

Univerzita Hradec Králové

Pedagogická fakulta

Katedra sociální pedagogiky

Preventivní činnost sociálního pedagoga zaměřená na poruchy příjmu potravy

Diplomová práce

Autor: Markéta Georgieva

Studijní program: : Specializace v pedagogice

Studijní obor: Sociální pedagogika (SOCPN)

Vedoucí práce: Mgr. Iva Junová, Ph.D.

Hradec Králové

2020

Zadání diplomové práce

Autor: Markéta Georgieva

Studium: P18K0342

Studijní program: N7507 Specializace v pedagogice

Studijní obor: Sociální pedagogika

Název diplomové práce: **Preventivní činnost sociálního pedagoga zaměřená na poruchy příjmu potravy**

Název diplomové práce AJ: Preventive activity of a social pedagogue focused on eating disorders

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Diplomová práce "Preventivní činnost sociálního pedagoga zaměřená na poruchy příjmu potravy" přibližuje problematiku poruch příjmu potravy, specifikuje jejich typy, objasňuje příčiny a odhaluje projevy a důsledky těchto onemocnění a zmiňuje možnosti léčby. Dále se v teoretické části práce hovoří o sociální pedagogice, prevenci rizikového chování a specifikují se možnosti profesního uplatnění sociálního pedagoga například v rámci prevence, pedagogického působení či ve výchově. Praktická část této diplomové práce zkoumá, jaké faktory ovlivňující vznik poruch příjmu potravy může sociální pedagog odhalit a ovlivnit.

Maloney Michael a Kranzová Rachel O poruchách příjmu potravy [Kniha]. - Praha : Nakladatelství Lidové noviny, 1997. - ISBN 80-7106-248-0.

Garantující pracoviště: Katedra sociální pedagogiky,
Pedagogická fakulta

Vedoucí práce: Mgr. Iva Junová, Ph.D.

Oponent: Mgr. et Mgr. Petra Ambrožová, Ph.D.

Datum zadání závěrečné práce: 6.11.2014

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem svou diplomovou práci vypracovala samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Blešně, dne: 23. 6. 2020

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala Mgr. Ivě Junové, Ph.D. za odborné vedení práce, za poskytnuté odborné konzultace, cenné rady a chápající přístup.

Také bych chtěla z celého srdce poděkovat svým rodičům a prarodičům za jejich podporu a naději ve chvílích beznaděje, manželovi za pochopení a svým dětem, že to se mnou vydržely a dávaly mi sílu pokračovat.

Anotace

GEORGIEVA, Markéta. Preventivní činnost sociálního pedagoga zaměřená na poruchy příjmu potravy. Hradec Králové: 2020. Diplomová práce. Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové. Vedoucí práce Mgr. Iva Junová, Ph.D.

Diplomová práce „Preventivní činnost sociálního pedagoga zaměřená na poruchy příjmu potravy“ přibližuje problematiku poruch příjmu potravy, specifikuje jejich typy, objasňuje příčiny a odhaluje projevy a důsledky těchto onemocnění a zmiňuje možnosti léčby. Dále se v teoretické části práce hovoří o sociální pedagogice, prevenci rizikového chování a specifikují se možnosti profesního uplatnění sociálního pedagoga například v rámci prevence, pedagogického působení či ve výchově. Praktická část této diplomové práce zkoumá, jaké faktory ovlivňující vznik poruch příjmu potravy může sociální pedagog odhalit a ovlivnit.

Klíčová slova: poruchy příjmu potravy, rizikové faktory, prevence rizikového chování, sociální pedagog

Abstract

GEORGIEVA, Markéta. Preventive activity of a social pedagogue focused on eating disorders. Hradec Králové: 2020. Diploma thesis. Faculty of Education, University of Hradec Králové. Thesis supervisor Mgr. Iva Junová, Ph.D.

The diploma thesis "Preventive activity of a social pedagogue focused on eating disorders" approaches the issue of eating disorders, specifies their types, clarifies the causes and reveals the manifestations and consequences of these diseases and mentions treatment options. Furthermore, the theoretical part of the thesis talks about social pedagogy, prevention of risky behaviour and specifies the possibilities of professional employment of a social pedagogue, for example in prevention, pedagogical work or education. The practical part of this diploma thesis examines the factors influencing the development of eating disorders can be detected and influenced by a social pedagogue.

Key words: eating disorders, risk factors, prevention of risky behaviour, social pedagogue

Obsah

Úvod.....	9
1 Poruchy příjmu potravy.....	12
1.1 Mentální anorexie.....	13
1.2 Mentální bulimie.....	15
1.3 Psychogenní přejídání.....	16
1.4 Bigorexie.....	17
1.5 Orthorexie.....	18
1.6 Drunkorexie.....	19
1.7 Shrnutí kapitoly.....	20
2 Působící faktory, projevy a léčba poruch příjmu potravy.....	22
2.1 Rizikové faktory.....	22
2.1.1 Biologické faktory.....	22
2.1.2 Rodinné faktory.....	24
2.1.3 Individuální faktory.....	26
2.1.4 Sociokulturní faktory.....	27
2.2 Projevy a důsledky poruch příjmu potravy.....	28
2.3 Léčba poruch příjmu potravy.....	29
2.3.1 Centra nabízející pomoc při léčbě poruch příjmu potravy.....	31
2.4 Shrnutí kapitoly.....	32
3 Preventivní činnost sociálního pedagoga u poruch příjmu potravy.....	33
3.1 Sociální pedagogika.....	33
3.2 Sociální pedagog a jeho uplatnění.....	35
3.3 Prevence rizikového chování.....	38
3.3.1 Rizikové chování dětí a mládeže.....	40
3.3.2 Druhy prevence.....	41
3.4 Prevence poruch příjmu potravy.....	43
3.4.1 Protektivní faktory.....	44
3.5 Úloha sociálního pedagoga v prevenci rizikového chování.....	49
3.6 Shrnutí kapitoly.....	59
4 Praktická část.....	61
4.1 Cíle výzkumu.....	62

4.2	Metoda sběru dat, charakteristika respondentů	62
4.3	Zpracování dat	65
4.4	Diskuse k výsledkům, zodpovězení výzkumných otázek.....	76
Závěr.....		83
Bibliografie.....		85
Příloha A.....		90

Úvod

Téma své diplomové práce, jejíž název zní „Preventivní činnost sociálního pedagoga zaměřená na poruchy příjmu potravy“ jsem si zvolila z možná netradičního důvodu. Když jsem před časem příležitostně sledovala televizní seriál, ve kterém se objevovala postava mladé dívky, která onemocněla mentální anorexií, vzpomněla jsem si na své dvě spolužačky, jednu ze střední školy a druhou z bakalářského studia. Obě dívky si touto nemocí také prošly a já jsem s nimi měla obavu na dané téma hovořit, přestože mne napadalo mnoho otázek. Ve svém okolí jsem se setkávala spíše s předsudky vůči lidem, kteří poruchami příjmu potravy trpěli. Nejčastěji jsem se setkávala s názorem, že je to problém modelek nebo dívek, které se nudí a také s otázkou: „Proč s tím nepřestanou, když už jsou jen samá kost a není to hezké?“. Proto, když se mi jejich příběh skrze televizní zpracování připomněl, začala jsem se touto tematikou více zabývat. Z tohoto důvodu jsem se rozhodla problematice poruch příjmu potravy (PPP) věnovat ve své diplomové práci a to z hlediska možnosti preventivního působení sociálního pedagoga. Věřím totiž, že prevence je v této problematice nejúčinnější možností, jak vzrůstající trend těchto onemocnění eliminovat.

Cílem práce je s oporou o odbornou literaturu popsat a zanalyzovat problematiku poruch příjmu potravy a zjistit, jaké jsou možnosti sociálního pedagoga v prevenci poruch příjmu potravy. V teoretické části práce jsou popsány poruchy příjmu potravy, způsoby jejich léčby a faktory působící na vznik těchto poruch. V závěru teoretické části se práce zabývá úlohou sociálního pedagoga v řešení problematiky poruch příjmu potravy, například v rámci prevence, pedagogického působení či ve výchově.

V první kapitole proto uvádím bližší informace o mentální anorexií, která se vyznačuje především záměrným hubnutím a nadměrnou fyzickou aktivitou kombinovanou s odmítáním potravy, nebo následným zbavováním se přijaté potravy. Dále přibližuji poruchu s názvem mentální bulimie, která není snadno rozpoznatelná při pohledu na nemocnou osobu a souvisí s konzumací velkého množství jídla následovanou nejčastěji zvracením a zneužíváním projímadel. Záchvaty nekontrolovatelné konzumace potravy jsou typické pro poruchu s názvem psychogenní přejídání. Ta se na rozdíl od mentální anorexie a mentální bulimie týká větší měrou mužů a nedochází při ní zpravidla k využívání technik následného vypuzení zkonsumovaného jídla z těla. Dalšími typy jídelních poruch, které ovšem nejsou zahrnuty mezi ostatní oficiálně lékařsky uznávané diagnózy, ale patří mezi nespecifikované PPP, patří bigorexie, která se vyznačuje snahou jedince o zvýšení tělesné výkonnosti a objemu svalové

hmoty a dále sem patří orthorexie, při které lidé vyhledávají pouze určitý druh potravin, nebo naopak některé potraviny z jídelníčku striktně vyřazují. Posledním zmiňovaným typem poruchy jídelního chování je tzv. drunkorexie, při které si zejména dospívající dívky odpírají jídlo během dne, aby mohly večer zkonsumovat větší množství alkoholu, přičemž předpokládají, že se nezvýší jejich kalorický příjem a ony nepřiberou na váze.

