak rodiče nevidí, jak je hubená?*. Psychologie dnes 2006, 12(10), s. 25-27. ISSN 1212-9607.

KRCH, František David. *Poruchy příjmu potravy - problém dospívání*. Rodina a škola, 1999, 46(10), s. 22. ISSN 0035-7766.

KUKLA, Lubomír. a kol. *Sociální a preventivní pediatrie v současném pojetí*. Praha: Grada Publishing a.s., 2016, 456 s. ISBN 9788027192236.

MATOUŠEK, Oldřich. *Ústavní péče*. 1.vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1995, 138 s. ISBN 80-85850-08-7.

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

PAPEŽOVÁ, Hana. *Anorexia nervosa: příručka pro všechny, kteří nemocí trpí - postižené samotné, jejich rodiny, přátele, partnery a některé odborníky (učitele a lékaře první linie)*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2000, 76 s. ISBN 80-85121-32-8.

VALÍŠOVÁ, Alena, KASÍKOVÁ, Hana a kol. *Pedagogika pro učitele*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007,. ISBN 978-80-247-1734-0

VOCILKA, Miroslav. *Dětské domovy v České republice I.: Teoretická východiska*. 1.vyd. Praha: Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, 1999, 55 s. ISBN 80-902667-6-2.

Seznam použitých internetových zdrojů

GAJDÁCSOVÁ, Julie. *Poruchy příjmu potravy*. Sestra, 2010. [online]. [cit. 2017-01-13], Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/poruchy-prijmu-potravy-450968>

GULÁŠOVÁ, Ivica, GÖRNEROVÁ, Lenka, CETLOVÁ, Lada a kol. *Poruchy příjmu potravy - mentální anorexie*. Zdravotnictví a medicína, 2014 [online]. [cit. 2017-01-13], Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/poruchy-prijmu-potravy-mentalni-anorexie-476799>

JANKŮ, Michal. *Mentální anorexie*. Zdravotnictví a medicína. 2005, [online]. [cit. 2017-01-13], Dostupné z: http://zdravi.euro.cz/domaci-lekar/clanek?seo=mentalni-anorexie-je-provazena-abnormalni-aktivitou-dopaminovych&category=profesni-aktuality&id=167837&seo_name=postgradualni-medicina-priloha

KOUTEK, Jiří, KOCOURKOVÁ, Jana. *Poruchy příjmu potravy – spolupráce psychiatra s pediatrem a gynekologem*. Pediatrie pro praxi. 2014, [online]. [cit. 2017-01-13], Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2015/01/03.pdf>

KRCH, František, MARÁDOVÁ, Eva. *Výchova ke zdraví. Poruchy příjmu potravy: příručka pro učitele*. Praha: MŠMT. 2003. 32 s. [online]. [cit. 2017-01-13], Dostupné z: https://is.muni.cz/th/322639/pdf/b/priloha_prirucka_pro_ucitele.txt

MŠMT. *Co dělat, když – Intervence pedagoga. Rizikové chování ve školním prostředí - rámcový koncept. Příloha č. 3: Poruchy příjmu potravy (mentální anorexie, mentální bulimie)*. Praha: MŠMT. 4 s. [online]. [cit. 2017-01-13], Dostupné z: www.msmt.cz/uploads/Priloha_11_Zaskolactvi.doc

MŠMT. *Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních*. Praha: MŠMT. 2010. 14 s. [online]. [cit. 2017-01-13], Dostupné z: www.msmt.cz/file/20273_1_1/

NUOV. Zařízení ústavní výchovy pro děti se budou řídit novými Standardy kvality péče. [online]. [cit. 13-01-2017] Dostupné z: <http://www.nuv.cz/informace/standardy-pece>.

PACNEROVÁ, Helena a kol. *Standardy kvality péče o děti ve školských zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy a preventivně výchovné péče*. Praha: NUV. 2015. [online]. [cit. 2017-01-13], Dostupné z: http://www.nuv.cz/uploads/pracoviste_pro_certifikace/Standardy_kvality_pece_o_deti.pdf

SAPPP. Svépomocná asociace léčení psychogenních poruch příjmu potravy [online]. [cit. 2017-01-13], Dostupné z <http://www.asociaceppp.eu/uvod>.

STUDENÁ, Radka. *Mentální anorexie*. Sestra, 2013, [online]. [cit. 2017-01-13], Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/mentalni-anorexie-471149>

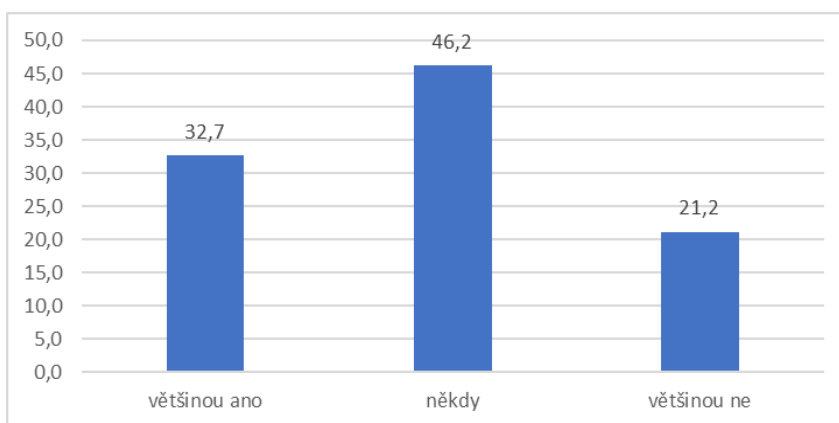
Zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2002, částka 48, s. 2978-2901. ISSN 1211-1244 Dostupné z http://www.msmt.cz/uploads/legislativa/2002_109.pdf.

Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2012, částka 33, s. 1132-1133. ISSN 1211-1244 Dostupné http://www.msmt.cz/uploads/legislativa/2012_109.pdf.

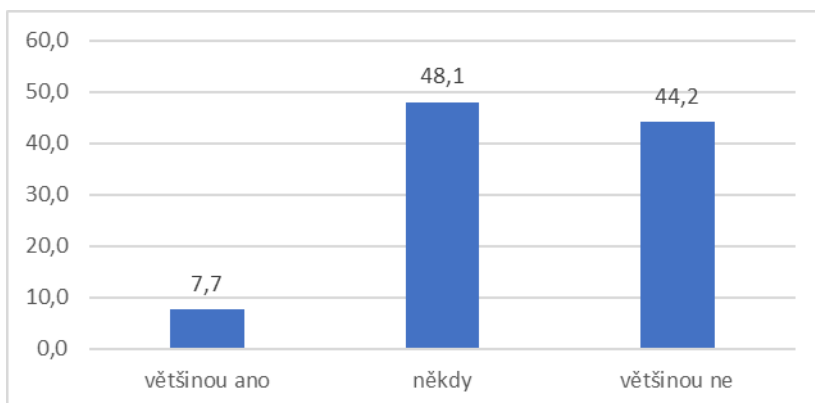
8 PŘÍLOHY

Příloha A – Seznam grafů.....I

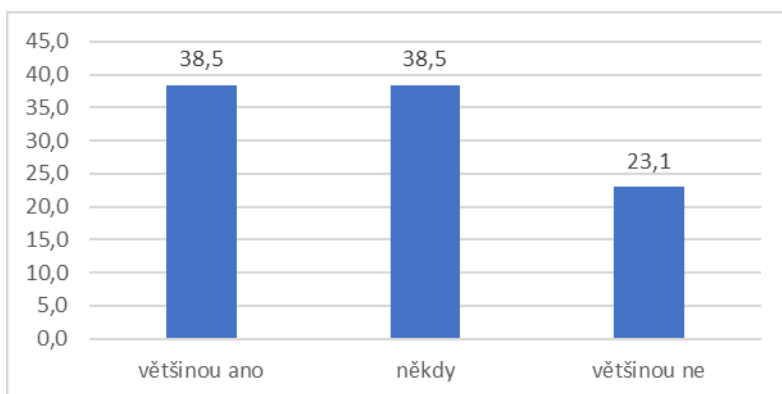
Graf 1 Strach z nadváhy (zdroj: Vlastní).