Tato onemocnění mají kromě nezdravého přístupu k jídlu společný také nezdravý přístup jedince k vlastní osobě a nemocní si způsobem, jakým upravují své jídelní chování, zpravidla kompenzují své citové strádání, neschopnost rozhodovat o svém životě, čelit stresu, nebo se snaží vyrovnat ideálu krásy předkládanému médiu a společností. Těmto a dalším faktorům se věnuji v druhé kapitole a také okrajově zmiňuji možnosti léčby, která patří do rukou zkušených lékařů a terapeutů.

Z hlediska sociální pedagogiky a konkrétně pak sociálního pedagoga, je však možné řadu faktorů rozpoznat a některé z nich také ovlivnit, proto ve třetí kapitole stručně představuji sociální pedagogiku jako vědu, ale také jako vědní obor, který profesně formuje sociálního pedagoga. Jeho možnosti pracovního uplatnění jsou natolik široké, že jsem pokládala za důležité je zmínit v souvislosti s jednotlivými resorty. Dále jsem se věnovala charakteristice rizikového chování, kam spadají i poruchy příjmu potravy, neboť ve svých důsledcích ohrožují nejen samotného nemocného, ale také jeho okolí a jsou částečně ovlivnitelné preventivní činnostmi, které se věnuji v další podkapitole této třetí kapitoly. Sociální pedagog je jedním z odborníků, kteří mají možnost vznik poruch příjmu potravy preventivním působením zmírnit a to například činnostmi posilujícími faktory protektivní.

Charakter práce je teoreticko-empirický, práce je zpracovávána za pomoci metod obecně logických, přičemž empirické šetření bude kvalitativní povahy a pro získání informací bude užito polostrukturovaných rozhovorů s mládeží ve věku 12-17 let.

Vědecko výzkumný problém, který tato práce řeší, zní: Které faktory ovlivňující vznik poruch příjmu potravy může sociální pedagog rozpoznat a ovlivnit?

Vědecko výzkumný předpoklad, který bude porovnán s výsledky výzkumu, zní: „Důležitým faktorem v prevenci PPP je přístup pedagoga-lidský i profesionální.“

V praktické části práce bude zkoumáno, jaké rizikové a protektivní faktory lze rozpoznat u mládeže, se kterou se sociální pedagog může setkávat například v rámci přímé pedagogicko

výchovné činnosti a také, které z těchto faktorů je možné ovlivnit působením sociálního pedagoga.

Věřím, že má diplomová práce může být přínosná pro pracovníky v pomáhajících profesích, kteří se díky ní mohou dozvědět více o problematice poruch příjmu potravy a možnostech, jak jim předcházet. Zjištění vyplývající z mého výzkumu by také mohla být inspirací pro další pedagogy a vychovatele, kteří chtějí při své práci podporovat u dětí a mladistvých nejen zdravý přístup k životu, společnosti a vztahům, ale především k nim samotným, neboť v tom tkví, dle mého názoru, nejúčinnější způsob prevence.

1 Poruchy příjmu potravy

V této kapitole se věnuji jednotlivým poruchám příjmu potravy (PPP). U každé poruchy uvádím stručný popis, projevy na úrovni somatické, psychické i sociální a také diagnostická kritéria. Považuji za důležité seznámit čtenáře s těmito onemocněními, protože jsou ústředním prvkem této práce a bude se o nich hovořit ve všech dalších kapitolách. Protože většina těchto poruch se vyskytuje především u žen, mohou převládat formulace textu ve smyslu vztahujícímu se k ženám, užívání ženského rodu a podobně, text není genderově vyvážený, protože ani poruchy příjmu potravy nejsou genderově vyvážené.

Poruchy příjmu potravy patří mezi mentální onemocnění, mají dopady nejen na psychiku, ale také na fyzické zdraví. Jídelní poruchy způsobují jedinci dlouhodobé potíže, ale problémy se promítají i do jejich vztahu k sociálnímu okolí (Krch, a další, 1999 str. 11). Pro osoby, které trpí některou z poruch je společný nezdravý postoj k jídlu, svému vzhledu a zdravému životnímu stylu. Jídlo bývá zneužíváno pro ventilaci emocionálních problémů.

„Pro člověka trpícího poruchou příjmu potravy přestává být jídlo jednou ze součástí života a stává se jeho hlavní náplní.“ (Maloney, a další, 1997 str. 160)

Problematika poruch příjmu potravy je složitá a diferenciovaná, základní symptomatologie jednotlivých poruch má však svůj logický, biologický i sociální vývoj a význam (Krch, a další, 1999). Mezi poruchy příjmu potravy označované souhrnně diagnózou F 50 patří: Mentální anorexie F 50.0, F50.1 Atypická mentální anorexie, F 50.2 Mentální bulimie, F 50.3 Atypická mentální bulimie, F 50.4 Přejídání spojené s jinými psychickými poruchami, F 50.5 Zvracení spojené s jinými psychickými poruchami.

Při pohledu do historie lékařství a léčení nejrůznějších chorob, nalezneme zmínky o anorexii od lékaře Richarda Mortona, který popsal první dva případy záměrného odmítání potravy a to u dívky i u chlapce již v roce 1694. Svými odbornými zkušenostmi přispěli v letech 1868 a 1888 i William Gull a Charles Laseque. Všichni tito muži se shodovali na tom, že v případech se kterými se setkali, se vždy jednalo o záměrné odmítání jídla a extrémní míru vyhublosti i aktivity.

V našich zemích se o odborné popsání prvních případů PPP i léčby zasloužili lékaři Vratislav Jonáš v roce 1941 a Otakar Janota o pět let později.

V prožívání pacientů se ale od prvních známých případů prohloubil strach z tloušťky, motivace a snaha přiblížit se společenským ideálům krásy (Papežová, 2000 str. 16).

Zatímco u přibližně 20% anorektických pacientek byl zjištěn chronický průběh onemocnění, během něhož dochází k sociální izolaci a pracovní invalidizaci, u bulimických pacientek je ohrožujícím faktorem užívání alkoholu a drog (Krch, a další, 2003 str. 8).

Různé studie uvádí u mentální anorexie úmrtnost 2 - 8% a u mentální bulimie 0 - 2%. Úspěšnost léčby je u mentální anorexie v průměru 50% a téměř 75% u osob s mentální bulimií.

Kromě dlouhodobého rostoucího trendu počtů nových případů onemocnění poruchami příjmu potravy se objevuje opačně orientovaná tendence a to ve smyslu snižování věkové hranice dětí, u nichž jsou diagnostikovány nové případy těchto poruch. Zmiňuje to například Novák ve své knize *„Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy“*, kde uvádí, že: *„Obavy o tělesnou váhu se dnes objevují v mnohem nižším věku než v minulých generacích.“* (Novák, 2010 str. 13)

MUDr. Václav Krmíček v pořadu ČT Sama doma ze dne 18. 05. 2018 uvádí, že na klinice, kde působí, zaznamenali posun věkové hranice pacientů směrem dolů a že v současné době častěji léčí jedince v dětském věku již kolem 8. až 9. roce života (ČT, 2018).

V dalších podkapitolách jsem se rozhodla popsat, kromě mentální anorexie, mentální bulimie a záchvatovitého přejídání i nové formy poruch spojených s nezdravým životním stylem a stravováním jako jsou bigorexie, orthorexie a drunkorexie, přestože tyto pojmy nepatří mezi oficiálně lékařsky uznané diagnózy, jelikož se můžeme s těmito formami jídelních poruch setkat například prostřednictvím článků v médiích.

1.1 Mentální anorexie

Mentální anorexie, nebo také *anorexia nervosa* je vážné onemocnění, které postihuje nejčastěji mladé dívky a ženy. Osoby, které onemocní mentální anorexií, svádí denně lýtý boj s pocity hladu, nejdříve chutí a později nechutí k jídlu, se svým vzezřením i s vlastními pocity úspěchu a neúspěchu. Jejich cílem bývá zprvu dosažení kýžené váhy, ale z cíle se pak stává jen další překonaná překážka a tak se *„pro postižené mentální anorexií ztráta váhy stává smutnou životní cestou.“* (Papežová, 2000 str. 10) K neustále pokračujícímu procesu hubnutí dochází, protože *„lidé trpící mentální anorexií, si nikdy nepřipadají dostatečně štíhlí.“* (Maloney, a další, 1997 str. 54) Nemocní si dlouhou dobu (někdy i celoživotně) odmítají

přiznat své patologické jídelní chování, bývají na svůj přístup ke stravě pyšní a přikládají obrovský význam svému sebeovládání a dosažení vytyčených cílů. Zaměřují se hlavně na výkon. Dále se mohou potýkat s úzkostmi a emoční labilitou.

Krch zmiňuje, že onemocnění propuká nejčastěji mezi 13 a 20 lety, pokud někdo v rodině (například matka, nebo sestra) trpí poruchou příjmu potravy, riziko onemocnění se zvyšuje (Krch, a další, 2003).

Základní diagnostická kritéria mentální anorexie

Diagnostická kritéria Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) uvádí, že tělesná hmotnost je udržována nejméně 15% pod předpokládanou úroveň nebo hodnota BMI je nižší než 17,5, prepubertální jedinci pak nesplňují během růstu očekávaný hmotnostní přírůstek vzhledem ke svému stáří a pohlaví. Objevuje se u nich panický strach z přibrání hmotnosti, mají zkreslenou představu o vlastním těle a jeho proporcích. Dalším kritériem je, že snižování hmotnosti je způsobováno samotným jedincem a to jak snižováním porcí, vyhýbání se jídlům, držení diet, vyvoláváním zvracení, užíváním projímadel nebo nadměrným cvičením.

Pokud nemoc propukne před obdobím puberty, jsou opožděny její projevy- např. u dívek nenastává menstruace (u dospělých žen dochází k jejímu zastavení kvůli vyčerpání organismu), nevyvíjí se ňadra, u chlapců nedochází k vývinu genitálií.

Anorexie se objevuje ve dvou typech, které se mohou vyskytovat odděleně, někdy onemocnění přechází z jednoho typu do druhého. U nebulimického (restriktivního) typu nedochází k opakovaným záchvatům přejídání, zatímco u bulimického (purgativního) typu k záchvatům přejídání opakovaně dochází. (Krch, a další, 1999)

„Při stanovení diagnózy mentální anorexie je třeba vyloučit přítomnost somatické a duševní poruchy, která by mohla vyvolávat nechutenství, poruchu jení a nízkou tělesnou hmotnost.“ (Krch, a další, 1999 str. 16)

Emoční porucha spojená s vyhýbáním se jídlu

U dětí se můžeme setkat s výrazným odmítáním jídla, které již nelze považovat za pouhou vybíravost v jídle. Pokud děti trpí touto poruchou, odmítají jídlo z emocionálních důvodů. Na naléhání rodičů nebo pediatra namítají, že nemohou jíst, protože se bojí, že jim bude po jídle špatně, že mají strach z nějaké nemoci, která by mohla z konzumace pokrmu propuknout, ze

strachu z udušení atp. Nejedná se tedy v tomto případě o mentální anorexii a léčba této poruchy bývá úspěšnější než v případě např. anorexie. (Kocourková, a další, 2002)

1.2 Mentální bulimie

Porucha, která je charakteristická strachem z tloušťky a zároveň se záchvatovým přejídáním, které se opakuje, se nazývá mentální bulimie. Nemocní prožívají pocity ztráty kontroly nad konzumací jídla, odpírají si jej a poté nikým neviděni spořádají neadekvátní množství jídla, kterého se následně s pocity viny snaží ze svého těla zbavit. Využívají laxativa (projímadla), diuretika (látky pro rychlejší odvádění tekutin z těla), dávidla nebo si vyvolávají zvracení. Toto onemocnění, podobně jako mentální anorexie postihuje dle zdravotnických statistik i podle odborníků nejčastěji ženy a dívky. Velké nebezpečí této poruchy tkví v nenápadnosti příznaků. Dlouhá léta mohou bulimičky své onemocnění skrývat nejen před vnějším světem, ale i před nejbližšími členy rodiny a partnery. Na chování u osob s bulimií může být nápadná impulzivita, emocionální nestabilita, různé způsoby sebepoškozování nebo sklony k depresím.

Základní diagnostická kritéria mentální bulimie

Na rozdíl od mentální anorexie nedochází k závažnějším váhovým úbytkům a výraznému snižování tělesné hmotnosti. Přejídání, nutkání ke zvýšené konzumaci jídla a ztrátě kontroly nad stravováním se může vyskytovat také u duševních poruch, mezi které patří například deprese, mánie, alkoholismus nebo oligofrenie (vrozená slabomyslnost)(Krch, a další, 2003).

Opakující se momenty přejídání v četnosti minimálně dvakrát týdně v průběhu tří po sobě jdoucích měsíců. Během těchto momentů bývá zkonsumováno v krátkém čase velké množství jídla nebo množství jídla, které je jedincem subjektivně pocíťováno jako velké množství.

Současně dochází k neustálému přemýšlení o jídle nebo silná až neovladatelná touha po jídle spolu se strachem z přibírání na váze a z tloušťky. Tyto pocity řeší bulimičky tím, že střídají přejídání s hladověním, zneužívají laxativa, léky na hubnutí, dávidla, diabetici někdy záměrně vynechávají podávání inzulínu. Mentální bulimii často předchází období hladovění a omezování se v jídle nebo mentální anorexie.

Mentální bulimie propuká nejčastěji ve věku 16 až 25 let(Krch, a další, 2003).I zde platí, že při výskytu onemocnění příjmu potravy v rodině, se rizikovitost onemocnění zvyšuje.

1.3 Psychogenní přejídání

Psychogenní přejídání je v současnosti nejčastějším onemocněním ze spektra poruch příjmu potravy.

„Dle souhrnné studie Šminka et al. publikované roku 2012, kde byla použita diagnostická kritéria DSM-4-TR, se celoživotní prevalence PP v Evropě (na základě průzkumu v šesti evropských zemích) pohybovala na úrovni 1,9 % u žen a 0,3 % u mužů, ve Spojených státech pak činil výskyt 3,5 % u žen a 2,0 % u mužů.“
(Kviatkovská, a další, 2016)

K prvnímu odbornému popisu jídelního chování, které je pro psychogenní přejídání charakteristické došlo až v roce 1959. Během epizody psychogenního přejídání dochází ke konzumaci přibližně 1500 - 4500kcal, tzn. výrazně většího množství jídla během určitého času, než by bylo pro obvyklé pro většinu lidí. Navíc je tato konzumace spojena s rychlou konzumací jídla, pocitem ztráty kontroly, pokračováním v konzumaci i přes pocity sytosti, někdy až do nepříjemného pocitu přeplněnosti. Osoby trpící záchvatovitým přejídáním konzumují potravu i v případech, kdy nepocítují hlad. Během přijímání potravy se straní společnosti, protože je sužují pocity viny z nadměrné konzumace nebo prostě z toho, že vůbec jedí, v podstatě pocítují velký stres. Špatné pocity přichází i po epizodě přejedení, objevují se depresivní stavy, znechucení z vlastní osoby, sebeopovržení. Právě pocity viny a studu jsou překážkou stojící mezi nemocnými a vyhledáním odborné pomoci.

Vzhledem k přijímání velkého množství jídla trpí většina nemocných s touto diagnózou také obezitou, která je sama o sobě významným zdravotním rizikovým faktorem.

V MKN 10 nalezneme psychogenní přejídání pod kódem F50.4. Jedním z kritérií je i četnost záchvatů přejídání a to nejméně jednou za týden v průběhu posledních tří měsíců. Rozlišujeme čtyři stupně závažnosti onemocnění v závislosti na četnosti epizod přejídání během jednoho týdne.

Léčba psychogenního přejídání probíhá ambulantně, případně hospitalizací, využívá se psychoterapie, interpersonální terapie nebo svépomocná terapie a bývají podávána antidepresiva a jiná psychofarmaka. Při hospitalizaci dochází k ovlivnění množství

konzumovaného jídla a také k pozitivní úpravě jídelního režimu. Relapsy¹ po návratu do domácího prostředí bohužel nejsou výjimkou.

1.4 Bigorexie

Po představení poruch příjmu potravy, které mají svá diagnostická kritéria a jsou uvedeny v mezinárodní klasifikaci nemocí, obracíme svou pozornost k nespecifickým poruchám příjmu potravy, kam patří například bigorexie. Bigorexie, která bývá nazývána také jako Adonisův komplex, projevuje se zkreslenou představou o vlastním těle, které osoba vnímá jako nedostatečně svalově vyvinuté, slabé nebo drobné. Tento pocit je kompenzován snahou o nadměrný růst svalové hmoty, vysokými nároky na skladbu jídelníčku (málo tuků, hodně bílkovin, nadbytek energie) a neúměrným cvičením ve snaze přiblížit se vzorům ze světa bodybuildingu a vrcholného fitness. Bigorektičtí jedinci se často nezřikají ani užívání nebezpečných látek, např. anabolických steroidů a dalších potravinových doplňků. To je však velkým náparem na tělesné zdraví, dochází k přetěžování kostí a kloubů, dochází k nedostatečné svalové regeneraci, popřípadě poruchám jater a ledvin.