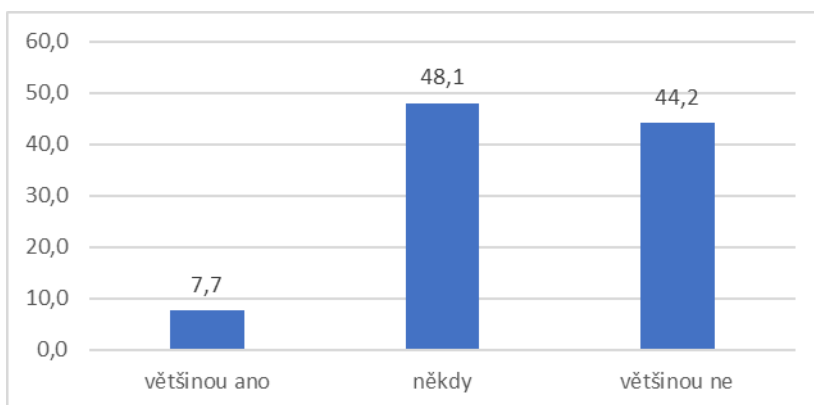
Graf 2 Vyhýbání se jídlu (zdroj: Vlastní).



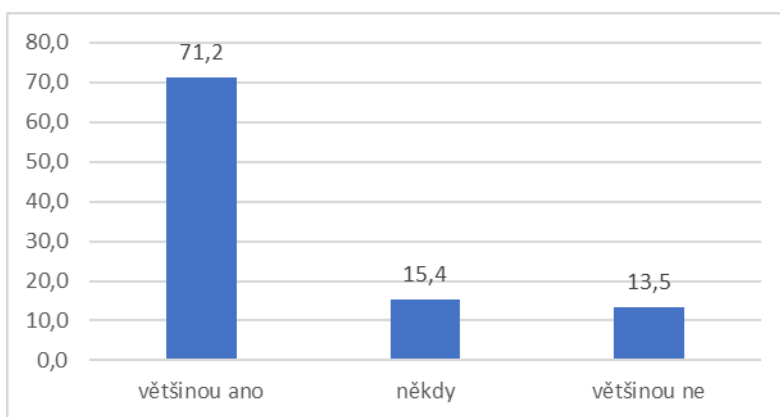
Graf 3 Úzkost před jídlem (zdroj: Vlastní).



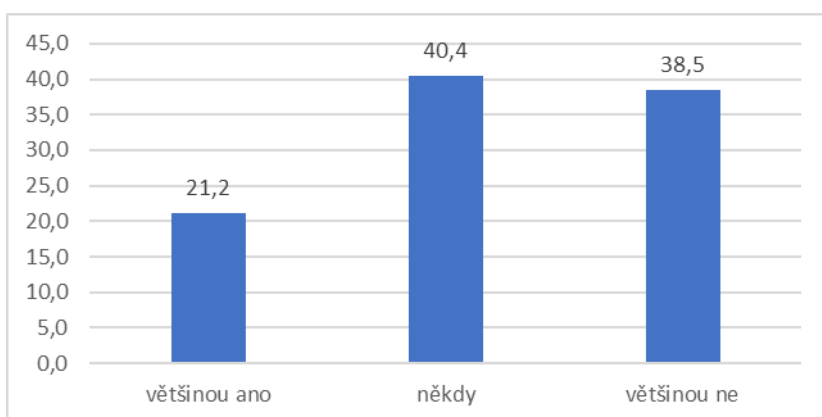
Graf 4 Vynechávání jídla (zdroj: Vlastní).



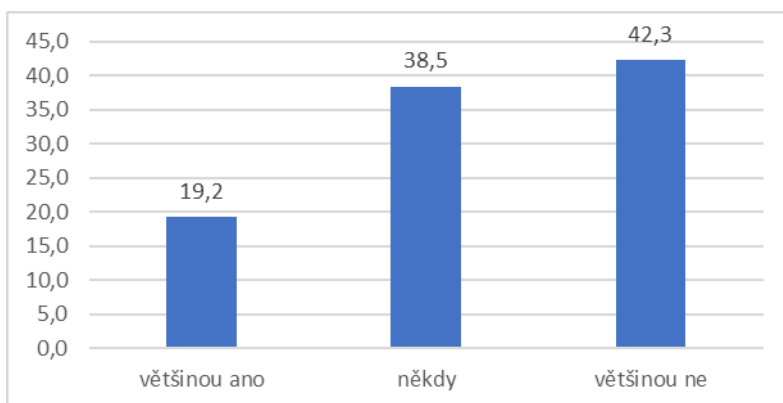
Graf 5 Pocity provinění po jídle (zdroj: Vlastní).



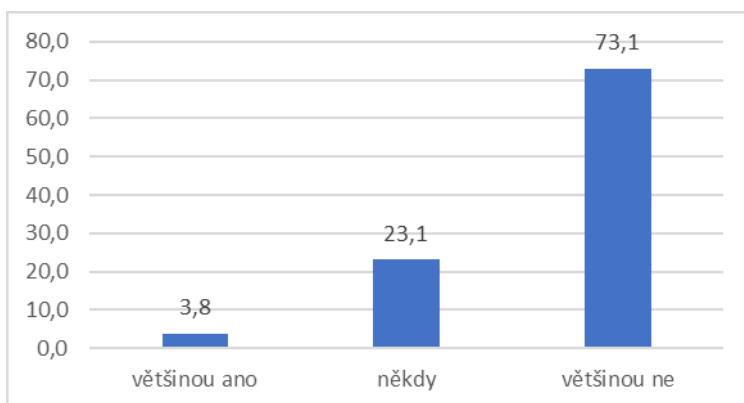
Graf 6 Pocity nucení do jídla (zdroj: Vlastní).



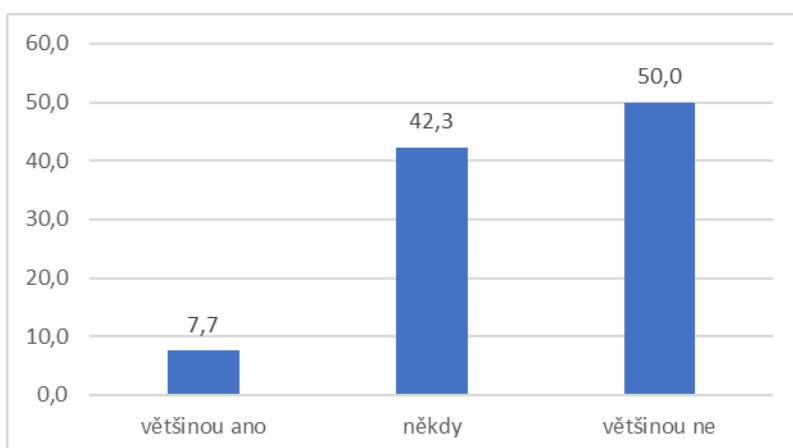
Graf 7 Usilovné cvičení (zdroj: Vlastní).