Zatímco anorexie a bulimie jsou duševní onemocnění, která propukají převážně u žen, bigorexie bývá častěji diagnostikována u mužů. Jak uvádí (Grogan, 2000 str. 23), takzvaný „daidalovský“ ideál mužské postavy s širokými rameny a úzkými boky se začal objevovat již v 7. století před Kristem. Tento styl, nazývaný podle sochaře Daidala z Kréty z mytických legend, se vyznačoval vyobrazováním mužské postavy se zaměřením na vytesání mužských svalnatých postav z mramoru.

Dalším aspektem tohoto onemocnění jsou touha a později i závislost na kontrole nad vlastním tělem, neustálý boj s maskováním nízkého sebevědomí, strach ze selhání, potřeba uznání ve svém okolí. Tím dochází podobně jako u jiných závislostí k potřebě zvyšování četnosti nebo délky trvání tréninkových aktivit, dále k eliminaci jiných činností, narušení sociálních vztahů, nebo úpravě denního režimu za účelem upokojení touhy po ideálním těle.

Kolouch in Janebová (2006) líčí, jaké konkrétní dopady může bigorexie mít: *„V momentu, kdy se pro ně stávají tělesné proporce jediným smyslem života, izolují se od reality, ničí svá manželství, opouštějí zaměstnání a redukuje celý svůj život pouze na prostředí fitcenter.“* (Janebová, 2006 str. 77)

¹ Relaps znamená opětovný výskyt příznaků nemoci, která byla do té doby v klidovém období neboli v remisi.

Bigorexie se pak může projevat ve svých důsledcích například i v pracovní morálce nebo být zatěžující po finanční stránce- výdaje za vstupy do posiloven a fitness zařízení, pořizování potravinových doplňků a léků.

V případě léčby bigorexie je využívána kognitivně-behaviorální terapie(Martykánová, a další, 2010).

1.5 Orthorexie

Mezi další nescifické poruchy příjmu potravy je možné zařadit také orthorexii. Termín orthorexia nervosa, který by se dal přeložit jako patologická posedlost zdravým stravováním, byl poprvé uveden americkým lékařem Stevenem Bartmanem v roce 1997. Orthorexie spadá do skupiny jinak nescifikovaných jídelních poruch, nejedná se však o lékařsky oficiálně uznanou diagnózu. Zdravá strava je reklamně hojně propagována, často narážíme na nabídky spolupráce nutričních poradců v nejrůznějších časopisech a obchodům se zdravou výživou se v současné době také velmi daří, propaguje se RAW strava a BIO kvalita potravin i jiných produktů. I z těchto důvodů je tato porucha v zájmu médií a společnosti, a tak se s tímto termínem můžeme setkat nejen v life-stylových časopisech, ale i v periodikách odborných.

(Mynaříková, 2017) uvádí, že se orthorektici dají rozdělit zpravidla na dvě skupiny podle toho, jak se u nich tato porucha projevuje. Jedna část jedinců s orthorexií se zaměřuje na konzumaci pouze určitého typu potravin, které považuje za ty správné a zdravé, například pouze na biopotraviny. Druhá část jedinců se naopak zaměřuje na vyřazení určitých složek potravin ze svého jídelníčku, v praxi to znamená, že odmítají například barviva, geneticky upravované potraviny, živočišné produkty, sacharidy a podobně. Mezi orthorektiky se ovšem najdou i tací, kteří tyto způsoby společně kombinují. Toto selektivní jednání může postupem času být stále více a více zpříšňováno.

Z počátku se porucha projevuje navenek jako přechod ke zdravější stravě s větší odpovědností k ekosystémům a potřebám vlastního těla. Orthorektici, na rozdíl od anorektiček své jídelní jednání neskrývají, naopak bývají na něj pyšní, propagují ho i mezi ostatními. Bohužel postupem času se stává, že se z tohoto nevinného „vylepšení“ jídelníčku stává pravidlo, seznam „zakázaných“ potravin nabírá na objemu. Náhodná konzumace povolených potravin nabývá pravidelnosti, přechází v posedlost a nutkavou potřebu. Myšlenky osob s touto poruchou se stále častěji obrací ke složení potravin, jedinci tráví v obchodech u regálů čtením etiket i několik hodin, cítí se provinile, pokud zkonsumují potravinu, která není na jejich „seznamu vhodných potravin“, nebo pokud „jejich potraviny“ nejsou k dispozici, tak raději

hladoví. Tyto obsedantní myšlenky mohou jedince později zcela pohltnout, převzít vládu nad většinou času, kterou do té doby běžně věnoval ostatním oblastem života. (Bratman, 1997) Porucha má neblahý vliv na mezilidské vztahy, výkyvy nálad způsobují konflikty a mohou vést až k sociální izolaci jedince na straně jedné a k podvýživě a hazardu s životem na straně druhé.

Skrytou příčinou těchto potíží může být nespokojenost s vlastním tělem, ale také úzkost z nemožnosti kontroly a vlády nad svým životem. Pokud se orthoretikům nedaří kompenzovat tyto pocity úzkostí jinak, nacházejí často útěchu právě v řízení složení svého jídelníčku.

Genderová nevyváženost u této poruchy není tak markantní jako například u anorexie, která postihuje především ženy. Mynaříková zmiňuje výzkumy, které odhalily: „*vyšší prevalenci orthorexie u mužů, častěji s nižším vzděláním.* (Mynaříková, 2017 str. 38)“ Průměrná míra orthorexie v celkové populaci se podle výsledků výzkumů, které uvádí (Fizíková, 2016) se pohybuje kolem 6,9%. V případě rizikových skupin, do kterých patří především lidé z profesí, ve kterých je třeba udržovat si určitou tělesnou hmotnost (sportovci, umělci), nebo které jsou spjaté se zdravou výživou (výživoví poradci, dietologové) může tato míra přesahovat 35 % a blížit se až k 57,8 % (Fizíková, 2016).

Povaha jedinců s orthorexií tíhne k rigidnímu perfekcionismu, a podobně jako u ostatních poruch jídelního chování, výskyt této poruchy v rodině může negativně ovlivnit i další členy rodiny.

Pro úspěšnou léčbu této poruchy je nutné, obdobně jako u nejrůznějších druhů závislostí, aby si jedinec přiznal a uvědomil svůj problém, našel někdy skryté příčiny tohoto nezdravého jednání a našel spolu s odborníkem východiska, která mu pomohou přemoci nutkavé myšlenky i během stresových situací a navrátit se k vhodnému a především vyváženému způsobu stravování a výběru potravin. Využívá se zejména kognitivně-behaviorální terapie a úzké spolupráce mezi lékaři, terapeuty, psychology a nutričními terapeuty.

1.6 Drunkorexie

Drunkorexie je výraz pro narušené chování ve vztahu ke stravování, které se vyznačuje odpíráním si potravy během dne z důvodu pozdějšího nadužívání alkoholu zejména ve večerních hodinách. Drunkorexie zatím nespadá mezi diagnostické termíny, ale dostává se jí stále více zájmu. Texaská univerzita v Austinu zmiňuje, že toto problémové chování může

ovlivňovat zdraví dle výzkumů až 30 %dívek ve věku mezi 18 a 23 lety, ale nevyhýbá se ani mužům. Lidé, kteří se vyhýbají kaloriím obsaženým v jídle, aby mohli pít alkohol, aniž by se to projevilo na jejich hmotnosti, mohou být náchylnější nejen k onemocnění anorexií nebo bulimií, ale také k závislosti na alkoholu. Alkohol totiž v konzumentech potlačuje pocit hladu, utlumuje negativní pocity, pocity viny, bezmoci, strachu z nevyhovující postavy, posiluje sebevědomí. Dopady jsou však na všech složkách zdraví jedince. Trpí tedy jak psychika, tak i fyzické zdraví, kdy hrozí otrava alkoholem, nedostatek vitamínů, stopových prvků a dalších tělu prospěšných látek, snižuje se kondice, stav hladovění může být střídán nárazovým přejídáním(University).

Při léčbě je důležitá lékařská péče, konzultace s odborníky z oboru psychologie nebo psychiatrie. Nezbytný je také návrat k běžnému stravování a zdravým způsobům života a následné dodržování tohoto režimu.

1.7 Shrnutí kapitoly

Poruchy příjmu potravy patří mezi onemocnění, která jsou nebezpečná nejen pro svůj vliv na fyzické zdraví lidí, kteří jimi trpí, ale i pro míru působení na jejich psychiku a v neposlední řadě také svým dopadem na vztahy s jejich sociálním okolím. Vedle projevů ve fyzické rovině, které s sebou onemocnění poruchami příjmu potravy přináší, zmítají nemocnými změny nálad, přecitlivělost a také se uchylují k sociální izolaci od svých vrstevníků a blízkých. Změny v chování mohou být pro okolí nemocných jedinců do jisté míry matoucí a obtížně překonatelné. Stává se, že vyhýbání se jídlu, přejídání nebo obecně nezdravý postoj k jídlu, pak může být okolím vnímaný jako rozmar nebo dočasný postoj, který se dá zakázat, vymluvit nebo omluvit.