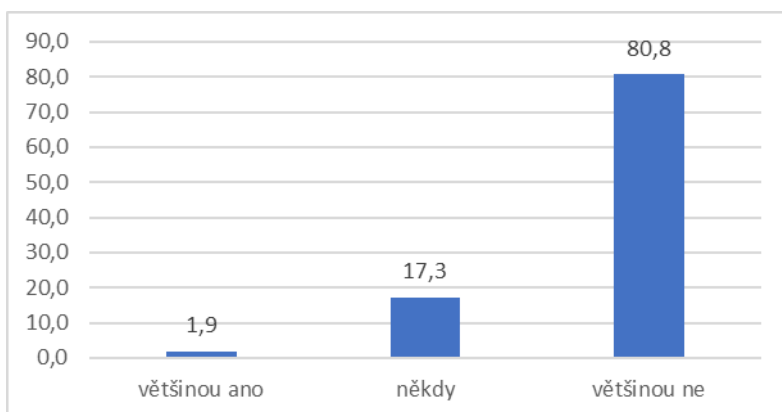
Graf 8 Obliba pocitu prázdného žaludku (zdroj: Vlastní).



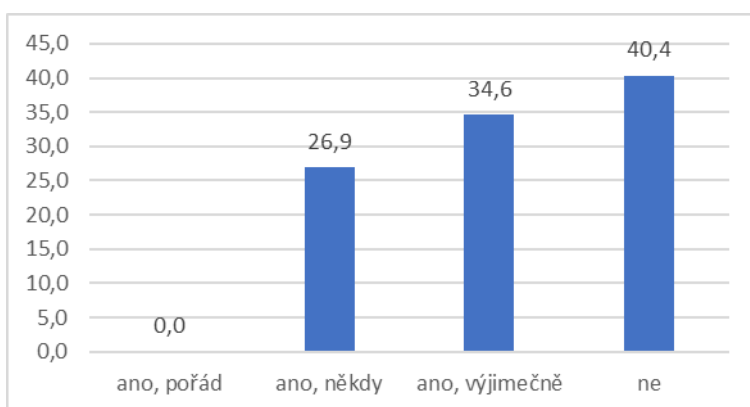
Graf 9 Četnost pocitů přejedení (zdroj: Vlastní).



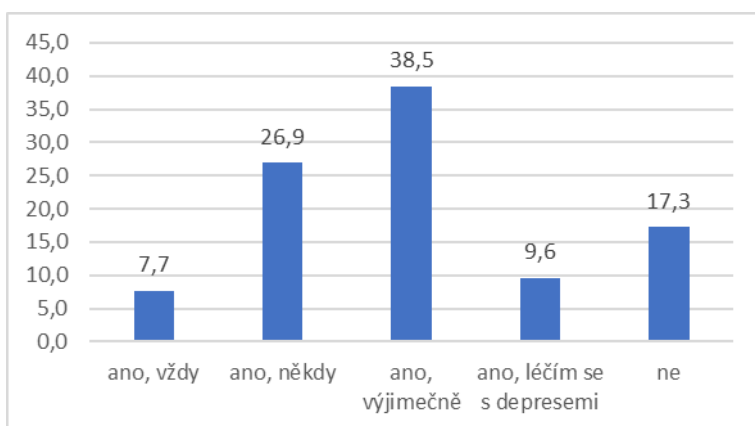
Graf 10 Pocity ovládnutí života jídlem (zdroj: Vlastní).



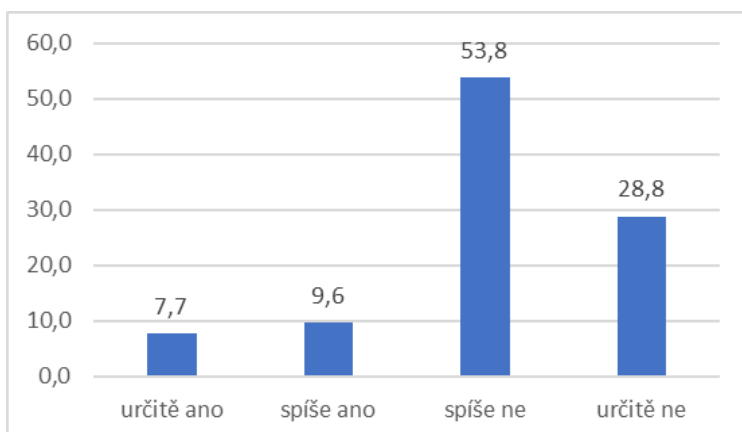
Graf 11 Pocity únavy (zdroj: Vlastní).



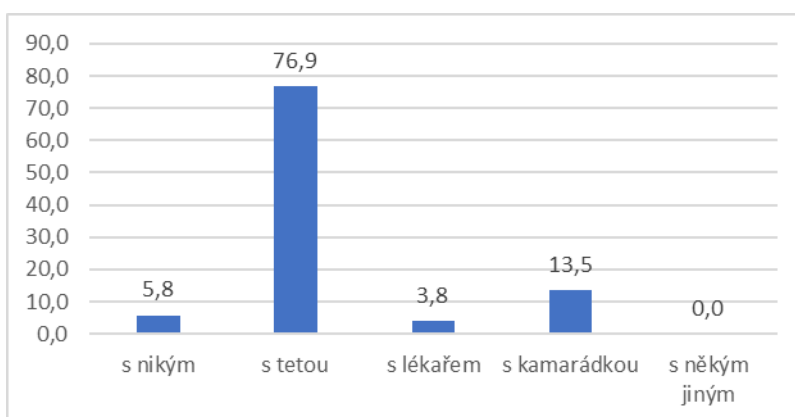
Graf 12 Pocity špatné nálady a deprese (zdroj: Vlastní).



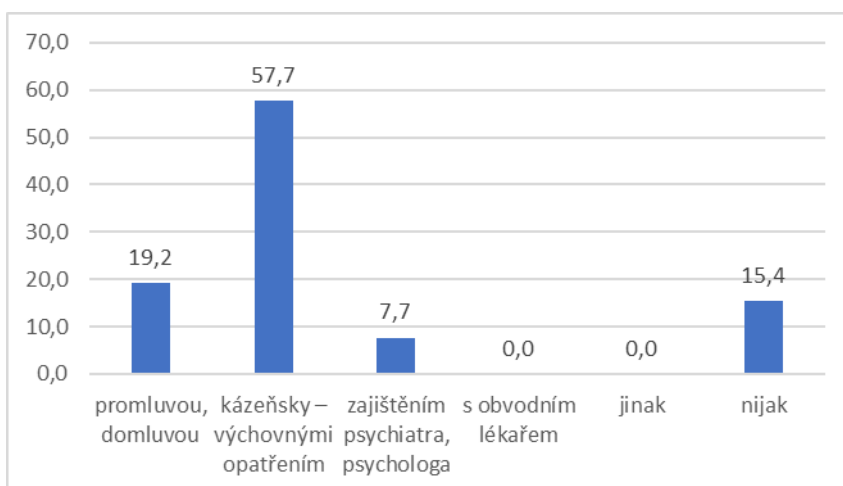
Graf 13 Spokojenost se vzhledem (zdroj: Vlastní).



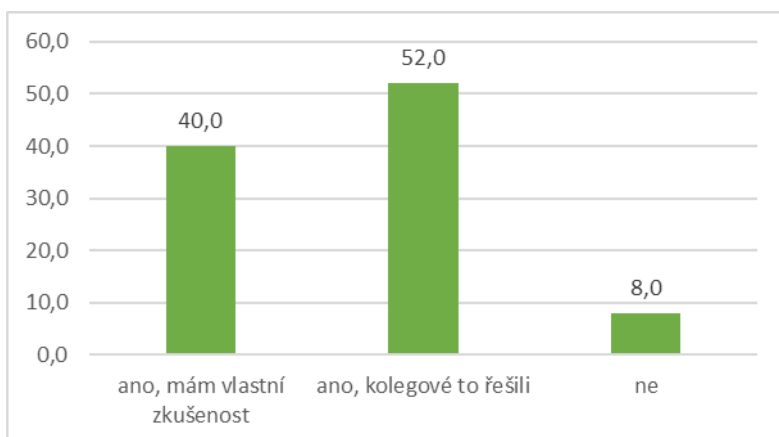
Graf 1 Řešení problémů se stravováním (zdroj: Vlastní).



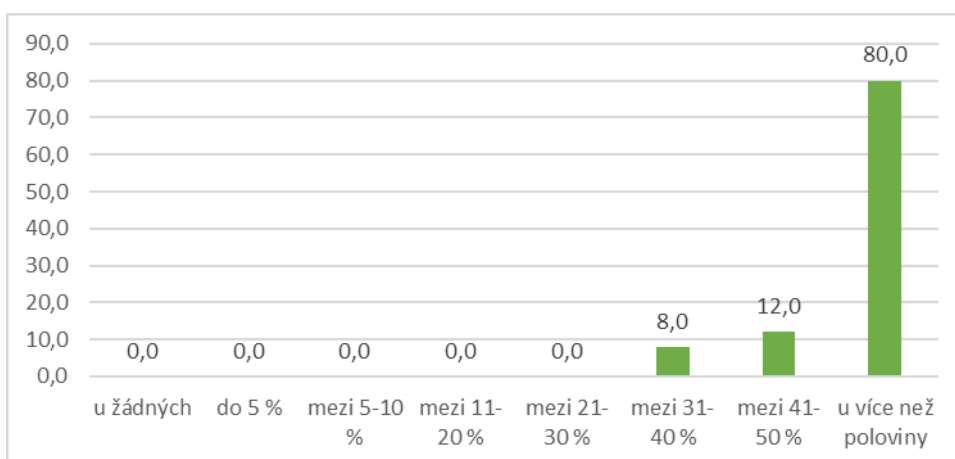
Graf 15 Řešení problémů se stravováním (zdroj: Vlastní).



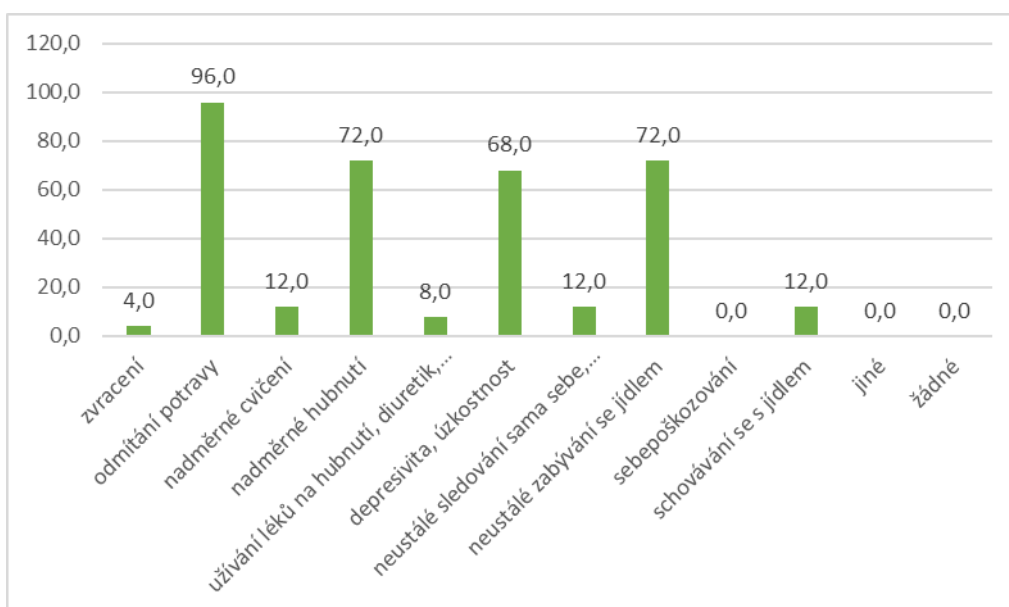
Graf 16 Výskyt projevů mentální anorexie (zdroj: Vlastní).



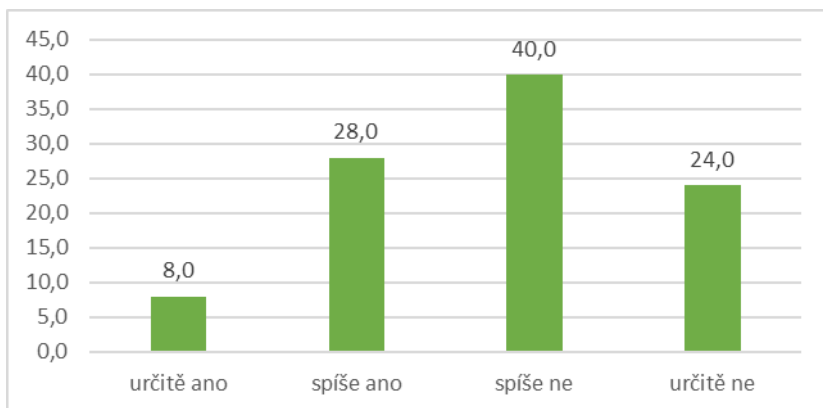
Graf 17 Četnost projevů mentální anorexie (zdroj: Vlastní).



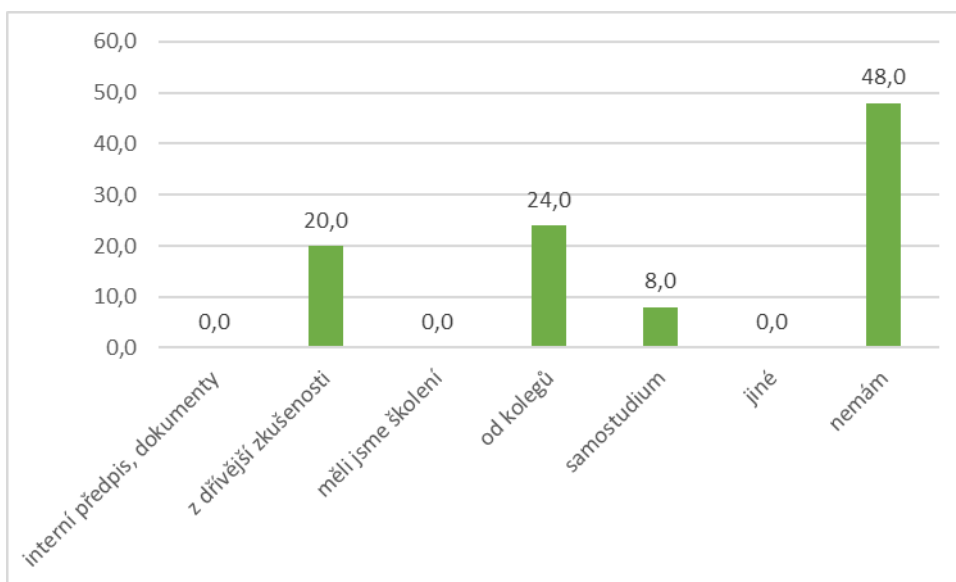
Graf 18 Typy projevů (zdroj: Vlastní).