Mentální anorexie, která se projevuje výrazným hubnutím často, kombinovaným s náročným cvičením, je onemocnění, které může mít fatální následky. Podobně nebezpečná je mentální bulimie, která je charakteristická záchvaty nadměrné konzumace potravy a následovanými zvracením, nebo zneužíváním projímadel. Její zrádnost tkví v tom, že vliv na změnu zevnějšku osob, které jí trpí je pozvolný a tak může být i dlouhá léta nikým neodhalena, nedochází totiž k závažnějším váhovým výkyvům, ale vnitřní prostředí bulimiček bývá výrazně narušeno a v některých případech bývá i toto onemocnění smrtelné. Záchvatovité přejídání je poruchou, která oproti anorexii a bulimii, vede ke zvyšování váhy a často i k obezitě a je to nejvíce rozšířená jídelní porucha, není předmětem takového zájmu médií jako právě mentální anorexie a mentální bulimie.

Orthorexie a bigorexie nejsou samostatně klasifikované jídelní poruchy, přesto to jsou také závažná onemocnění. Orthorexie vychází z orientace jedince na zdravou výživu, omezování druhů potravin nebo jejich složení však může vést k tak radikálnímu omezení stravy, podobně jako u anorexie. Bigorexie, která je spolu se záchvatovitým přejídáním, poruchou postihující častěji mužskou část populace, se vyznačuje pocitem jedince, že je nedostatečně vyvinutý po tělesné stránce a proto věnuje převážnou část svého času nadměrnému cvičení v posilovnách, striktně upravuje svůj jídelníček a někdy se uchýlí i k užívání nebezpečných látek, které mají vliv na zvyšování svalové hmoty. V České republice se zatím nejméně vyskytuje drunkrexie, která je problémem části dospívajících, především děvčat, v USA. Při tomto nebezpečném a narušeném jídelním chování jedinec eliminuje množství přijatých kalorií během dne, aby po večerní konzumaci alkoholu nepřekročila celková hodnota přijatých kalorií jimi určenou mez a nedošlo ke zvyšování jejich tělesné hmotnosti. Kromě dopadů na fyzické i psychické zdraví jedince, může dojít k otravě alkoholem.

2 Působící faktory, projevy a léčba poruch příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy jsou onemocnění, na jejichž vznik působí několik faktorů současně, jejich kombinace však nejsou u všech jedinců stejné. V následujících podkapitolách jsou popsány faktory, které ovlivňují náchylnost člověka k problematickému jídelnímu chování a které jsou stěžejním odrazovým můstkem pro léčbu. Některé faktory jsou ovlivnitelné prevencí a tomu se věnuje závěrečná část této kapitoly.

2.1 Rizikové faktory

Poruchy příjmu potravy jsou onemocnění, jejichž vznik ovlivňuje vždy více faktorů, které se vyskytují v různé míře u jednotlivých osob. Protože jednotliví nemocní zpravidla přikládají jednotlivým oblastem, které společně vedly k propuknutí nemoci, různou důležitost, nedá se jednoznačně říci, který faktor stojí za vznikem poruch příjmu potravy. Autoři (Krch, Papežová, Novák a další) se názorově shodují na tom, že tato duševní onemocnění jsou způsobena kombinací biologických, sociálních, kulturních, rodinných faktorů a také, že zde hrají důležitou roli osobnostní rysy jedinců a nepříznivé životní situace. Ve vyprávění osob, které bojovaly s patologickým vztahem k jídelnímu chování a jídlu samotnému, slyšíme, že před vypuknutím některé z forem poruch příjmu potravy stály konfliktní vztahy v rodině, rozvodová situace rodičů, neoblíbenost ve školním kolektivu, zaměření na výkon ve vrcholovém sportu, dlouhodobý stres, nevhodná zmínka vysněného partnera o větším pozadí nebo jiný osobní handicap, který byl náhle upozaděn právě problémy s jídlem. Z tohoto pohledu je zřejmé, že ani prevence těchto chorob není jednoznačná a jednoduchá.

2.1.1 Biologické faktory

Pohlaví

Jedněmi z hlavních faktorů jsou faktory biologické, ke kterým patří například pohlaví. Poruchy příjmu potravy, především mentální anorexie a mentální bulimie jsou onemocnění, která postihují více dívky a ženy, než chlapce a muže. (Krch, a další, 2003 str. 8) ve své publikaci uvádí, že výskyt těchto onemocnění je 10 - 20 krát častější u dívek, než chlapců. Mentální bulimií trpí přibližně každá dvacátá dospívající dívka v České republice (4 až 6%), mentální anorexie je méně častá a postihuje necelé 1% mladých děvčat. V roce 1996 bylo z důvodu onemocnění anorexií nebo bulimií v České republice hospitalizováno 389 žen a 23 mužů (Janebová, 2006). Michal Novák poznamenává, že v České republice, podobně jako

v jiných západních zemích, dochází k mírnému vzestupu rozšíření nemoci (prevalence²) a růstu počtů nových případů (incidence³). Podle údajů v jeho publikaci trpí mentální anorexií asi 0,5 % žen a hodnoty prevalence mentální bulimie mezi 3 až 6 procenty (Novák, 2010).

„Poměr mužských anorektiků k anorektičkám v České republice je odhadován na 1:30.“ (Janebová, 2006 str. 80)

Ve větší míře se poruchy příjmu potravy projevují u mužů, v jejichž profesích je kladen důraz na tělesnou hmotnost- v módním a hereckém průmyslu, u profesionálních sportovců, tanečníků apod.

A právě výše zmíněné profese mužů, kteří mohou ve vyšší míře trpět poruchami příjmu potravy, odkazuje na fakt, že poruchy příjmu potravy se objevují u jedinců, kteří se za využití diet (nebo také laxativ, diuretik a vyvolávaného zvracení) snaží kontrolovat svou váhu.

Dospívání

Dospívání je obdobím života, ve kterém dochází k velkému množství změn a to jak ve fyzickém, tak psychickém vývoji, ale také ve vztazích s rodiči a vrstevníky.

Těla některých dívek dostávají podobu ženských těl rychleji, než jiných děvčat a to může způsobovat dojem nežádoucího tloustnutí. Pokud dívky nejsou na své tělesné změny dostatečně psychicky připravené, může se stát, že budou snažit svou proměnu v ženu snažit oddalovat a snažit se své bující tělo zkrotit, bývají nejisté, jejich zdravé sebevědomí je narušeno a vztah k vlastnímu tělu se může změnit v patologický (Novák, 2010).

Zatímco podobný rozkvět chlapce v dospělého muže, který „nabírá svaly“ a jemuž se rozšiřují ramena, je vnímám převážně pozitivně, a to jak samotnými chlapci, tak i jejich okolím.

Genetická podmíněnost

Při výskytu poruch příjmu potravy v rodině, především tedy u matky nebo sestry, je vyšší pravděpodobnost onemocnění. Dále mohou mít velmi negativní důsledek výskytu obezity u rodinných členů, kteří jsou vnímáni jako odstrašující příklad nebo naopak osoby, které se snaží ovlivňovat svou tělesnou váhu nejrůznějšími dietami. Těžce překonatelné mohou být

² Prevalence označuje demografický ukazatel pro vyjádření rozšíření onemocnění. Prevalence se rovná poměru zdravých a nemocných jedinců v celkové populaci.

³ Incidenci vyjadřujeme počet nových případů nemoci v dané populaci za určité časové období. Většinou se uvádí údaje vztažené k výskytu onemocnění u 100 000 obyvatel na rok.

také často nedomyšlené kritických poznámek vztahujících se k určitým typům jídel, jídelního chování nebo postavě a vzhledu (Krch, 2004).

Souvislost výskytu PPP s dalšími onemocněními

Mezi lékaři se někdy objevují názory, že výskyt mentální anorexie může mít spojitost s poruchou hypotalamu. Ve svých názorech však nejsou jednotní v tom, zda anorexie nastala v důsledku poruchy této části mozku, která se nalézá nad hypofýzou, nebo zda k dysfunkci hypotalamu došlo z důvodu dlouhého hladovění a ztráty hmotnosti (Janebová, 2006).

U osob s mentální anorexií se mohou například objevit epizody bulimie nebo deprese, diabetes mellitus (cukrovka), někdy také nadužívání alkoholu nebo sklony k záměrnému sebepoškozování (Cohen, 2002).

Mezi léčiva zneužívaná anorektičkami nebo bulimičkami patří léky na hubnutí, diuretika nebo laxativa.