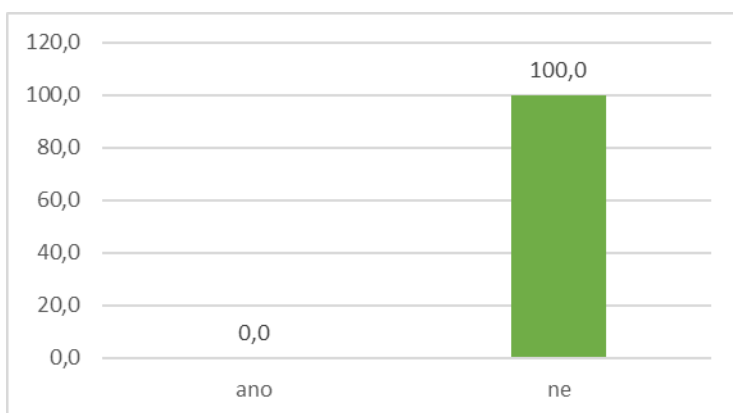
Graf 19 Znalost řešení příznaků mentální anorexie (zdroj: Vlastní).



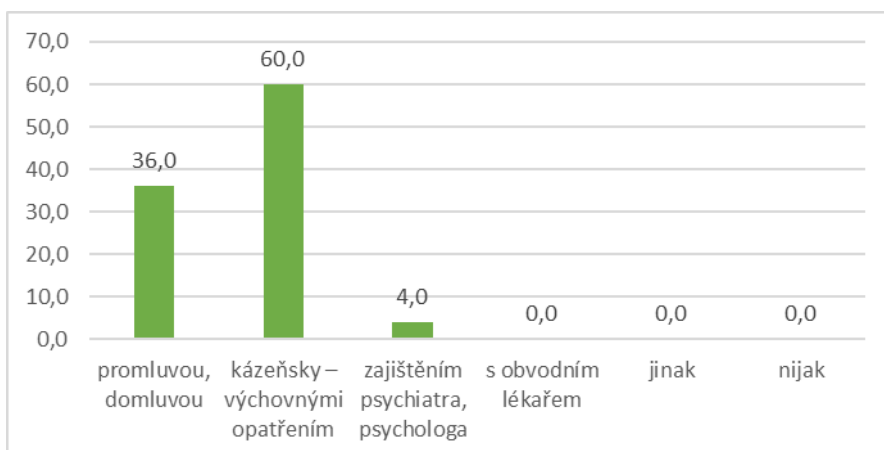
Graf 20 Informace o řešení problémů (zdroj: Vlastní).



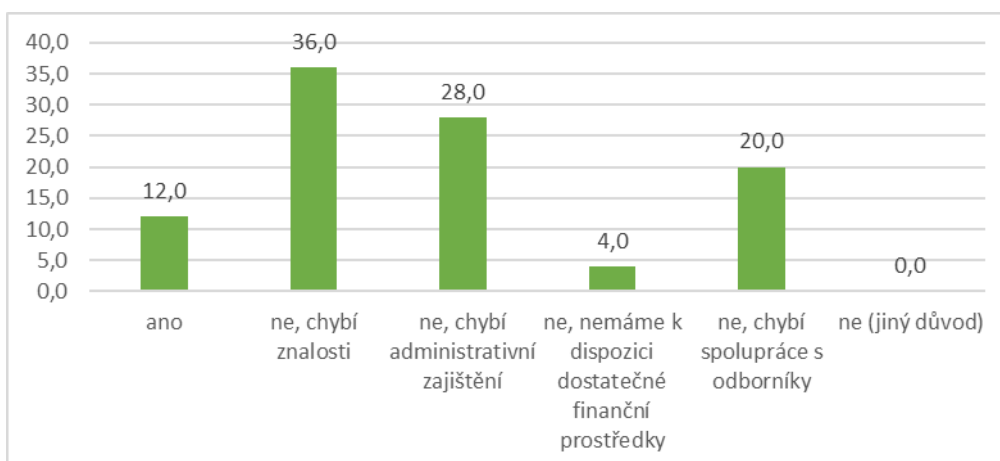
Graf 21 Obsah Standardů kvality (zdroj: Vlastní).



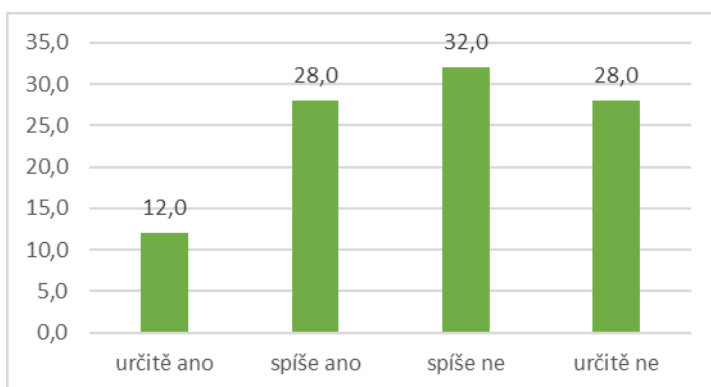
Graf 22 Řešení podezření na mentální anorexii (zdroj: Vlastní).



Graf 23 Názory na řešení podezření na mentální anorexii (zdroj: Vlastní).



Graf 24 Prevence v zařízení (zdroj: Vlastní).



Příloha B – Dotazník pro dívky

Dotazník pro dívky:

Vážené dívky,

jmenuji se Michaela Ješátková a studuji na UJAK obor speciální pedagogika, vychovatelství. Chtěla bych Vás tímto požádat o vyplnění dotazníku k mé bakalářské práci. Výsledky dotazníku budou využity jen pro tuto práci. Dotazník je anonymní, nemusíte se podepisovat. Vybrané odpovědi zakroužkujte, popř. dopište. Předem děkuji za Vaši spolupráci a ochotu.

Cítíte se tak, že máte nadváhu, ikdyž okolí s tímto tvrzením nesouhlasí?

- a) většinou ano
- b) někdy
- c) většinou ne

Vyhýbáte se někdy jídlu, ikdyž máte pocit hladu?

- a) většinou ano
- b) někdy
- c) většinou ne

Cítíte před jídlem pocit úzkosti?

- a) většinou ano
- b) někdy
- c) většinou ne

Vynecháte někdy ze svého denního programu i některé z hlavních jídel nebo se vyhýbáte některé z potravin? (maso, pečivo, cukr, nebo jiné)

- a) většinou ano
- b) někdy
- c) většinou ne

Cítíte po snědeném jídlu pocit viny?

- a) většinou ano
- b) někdy
- c) většinou ne

Cvičíte, abyste spálila více energie nebo se vytavujete situacím, které vyžadují zvýšený výdej energie organismu?

- a) většinou ano
- b) někdy
- c) většinou ne

Máte ráda pocit prázdného žaludku?

- a) většinou ano
- b) někdy
- c) většinou ne

I po malých porcích se cítíte přejedená?

- a) většinou ano
- b) někdy
- c) většinou ne

Nastala situace, kdy jste si řekla, že jídlo ovládá Váš život?

- a) většinou ano
- b) někdy
- c) většinou ne

Cítíte se unavená?