2.1.2 Rodinné faktory

Rodina je činitelem, který jedince ovlivňuje od samého počátku jeho života a to jak genetickou výbavou, tak svým způsobem života, vzájemným projevováním citů, řešením problémových situací a také výchovou.

Rodina, ve které jedinec vyrůstal, se v mnohých ohledech zrcadlí v jeho chování, prožívání i fyzickém a psychickém stavu. Důležité jsou informace o rodinném zázemí, tělesná a duševní onemocnění (i příčiny smrti), ale také povahové vlastnosti, zaměstnání, osobnostní charakteristika a projevy chování členů rodiny. V rodinách osob s poruchou příjmu potravy se často objevují velmi zaměstnaní otcové, vysoké nároky ze strany rodičů, konfliktní vztahy v rodině a mezi rodiči, matky s dominantní povahou, někdy s obézní postavou (Cohen, 2002).

Tlak na výkon

V případě přílišného tlaku rodičů na dítě a jejich zaměření na výkon, bývá hlavním problémem, že jakýkoliv úspěch dítěte bývá považován za samozřejmost až téměř povinnost. Dětem tak chybí pocit uznání a naopak sílí pocit, že nejsou, v očích rodičů i ve svých očích, dost dobří a mají dojem selhání. Ve chvíli, kdy se v životě setkají s konflikty, zklamáním, nebo stresem, často nevědí, jak mají nastalé situace vhodně řešit. Nemožnost kontroly nad situací kompenzují kontrolou a restrikcí jídla, hubnutí bývá také výsledkem snahy na sebe a své problémy upozornit okolí (Janebová, 2006).

Hyperprotektivní přístup

Dalším modelem nepříznivého rodinného vlivu může být rodina s hyperprotektivním přístupem k dítěti. Takoví rodiče, častěji matky, se snaží řešit problémy za své dítě, ideálně dříve než nastanou. Dětem „zametají cestičku“, děti se těší výbornému prospěchu a ještě jsou velmi zaměstnaní dalšími zájmy. Problémem bývá, že zájmy jsou volené rodiči a děti nemají zpravidla možnost o nich sami rozhodovat. V období dospívání se dítě potýká nutností řešit situace pomocí vlastního rozhodování, které je v rozporu s myšlením a radami rodičů. Nastává celá řada konfliktů, přichází pocity viny z neuposlechnutí rodičů, anebo ze zpronevření se vlastním touhám a pocitům. Rozhodování ve věcech vlastního (ne)stravování se pak stává smutnou doménou, ve které mohou vynikat a dosáhnout pocitu uspokojení.

Jídlo a láska

Setkáváme se v praxi s tím, že jídlo a rituály s ním spojené, vynahrazují nemocným jejich emoční a duševní prázdno, tiší jejich bolest a dodávají jim pocity štěstí. Důvody, které objasňují, proč se říká: „Láska prochází žaludkem.“, nám uvádí do souvislostí ve své publikaci (Novák, 2010).

Přijímání potravy je jednou ze základních potřeb každého člověka, ale již od prvních okamžiků života se s nasycením žaludku dostávají i příjemné okamžiky spojené s mateřskou láskou a starostlivostí. Během dětství dále dochází k prohlubování pocitů k jídlu i k osobě, která nám jej připravovala. Bývaly to nejčastěji maminky a babičky, které nám s láskou připravovaly jídlo, o kterém věděli, že jej máme rádi. Oblíbené jídlo bývá jednou z častých milých vzpomínek na dětství. Naplňovalo nám potřeby uspokojení hladu a také druhotně i potřebu lásky. Tyto skutečnosti mohou u některých dětí vést k úsudku, že konzumací oblíbeného jídla nebo pochutin dojde k zahánání nepříjemných stavů nebo pocitů a následnému navození pocitů příjemných. Může tak docházet k zaměňování pocitů hladu s pocity strachu a emočního nepohodlí a zneužívání jídla k sycení jiných potřeb, zejména potřeby lásky. Protože ale ideál krásy je dominantně reprezentován štíhlostí, útlou postavou bez nedostatků, dochází k deprivaci, výčitkám, omezování se a jedinec se snadno ocitne v bludném kruhu (Novák, 2010 str. 15).

Pokud pochopíme provázanost vztahu přijímání potravy a pocitů lásky, dokážeme vyčistit spojitost poruch příjmu potravy a špatného duševního rozpoložení, které je doprovází anebo,

proč se například osoby trpící záchvatovitým přejídáním, podvědomě upínají k sycení jídlem, právě často ve chvílích, kdy pocítují úzkosti nebo jim chybí pocit emocionálního uspokojení.

2.1.3 Individuální faktory

V osobní rovině se od průběhu těhotenství, přes narození, vývoj v raném dětství, školní léta až po začátky pracovního života objevuje celá řada přelomových momentů, které mohou být významné pro další duševní i fyzický vývoj. Tyto momenty jsou u každého člověka jedinečné a jednotlivci je mohou různě vnímat. V souvislosti s individuálními zvláštnostmi se objevují v životě vzorce chování, které se často podvědomě opakují. Změny v těchto vzorcích mohou poukazovat na počínající poruchu. V odborné literatuře se někdy hovoří o tzv. premorbidní osobnosti. Premorbidní osobnost je souhrn vzorců chování jedince před propuknutím duševního onemocnění. V důsledku onemocnění duševní chorobou může totiž dojít ke změně těchto vzorců. Změna se zpravidla týká především zájmů, koníčků, duchovních a náboženských postojů. Zvrat může nastat i ve vztahu k užívání psychotropních látek a to včetně těch legálních jako je například alkohol nebo kouření. Někdy si změnu ve svém chování připustí i jedinec, častěji je pozorují jeho blízcí, kteří mohou změny v chování nemocného posoudit s větším nadhledem a odstupem. Individuální faktory, které mohou vést k výskytu onemocnění poruchou příjmu potravy, mívají spojitost s osobní zkušeností jedince, jeho vlastní osobností a také mohou vycházet z prostředí, jež jedince obklopovalo (Novák, 2010).

U mentální anorexie se mohou v popisu premorbidní osobnosti objevit například dobré až výborné studijní výsledky, preciznost, soutěživost, puntičkářství. Osobnost bývá popisována jako tichá, poddajná, nadměrně se kontrolující (Cohen, 2002).

Sladká-Ševčíková (in Janebová, 2006) popisuje rozdílný přístup anorektiček a bulimiček k regulaci afektů. Dívky s anorexií vykazují spíše nadměrnou kontrolu svých emocí oproti méně se kontrolujícím bulimičkám. U obou skupin můžeme pozorovat tendence k závislosti k osobám, které jsou jimi vnímané jako emočně významné (Janebová, 2006).

Od žen, které si prošly, nebo procházejí mentální anorexií, či mentální bulimií slyšíme, že uvěřily mýtu, který říká: „*Kráska je prostředkem k získání moci.*“ Tyto ženy věřily, že pokud se budou opravdu snažit a dodržovat svá přísná pravidla, pak budou štíhlé, krásné a šťastné. Došlo však k pravému opaku.

S opakováním určitého vzorce chování se můžeme setkat také v rámci intimních vztahů, sem se řadí uvědomění si své sexuální orientace, povaha vztahů, délka jejich trvání. Významné detaily o partnerech a jejich povolání nebo věkového rozdílu nám odhalují, zda člověk tíhne k určitému typu partnerů a jaké jsou v současnosti možnosti podpory.

Mentální anorektičky mívají výrazně opožděný nástup první menstruace, její absenci nebo sekundární amenoreu.

Poruchami příjmu potravy trpí někdy i dívky, které byly sexuálně zneužívány. Ale i u ostatních osob s PPP bývá časté vyhýbání se sexuálnímu kontaktu nebo ztráta zájmu o sexuální aktivity v probíhajícím vztahu (Cohen, 2002).

2.1.4 Sociokulturní faktory

(Janebová, 2006) odhaduje, že ve světě v roce 2006 trpělo některou z poruch příjmu potravy kolem osmi milionů lidí. Výskyty poruch jsou častější v zemích, které jsou ekonomicky vyspělé, kde je paradoxně hojnost potravin a společnost ctí hodnoty, které souvisí s úspěchem, ctížádostí, výkonem a také značnou schopností sebeovládání.

Pro pochopení celkového stavu nemocného jedince je důležité také získat informace o jeho současných sociálních poměrech. Zaměřujeme se především na jeho zaměstnání, bytové poměry a finanční situaci, která mnohdy souvisí s tím, zda klient žije sám, s rodiči nebo v partnerském, či manželském vztahu.

U mentální anorexie je často uváděno například, soužití s rodiči ve společné domácnosti, zaměstnání, jež souvisí s jídlem (například kuchařka) nebo zájmové či profesní zaměření, které souvisí s hlídáním váhy – baletka, herečka, sportovkyně. Mezi další životní události, s přitěžujícími okolnostmi patří například odchod z domova, otázka zodpovědnosti vyplývající z dospělosti, sexuální zneužití a postoj k sexuálním vztahům obecně (Cohen, 2002).