- a) ano, pořád
- b) ano, někdy
- c) ano, výjimečně
- d) ne

Míváte špatnou náladu nebo deprese?

- a) ano, vždy
- b) ano, někdy
- c) ano, výjimečně
- d) ano, léčím se s depresemi
- e) ne

Jste spokojená s tím, jak vypadá Vaše tělo?

- a) určitě ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) určitě ne

S kým řešíš svoje stravovací návyky?

- a) s nikým,
- b) s tetou,
- c) s lékařem,
- d) s kamarádkou
- e) s někým jiným

Jak se řeší případné tvé problémy se stravovacími návyky?

- a) promluvou, domluvou
- b) kázeňsky – výchovnými opatřeními
- c) zajištěním psychiatra, psychologa
- d) s obvodním lékařem
- e) jinak

Příloha C – Dotazník pro pedagogy

Dotazník pro pedagogy

Vážení pedagogové,

jmenuji se Michaela Ješátková a studuji na UJAK obor speciální pedagogika, vychovatelství. Chtěla bych Vás tímto požádat o vyplnění dotazníku k mé bakalářské práci. Výsledky dotazníku budou využity jen pro tuto práci. Dotazník je anonymní, nemusíte se podepisovat. Vybrané odpovědi zakroužkujte, popř. dopište. Předem děkuji za Vaši spolupráci a ochotu.

Jak dlouho pracujete v ústavním zařízení:

- a) méně než rok
- b) mezi 1-5 lety
- c) mezi 6-10 lety
- d) více než 10 let

Objevuje se u Vás v zařízení projevy mentální anorexie u dívek?

- a) ano, mám vlastní zkušenost
- b) ano, kolegové to řešili
- c) ne

U kolika dívek ze zařízení je podle Vás možné zaznamenat některé z projevů mentální anorexie?

- a) u žádných
- b) do 5 %
- c) mezi 5-10 %
- d) mezi 11-20 %
- e) mezi 21-30 %
- f) mezi 31-40 %
- g) mezi 41-50 %
- h) u více než poloviny

S jakými projevy mentální anorexie se u dívek v zařízení setkáváte (můžete vybrat více možností)?

- a) zvracení
- b) odmítání potravy
- c) nadměrné cvičení
- d) nadměrné hubnutí
- e) užívání léků na hubnutí, diuretik, projímadel
- f) depresivita, úzkostnost
- g) neustálé sledování sama sebe, postavy
- h) neustálé zabývání se jídlem
- i) sebepoškozování
- j) schovávání se s jídlem
- k) jiné.....
- l) žádné

Víte Vy osobně, jak jednat s dívkou, u níž existuje podezření na mentální anorexiu?

- a) určitě ano
- b) spíše ano

- c) spíše ne
- d) určitě ne

Pokud ano, odkud máte informace o tom, jak jednat v takovém případě (můžete vybrat více možností)?

- a) interní předpis, dokumenty
- b) z dřívější zkušenosti
- c) měli jsme školení
- d) od kolegů
- e) samostudium
- f) jiné.....
- g) nemám

Je součástí, obsahem Vašich Standardů kvality i oblast mentální anorexie u dívek?

- a) ano
- b) ne

Jak se nejčastěji ve Vašem zařízení, pokud zaznamenáte u dívky projevy mentální anorexie?

- a) promluvou, domluvou
- b) kázeňsky – výchovnými opatřením
- c) zajištěním psychiatra, psychologa
- d) s obvodním lékařem
- e) jinak.....

Myslíte si, že jsou v rámci ústavní výchovy řešeny tyto problémy adekvátně?

- a) ano
- b) ne, chybí znalosti
- c) ne, chybí administrativní zajištění
- d) ne, nemáme k dispozici dostatečné finanční prostředky
- e) ne, chybí spolupráce s odborníky
- f) ne
- g) (jiný důvod).....

Věnujete se v ústavním zařízení prevenci mentální anorexie u dívek?

- a) určitě ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) určitě ne

Příloha D – Seznam zkratk

Seznam zkratk

BMI - Body Mass Index

DD – Dětský domov

DDŠ - Dětský domov se školou

DDÚ – Dětský diagnostický ústav

IPROD – Individuální plán rozvoje osobnosti dítěte

MA – Mentální anorexie

OSPOD – Orgán sociálně-právní ochrany dětí

PK 1.LF UK a VFN – Psychiatrická klinika první lékařské fakulty Univerzity Karlovy a
Všeobecné fakultní nemocnice

PPP – Poruchy příjmu potravy

ÚSP – Ústav sociální péče

ÚV – Ústavní výchova

VÚ - Výchovný ústav

Příloha E – Standardy kvality péče -plné znění



„Standardy kvality péče o děti ve školských zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy a preventivně výchovné péče

VERZE 1.0 LEDEN 2015

Autoři:

PhDr. Helena Pacnerová PhDr. Pavel Janský, Ph.D., PhDr. Božena Lányová, PaedDr. Pavel Bártík, Mgr. Jiří Holomek, Mgr. Patrik Matoušů, Mgr. Olga Vernerová, Miloš Pícek, Mgr. Lucie Myšková, Ph.D., a další ve spolupráci s Oddělením institucionální výchovy MŠMT

Standardy kvality péče

1 A Cíle a poslání činnosti

1.1. Zařízení má písemně stanovenou specifikaci cílové skupiny

1.2. Zařízení má písemně definovány své cíle, činnost, poslání, zásady a základní principy poskytované péče, které respektují individuální kontext situace dítěte a jeho rodinné situace a kontinuitu jeho vývoje.

1.4. Zařízení má písemně specifikovanou svoji úlohu v systému péče o ohrožené děti na místní, regionální, případně nadregionální úrovni.

1 B Informovanost

1.5. Zařízení informuje děti, osoby odpovědné za výchovu, zaměstnance a odbornou veřejnost o poskytované péči, jejích cílech, zásadách a dostupnosti.

1.6. Zveřejňované informace odpovídají skutečnosti a jsou průběžně aktualizovány.

1 C Kvalita a efektivita péče

1.7. Zařízení uplatňuje interní a externí mechanismy pravidelného hodnocení naplňování poslání, cílů a kvality poskytované péče včetně vyhodnocování zpětných vazeb a stížností (např. vyhodnocování Programu rozvoje osobnosti dítěte, supervize, porady o dětech, jednání pedagogické rady, stížnosti, evaluační dotazníky, dotazníkové šetření, zpětné vazby ze spoluprávy).

1.8. Zařízení zjišťuje názory od dětí a osob odpovědných za výchovu na poskytovanou péči.

1.9. Do evaluace péče poskytované zařízením jsou zapojováni také zaměstnanci

1.10. Zařízení má písemně definovány postupy, jak si mohou děti a blízké osoby dítěte stěžovat, jak je stížnost evidována a jak je s ní dále nakládáno. Zařízení zajistí, aby v řešení stížnosti nebyla zapojena osoba, která je předmětem stížnosti, a dále minimalizuje riziko, že bude s dítětem nebo blízkou osobou dítěte po podání stížnosti zacházeno negativně z důvodu řešení stížnosti.

1.11. Děti a osoby odpovědné za výchovu jsou srozumitelně informovány o možných formách stížností (formální, neformální apod.), o tom, jak a komu si mohou stěžovat, jak

bude stížnost evidována, kdo a jak ji bude vyřizovat a v jaké lhůtě. Jsou jim k dispozici kontaktní údaje na osoby, kterým si mohou stěžovat.

1.12. Z hodnocení kvality péče a stížností jsou vyvozována příslušná opatření v další péči o děti.

2. PRŮBĚH PÉČE A NÁVAZNÉ SLUŽBY

2 A Umístování a přijímání dítěte

2.1. Přijetí dítěte je realizováno v úzké spolupráci se všemi příslušnými zúčastněnými. Zařízení projednává s dítětem, osobou odpovědnou za výchovu a relevantními subjekty, přání a představy, očekávání, cíle a možnosti péče. Názor všech zúčastněných je aktivně zjišťován, zvažován a je mu přikládána váha.

2.2. Zařízení vytváří podmínky pro spolupráci s rodinou dítěte nebo náhradní rodinou a příslušnými subjekty při realizaci přemístění dítěte do rodiny nebo do náhradní rodinné péče.

2.3. Zařízení seznamuje děti a osoby odpovědné za výchovu s jejich povinnostmi vyplývajícími z pobytu nebo činnosti dítěte v zařízení a s postupy pro podporu a kontrolu jejich naplňování a s důsledky při nedodržení povinností.

2.4. Při přijímání dítěte zařízení vyžaduje potřebnou dokumentaci a dostatečné informace o dítěti a vytváří vhodné podmínky pro jeho přijetí. Při předávání dítěte zajišťuje předání potřebné dokumentace a informací.

2.5. Dítě je o plánovaném umístění nebo přemístění (např. v rámci zařízení, z jednoho zařízení do druhého) a jeho důvodu s dostatečným předstihem informováno, dítěti i jeho rodině je při umístění nebo přemístění dítěte poskytována podpora.

2.6. Dítě dostává při přijetí a dále v průběhu péče, kdykoli je to potřeba, informace, zejména o důvodu a předpokládané délce umístění, o chodu zařízení, na koho se může obracet, když bude potřebovat pomoc, o tom, jak bude probíhat kontakt s jeho blízkými osobami, o naplňování svých práv a o svých povinnostech.

2.7. Zařízení podporuje společné umístění sourozenců a uvnitř zařízení vytváří podmínky pro jejich blízké soužití (např. umístění v jednom pokoji, rodinné skupině).

Pokud společné umístění sourozenců není ze závažných důvodů realizováno, zařízení aktivně podporuje udržování pravidelného osobního kontaktu mezi sourozenci.

2.8. Dítě má možnost přinést si do zařízení své oblíbené předměty a věci denní potřeby (zejména ošacení, hračky, fotografie, knihy), které chce mít u sebe. Zařízení aktivně podporuje brzký kontakt dítěte s příbuznými a se společensky blízkými osobami po přijetí do zařízení.

2.10. Smlouva o prodlouženém pobytu v zařízení musí obsahovat konkrétní vymezení práv a povinností smluvních stran, výpovědní důvody a lhůty. Výpovědní lhůty mají zohlednit důvod výpovědi i postavení zletilé nezaopatřené osoby tak, aby bylo minimalizováno riziko jejího sociálního vyloučení. Při uzavírání smlouvy je postupováno tak, aby se na jejich vzniku dotčené strany aktivně podílely a aby mohly rozumět účelu a obsahu dohod.

2 B Výkon péče

2.11. Zařízení aktivně předchází vzniku předsudků a jejich negativních dopadů na děti ze strany okolí zařízení, ke kterému by mohlo dojít v souvislosti s poskytováním péče.

2.12. Zařízení zajišťuje prevenci rizikového chování. Preventivní postupy využívají mezioborového přístupu, odpovídají potřebám cílové skupiny a podporují ji v dosažení optimálního tělesného, duševního a sociálního zdraví. Postupy směřují vždy k minimalizaci rizik spojených s rizikovým chováním.

2.13. Zařízení zajišťuje individuální výchovu ke zdravému životnímu stylu, k péči o tělo, sexuální výchovu včetně výchovy k partnerství a rodičovství.

2.14. Zařízení aktivně vytváří podmínky (včetně organizačních a administrativních pravidel) pro vytvoření a/nebo udržování kontaktu dítěte s rodinou a blízkými osobami ve formě návštěv rodičů a blízkých osob v zařízení, návštěv dítěte u osob odpovědných za výchovu, telefonické, elektronické a listinné korespondence.

2.15. Dětem je poskytována podpora a pomoc pro poznávání a orientaci v jejich osobním životním příběhu (např. uchovávání fotografií ze života dítěte, předmětů symbolizujících vzpomínky, vedení podstatných informací).

2.16. Zařízení má zpracován Program rozvoje osobnosti (PROD) nebo Individuální výchovný plán (IVP). Zařízení zajišťuje, že PROD/IVP je implementován do programů a činností s dětmi a je živým nástrojem péče o dítě. S obsahem PROD/IVP je dítě seznámeno a může se k němu vyjádřit.

2.17. Zařízení určí klíčového pracovníka (pedagogický nebo sociální pracovník) pro každé dítě a písemně stanoví jeho roli ve vztahu k naplňování potřeb dítěte.

2.18. Vztahy pracovníků k dětem v zařízení jsou založeny na respektu a porozumění. Pracovník věnuje dítěti individuální pozornost, snaží se o budování důvěry v jejich vzájemném vztahu a podporuje dítě v naplňování jeho potenciálu.

2.19. Zařízení podporuje zapojení dítěte do sociálních vztahů v rámci zařízení, podporuje navazování přátelských vztahů mezi dětmi a předchází vzniku jakýchkoli forem izolace od ostatních nebo vzniku šikany.

2.20. Motivační systém výchovně-vzdělávacího procesu je transparentní pro děti a zaměstnance, respektuje cíle, zásady a principy péče a práva všech zúčastněných osob, upřednostňuje pozitivní motivaci dítěte.

2.21. Pedagogičtí pracovníci i děti jsou seznámeni s možnými následky nepatřičného chování dětí a zvolené výchovné postupy jsou v souladu s výchovnými cíli, přiměřené a časově omezené. O realizovaných opatřeních ve výchově u dětí je veden záznam a jsou součástí osobního spisu dítěte.

2.22. Způsob fungování zařízení zajišťuje dítěti ochranu jeho osobního prostoru a soukromí, a to především v těchto oblastech: uchovávání osobních věcí dítěte, jejich kontrola a úklid, vstup do pokojů dítěte, návštěvy, prohlídky dětí, zacházení s papírovou a elektronickou korespondencí a s účty na sociálních sítích, telefonické hovory, užívání mobilního telefonu, vykonávání osobní hygieny, podávání léků, případně výkon zdravotnické pomoci, získávání potřeb osobní hygieny, možnost „být“ sám.

2.23. Dítě má v rámci výchovné nebo rodinné skupiny prostor, kde si může uchovávat své osobní věci uzamčené a má k nim volný přístup. Přístup dalších osob do těchto prostor dítěte je specifikován a jsou s ním seznámeni pracovníci zařízení i dítě.