Sociální teorie vzniku poruch příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy jsou označovány jako onemocnění, při jejichž vzniku na jedince působí celá řada faktorů. Jedním z často zmiňovaných faktorů je působení společenského tlaku a požadavků na vzhled a tělesné proporce mužů a žen. Na základě předpokladu významnosti těchto vlivů byla formulována sociální teorie o vzniku PPP. Tělo každého jedince se od narození mění a v jednotlivých fázích života bývá jinak společensky i osobně

přijímáno na základě vzájemně působících kontextů (sociálních, morálních, kulturních). Vztah, jaký k nám a našemu tělu, má společnost, v níž se pohybujeme, má velký vliv naše vnímání sebe sama i toho, jaký vzhled je „ten ideální“. Novák uvádí, že děti v pubertálním věku zaměřují nadměrnou pozornost tomu, co si o nich myslí ostatní lidé, zejména jejich vrstevníci (Novák, 2010).

Společenské vnímání přijatelného rozsahu tělesné váhy u mužů a žen je v západní společnosti rozdílné. Vzhled ženy je výrazně spojován s její identitou a často i charakterovými vlastnostmi, u mužů je vnímán odlišně. Štíhlá žena, bývá považována za tu, která se dokáže kontrolovat a dbá na svůj vzhled v porovnání s ženou s nadváhou. Zatímco muž, „s kily navíc“, bývá vnímán jako ten, který ocení dobré jídlo, není vybíravý nebo nabírá svaly. Vnímání jedinců se ale, ne vždy, shoduje názorovými tendencemi společnosti (Grogan, 2000). Například výzkum o mužském vnímání vlastního těla ve Velké Británii přinesl informace o tom, že nespokojenost s vlastním tělem uvedlo 75% dotazovaných mužů a 30% z této skupiny dokonce uvedlo, že své tělo nenávidí (Grogan in Janebová, 2006). Ideál krásy pak respondenti tohoto výzkumu spatřovali například v bývalém mistru bojových umění a herci Dolphu Lundgrenovi a také Anroldu Schwarzeneggerovi, jehož profesionální dráha je podobná jako Lundgrenova, vynikal však v kulturistice a později se stal guvernérem Kalifornie.

Za povšimnutí stojí i to, že ve většině případů nespokojenost žen s vlastním tělem vychází z přesvědčení o vlastní nadváze, zatímco u mužů se setkáváme s nespokojeností z důvodu nadváhy, nebo podváhy. Předpokládá se, že pouze čtvrtina mužů někdy držela dietu, zatímco u žen se čísla šplhají až k 95 % (Grogan, 2000).

2.2 Projevy a důsledky poruch příjmu potravy

Na problematice poruch příjmu potravy není znepokojující pouze to, že je zde celá řada faktorů, které ve vzájemném působení na psychiku a tělesné změny člověka, mohou vést k jejich výskytu a že počty diagnostikovaných případů mají vzestupný trend, ale také, že se snižuje věková hranice osob, které jimi trpí a taktéž to, že poruchy příjmu potravy mají vliv nejen v rovině somatické, ale také duševní a sociální. V pořadu České televize „*Diagnóza mentální anorexie a bulimie*“ hovoří MUDr. Papežová o příznacích a důsledcích poruch příjmu potravy a upozorňuje na fakt, že hladověním bývají postiženy všechny důležité orgány v těle. Mezi známější projevy patří padání vlasů, zhoršení pleti, problémy se zuby a ústní dutinou celkově, zhoršení krevního obrazu a zatížení kardiovaskulárního systému, kdy nízký tlak může způsobit selhání srdce i při mírné zátěži. Hrozí ale také řídnutí kostí, atrofie svalové

hmoty a postižení zrakového nervu (Cuc, 2002). Z důvodu ztráty tukových zásob pociťují anorekticky obrovský chlad, který nezmírňují ani vrstvy oblečení, často si stěžují na ledové ruce.

Z hlediska prožívání osob s PPP se však neúnosnějšími zdají psychické projevy a důsledky než ty fyzické. Jsou jimi vtíravé až obsedantní myšlenky na jídlo, které jsou společným pojítkem pro jídelní poruchy zmiňované v této práci. Ať se jedná o osoby, které se přejídají, nebo si jídlo odpírají, přehnaně cvičí, holdují alkoholu, tráví hodiny v obchodech výběrem surovin nebo se snědeného jídla zbavují, všichni mají neustálé a obtěžující myšlenky na jídlo. Navrátilová, Papežová i Krch se shodují na tom, že právě neutuchající myšlenky spojené s jídlem bývají nejsilnější motivací pro vyhledání odborné pomoci.

Příznaky poruch příjmu potravy se mohou odrážet i na dalších způsobech chování nemocného. Na onemocnění mentální anorexií mohou odkazovat znaky, jako například: volné oblečení, znaky sebepoškozování (často schované pod oblečením), odmítání léčby, popírání onemocnění, záchvaty vzteku, anorektické postoje k vlastnímu tělu, nadměrné zaobírání se jídlem.

2.3 Léčba poruch příjmu potravy

Léčba poruch příjmu potravy bývá náročná, zdlouhavá, komplikovaná a závislá na aktivitě a spolupráci nemocného jedince i jeho okolí. Pomoci mohou lékaři z oboru psychiatrie, v případech mladistvých pacientů dětský lékař, odborníci na zdravou výživu, nutriční poradci a také terapeuti a psychologové. Jednotlivé druhy terapií a metod pracují různými způsoby s domnělými příčinami. Je třeba aby, lidé trpící jídelní poruchou během léčby postupně změnili své stravovací návyky, ale i myšlenky a postoje, které u nich před a během nemoci zakořenily. Cesta je to velmi zdlouhavá a kamenitá, stává se často, že nemocný na ní klopýtne a na čas se do bludného kruhu nemoci vrátí a dochází k relapsu. „*Překonat návyk a postavit se svému strachu znamená každodenní práci, odhodlání a v případě nemotivovaných dětí dlouhodobý, trpělivý a udržitelný tlak, ze kterého nelze polevit.*“ (Krch, a další, 2003 str. 20)

Krch odkazuje na závěry Fishera a uvádí, že přibližně polovina osob s PPP, jejichž léčba probíhá dlouhodobě (5 - 10 let), se zcela vyléčí, přibližně u 30% se průběh onemocnění podaří zmírnit a u zbývajících 20% se projevy onemocnění nelepší a mohou se i prohloubit (Krch, 2004).

Stejně jako se v průběhu let vyvíjely PPP, tak se měnil i lékařský a společenský přístup k nim. „*Léčba se vyvíjela empiricky, na základě pozorování.*“ (Papežová, 2000 str. 16)

Léčba může probíhat ambulantní formou, v těžších případech dochází k hospitalizaci. Nemocní mají možnost docházet například do denního centra, na skupinovou terapii, rodinnou a kognitivně-behaviorální terapii. V případě poruch příjmu potravy se doporučuje psát si deník, do kterého se zaznamenávají stravovací návyky, jídelníček a také související pocity, nové prožitky a postoje. V odůvodněných případech lékaři podporují účinnost léčby podáváním léků.

Hajný (in Janebová, 2006) pohlíží na jídelní poruchy jako na prostředek komunikace mezi nemocnými a jejich okolím. Dle jeho názoru je třeba nejprve v průběhu terapie odhalit smysl sdělení, které jedinec skrze své jídelní chování směrem ke své rodině vysílá. Tělo se stává pomůckou, jejímž prostřednictvím nemocný ovládá chování svých blízkých, dosahuje pozornosti, vyjadřuje své vlastní emoce. Pokud se podaří za spolupráce nemocného jedince porozumět této patologické formě komunikace a určit i adresáta tohoto sdělení, je možné se získanými poznatky pracovat, rozřešit jedincův osobní příběh a zaměřit se na zdravé způsoby řešení konkrétních problémů a komplikovaných vztahů.

Stárková (in Janebová, 2006) uvádí, že v kognitivně behaviorální terapii se můžeme setkat s metodou měření odhadu tělesných velikostí (Body Size Estimation), která reflektuje vnímání vlastního těla a jednotlivých tělesných proporcí. Osoba s jídelní poruchou je vyzvána k odhadu a grafickému znázornění velikostí jednotlivých partií svého těla například na tabuli a tyto údaje jsou poté porovnány se skutečnými rozměry. Pro vyhodnocení se využívá tzv. BPI indexu⁴ a výsledkem je zjištění, zda jedinec pohlíží na své proporce realisticky, nebo zkresleně. Pokud je vnímaný rozměr nadhodnocený o více než 35 %, pak je pokládána míra odhadu za patologickou.

Stejná autorka upozorňuje na metodu, při níž se využívá monitorování pomocí videa. Videozáznam zachycující jednotlivé pokroky anorektiček při znovunabývání zdravé váhy umožňuje, jednak vytvářet zpětnou vazbu, ale i zmírnit strach z tělesných změn a někdy i posloužit jako „osobní odstrašující příklad“ a zabránit relapsu (Stárková in Janebová, 2006).