2.24. Program zařízení zajišťuje poměr mezi volným a řízeným časem dětí.

- 2.25. *Zařízení preferuje a vytváří příležitosti k tomu, aby dítě využívalo veřejně dostupných služeb mimo zařízení (škola, mateřská škola, zájmové kroužky apod.).*
- 2.26. *Děti jsou podporovány v navazování kontaktů a k trávení svého volného času mimo zařízení v přirozeném sociálním prostředí dítěte.*
- 2.27. *Děti jsou podporovány ve zvládání situací se souvisejícími riziky při učení se samostatnosti a odpovědnosti.*
- 2.28. *Dítě je průběžně připravováno na samostatný život. Zařízení zabezpečuje, aby bylo dítě vedeno k tomu, aby přejímalo odpovědnost za své denní povinnosti, je podporováno v osvojování si potřebných životních dovedností, např. v zacházení s penězi, v organizaci svého volného času, v navazování a udržování vztahů, v zapojování se do sociální sítě, ve zvládání právních záležitostí, ve správě bankovního účtu, pojištění, spoření.*
- 2.29. *Způsob fungování zařízení vytváří příležitosti k tomu, aby dítě činilo každodenní volby a rozhodnutí v běžných záležitostech. Vytváří příležitosti pro děti aktivně se podílet na činnostech souvisejících s běžným chodem zařízení.*
- 2.30. *Dítě je podporováno a provázeno v aktivním a svobodném výběru školy a své budoucí kariéry respektující jeho vzdělávací možnosti. Názor dítěte na výběr školy a oboru je vyhledáván a v maximální možné míře respektován.*
- 2.31. *Zařízení uplatňuje postupy spolupráce se školou (např. účast na třídních schůzkách, ohlašování nepřítomnosti dítěte na vyučování) a tyto postupy dbají na prevenci negativního nálepkování dítěte ve škole, které by mohlo vzniknout v souvislosti s poskytováním péče.*
- 2.32. *Dětem je zajištěn přístup k doučování v případě potřeby, je jim poskytována podpora při domácí přípravě do školy.*
- 2.33. *Zařízení uplatňuje postupy a má určené odpovědné osoby pro zdravotní péči o dítě v rámci zařízení (spolupráce se zdravotnickým zařízením, podávání léků, postupy při nemoci dítěte, informovanost osob odpovědných za výchovu) .*

2.34. *Zařízení na základě odborného posouzení zdravotního stavu dítěte jej směřuje k takovému typu specializované péče, která nejlépe zajišťuje řešení jeho problémů a je ve shodě s jeho potřebami a zájmy.*

2.35. *V rámci prodlouženého pobytu zletilé nezaopatřené osoby v zařízení jsou pro ni upravena pravidla a účast na chodu zařízení tak, aby podporovala rozvoj jejích životních dovedností a samostatného života.*

2 C Ukončování péče

2.36. *Zařízení má písemně zpracované postupy ukončování péče a přípravy na samostatný život. Dítě je na odchod ze zařízení / ukončení programu připravováno.*

2.37. *Zařízení vyhodnocuje potřeby dítěte pro samostatný život a nastavuje postupy k podpoře úspěšného přechodu dítěte do samostatného života. Před odchodem z péče do samostatného života je dítě provázeno v plánování a přípravě zejména těchto oblastí: vzdělávání, zaměstnání, ubytování, správa financí a možnosti finanční podpory (např. sociální dávky), jednání s úřady, péče o zdraví, přístup ke zdravotním službám a službám dalších potřebných specialistů, udržení sociálních kontaktů, vytváření nové sítě podpory a poradenství atd. Mladý dospělý obdrží seznam kontaktních míst a osob, na které se může obrátit v případě náhlých nebo krizových událostí. Na přípravách se podílí také osoba odpovědná za výchovu a další odpovědné orgány.*

2.38. *Pro odcházející dítě zařízení připraví rozloučení a poskytuje mu podporu*

2.39. *Zařízení uplatňuje následnou podporu a poradenství pro mladého dospělého, který opustí péči, a tyto způsoby respektují individuální potřeby mladého dospělého a kladou důraz na zachování a udržení vztahů dítěte, které si v zařízení vytvořilo. S těmito možnostmi zařízení mladého dospělého před odchodem včas a srozumitelně seznamuje.*

3. PERSONÁLNÍ AGENDA

3.1. *Zařízení má specifikovány kvalifikační nároky na zaměstnance, které odpovídají druhu poskytovaných služeb, počtu a potřebám dětí. Pedagogičtí pracovníci pracující v zařízení splňují stanovené kvalifikační předpoklady, bezúhonnost a psychickou způsobilost.*

3.2. Zařízení má upraveny počty pedagogických pracovníků ve službě v závislosti na potřebách aktuálně umístěných dětí.

3.3. Zařízení má stanoven způsob zaškolování nových zaměstnanců ve vztahu k umístěným dětem a souvisejícím výchovným postupům. Nově přijatý zaměstnanec má přiděleného uvádějícího pracovníka.

3.4. Zařízení má stanoven způsob přijímání a působení dobrovolníků, stážistů, externistů a dalších příslušných osob ve vztahu k umístěným dětem a provozu zařízení

3.5. Zařízení má definován způsob podpory osobnostního a profesního rozvoje pracovníků.

3.6. Zařízení má vytvořeny podmínky pro pravidelnou intervizi svých pracovníků a zajišťuje přístup pracovníků k supervizi vykonávané externím, nezávislým, a kvalifikovaným odborníkem.

3.7. Zařízení má definovány postupy pro pravidelné hodnocení a kontrolu pracovníků a týmů.

4. ORGANIZAČNÍ ASPEKTY

4.1. Zařízení uplatňuje systém vedení dokumentace a postupy zajištění ochrany osobních a citlivých údajů.

4.2. Zařízení uplatňuje funkční systém řízení, který je transparentní, srozumitelný, jasně vymezuje kompetence a odpovědnosti zaměstnanců, předávání informací a způsob vzájemné spolupráce.

4.3. Zařízení má písemně definovaná pravidla pro přístup dětí a osob odpovědných za výchovu do osobní dokumentace dítěte. V případě potřeby je před konzultací o záznamech, během ní i po ní poskytnuto vhodné poradenství.

4.4. Zařízení uplatňuje postupy spolupráce s jinými subjekty (např. orgány sociálně právní ochrany, školská a zdravotnická zařízení, osoby odpovědné za výchovu, policie, soudy).

4.5. Zařízení má písemně definované postupy činnosti v mimořádných situacích ve vztahu k osobnosti dítěte. S těmito postupy jsou všechny příslušné osoby seznámeny.

4.6. *Zařízení brání zneužití moci a postavení pracovníků vůči dětem nebo osobám odpovědným za výchovu.*

5. PROSTŘEDÍ VÝKONU PÉČE

5.1. *Zařízení splňuje materiální, technické a hygienické podmínky, které odpovídají kapacitě zařízení a potřebám umístěných dětí.*

5.2. *Zařízení uplatňuje takové postupy k zajištění bezpečnosti dětí, které v co největší možné míře zachovávají soukromí dítěte, jeho svobodný a samostatný pohyb. Užívá-li zařízení k zajištění ochrany stavebně technické prvky a/nebo audiovizuální systémy, má specifikována pravidla jejich použití, se kterými jsou seznámeny děti i zaměstnanci.*

5.3. *Prostorové uspořádání a vybavení zařízení se podobá fungování běžné domácnosti v míře přiměřené typu zařízení a potřebám dětí a poskytuje dětem příležitosti k osvojení si dovedností spojených s chodem domácnosti....⁵⁴*

⁵⁴ NUOV. Zařízení ústavní výchovy pro děti se budou řídit novými Standardy kvality péče. [online]. [cit. 13-01-2017]

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Michaela Ješátková

Obor: Speciální pedagogika, vychovatelství

Forma studia: kombinované

Název práce: Mentální anorexie u dětí v ústavní výchově

Rok: 2017

Počet stran textu bez příloh: 43

Celkový počet stran příloh: 22

Počet titulů českých použitých zdrojů: 10

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 0

Počet internetových zdrojů: 12

Vedoucí práce: PaedDr. Jarmila Klugerová, Ph.D.