⁴ BPI= Body Perception Index neboli index vnímání těla.

2.3.1 Centra nabízející pomoc při léčbě poruch příjmu potravy

Pomoc při léčbě PPP je v současné době možné nalézt na různých úrovních a v mnoha místech v České republice. Krch a Marádová (Krch, a další, 2003 stránky 30-32) uvádí některá centra, která poskytují terapeutickou pomoc. Ve výčtu center s adresami a kontakty nalezneme: Praha: Dětská psychiatrická klinika FN Motol, Psychiatrická klinika Ke Karlovu, DPC- Dejvické psychoterapeutické centrum, Krizové centrum RIAPS, Eset-Psychoterapeutická a psychosomatická klinika; Liberec: Středisko komplexní terapie; Brno: Psychiatrická klinika FN Brno- Bohunice, Nemocnice Bohunice; České Budějovice: Arteterapie pro klienty s anorexií a bulimií; Centrum Anabell.

Poruchy příjmu potravy patří mezi psychiatrická onemocnění, léčí je proto na psychiatrických klinikách, další možností jsou kliniky a centra specializující se na psychoterapeutickou léčbu, oblastní nemocnice, jednotliví terapeuti apod. Nevýhodou těchto lékařských zařízení ale mohou být dlouhé čekací lhůty, které komplikují využití křehkého momentu rozhodnutí nemocného k léčbě.

Z důvodu dlouhých čekacích lhůt, studu nebo z jiných důvodů nechtějí jít přímo za lékaři a hledají pomoc ve více otevřeném prostředí, jakými mohou být například krizová centra, svépomocné skupiny a další státní i soukromé subjekty, které poskytují pomoc v rámci problematiky PPP.

Centrum Anabell

Jedním z center, které nabízejí pomoc osobám s poruchami příjmu potravy a jejich blízkým je centrum Anabell, které vzniklo v roce 2002 z iniciativy jeho ředitelky Jany Ševčíkové Sladké. Centrum v současnosti poskytuje sociální služby dle zákona č.108/2006 Sb. Hlavní a velmi cennou odlišností tohoto zařízení je provozování telefonického poradenství (v pracovních dnech) a také poradenství poskytovaného pomocí e-mailu, to umožňuje nemocným i jejich okolí požádat o radu či se pouze svěřit s problémem, který je tíží a to okamžitě, odkudkoliv a kdykoliv. Rychlá reakce pracovníků z týmu Anabell, odpovídá na komunikaci přes internet přibližně do dvou pracovních dní. Odbornou radu mohou klienti tohoto centra získat při osobním setkání a to v Ostravě, Praze a Brně. Pro Brno a okolí, je dokonce možné využít terénního poradenství. Centrum také nabízí psychologické poradenství, služby následné péče nebo rodinnou terapii a to v Brně, kde se také nachází sídlo Anabell. S Anabell spolupracují také nutriční poradci, terapeuti a psychologové. Na sociálních sítích jsou činní peer-konzultanti, kteří si sami peklem poruch příjmu potravy prošli a kteří jsou připraveni sdílet

své zkušenosti a vyslechnout klienta buď při individuální konzultaci, nebo v rámci svépomocné skupiny. Anabell také vzdělává pedagogické pracovníky prostřednictvím rozvojového kurzu (Anabell, 2020).

2.4 Shrnutí kapitoly

Poruchy příjmu potravy vznikají u osob, v jejichž životě se zpravidla vyskytne současně několik rizikových faktorů, které narušují sebevnímání, sebehodnocení, vztah s rodinnými příslušníky, okolím i s vlastní osobou, ovlivnění je také spojeno s tělesným a psychickým stavem jedince i jeho pohlavím, protože jídelními poruchami trpí z větší části ženy. Negativní dopady na vytváření „ideálního těla ženy a muže“ má i společenský náhled na rozdílné posuzování nadváhy u mužů a žen a jejich interpretace.

Protipólem rizikových faktorů jsou faktory projektivní, které naopak posilují odolnost jedince proti onemocnění poruchou příjmu potravy. Jedná se o možnosti jak posilovat důvěru v sebe sama, zvyšovat schopnost kritického myšlení, odolnost vůči stresu a okolním vlivům, umění vyjádřit své pocity a myšlenky a vytváření hodnotových systémů a orientace na pozitivní prožitek z vykonaných aktivit oproti pouhému zaměření na výkon.

Mentální anorexie a bulimie, ale i další jídelní poruchy způsobují závažné až smrtelné komplikace a narušují tělesný a psychický stav osob, které jimi trpí natolik, že tito lidé si odmítají jakýkoliv zdravotní problém připustit a nechtějí se podrobit léčbě, protože, se často za nemocné nepovažují. A tak, kromě psychických a somatických důsledků, způsobují tato onemocnění často hluboký rozvrat v rodinných, přátelských i sociálních vztazích.

Léčba těchto poruch je složitou procedurou, jejímž základem je odhodlání jedince navštívit odbornou pomoc, změnit svůj život a jídelní návyky. Lékařskou pomoc je možné vyhledat především na psychiatrických odděleních a klinikách, ale také je možné využít některého z center, jakým je například centrum Anabell.

3 Preventivní činnost sociálního pedagoga u poruch příjmu potravy

V této kapitole uvedu definici sociální pedagogiky a profesionální charakteristiku sociálního pedagoga, oblasti a možnosti jeho působení. Uvedu také metody, které může sociální pedagog užívat ať už při práci s člověkem, prostředím a jakým způsobem je možné ovlivnit výchovu (ať už jako rodič, vychovatel, pedagog volného času, nebo výchovný poradce). Zaměřím se také socializačně výchovné aspekty ve škole a rodině v souvislosti s médii, Osobnostní a sociální výchovou a Výchovou ke zdraví. Přiblížím také prevenci rizikového chování a druhy této prevence, v závěru této kapitoly budu věnovat prevenci PPP v Královéhradeckém kraji a následně se zaměřím na oblasti, kde by se mohl sociální pedagog setkat s problematikou PPP a na jeho možnosti pomoci.

3.1 Sociální pedagogika

Pojem sociální pedagogika v sobě zahrnuje jednak sociálně pedagogicky orientovaný přístup k výchově, dále pedagogickou disciplínu, která se zaměřuje na vliv prostředí ve výchově a také vědní obor.

Na sociální pedagogiku je možné pohlížet z různých pohledů, protože se jedná o vědní disciplínu, která v sobě spojuje některé myšlenky a přístupy z oborů psychologie, pedagogiky, speciální pedagogiky (především etopedie), sociologie, sociologie výchovy, sociální práce i antropologie a jiných. Předmětem zkoumání sociální pedagogiky je problematika výchovy, fungování jedince ve společnosti, možnosti pozitivního ovlivňování skupin společnosti, hledání způsobů a pomoci řešení složitých životních situací, důraz na pozitivní tělesný, duševní i sociální vývoj jedince s důrazem na vliv prostředí. Úlohou sociální pedagogiky je také pomoc, především ve smyslu sociálním, nejrozličnějším ohroženým nebo znevýhodněným skupinám společnosti, příkladem mohou být děti a mládež, skupiny obyvatel ohrožení chudobou, osoby nezaměstnané, cizinci, sociálně vyloučené komunity apod.

Uvádíme přístupy Z. Bakošové (in Kraus, a další, 2001), která rozlišuje tato pojetí sociální pedagogiky, která se zaměřují na: 1, Pedagogiku prostředí (zdůraznění vztahů prostředí a výchovy), 2, Formování člověka (pojednává o vlivech působících na formování celkové osobnosti člověka), 3, Pomoc ve výchově společnosti (zohlednění antropologického přístupu k výchově skupinám společnosti různého věku), 4, Řešení problematiky odchylek sociálního chování (sociálně pedagogický přístup k řešení odchylek sociálního chování).

Ondrejkoovič poukazuje na blízkost sociální práce a sociální pedagogiky, když představuje čtyři paradigma, která jsou pro obě vědy společná: 1, Terapeutické paradigma (zahrnuje individuální pomoc klientům, terapeutickou intervenci...) 2, Makrosociální paradigma (zabývá se řešením problémů na makrosociální úrovni, sociálním plánováním, řeší vztahy ekonomiky a sociální politiky, přerozdělování statků v rámci sociálního státu) 3, Poradenské paradigma (zprostředkování poradenské pomoci klientům, osobám ohroženým násilným chováním, poskytování odborné pomoci v krizových centrech, manželských poradnách, nízkoprahových zařízeních, pedagogicko-psychologických poradnách, krizovou intervencí a telefonické linky...) 4, Vzdělávací paradigma (zahrnuje prosociální přístup ve výchově, léčebnou pedagogiku v ústavních zařízeních, individuální vzdělávání a vzdělávání v sociálních dovednostech...) (Ondrejkoovič, a další, 2009).

Přestože se v praxi občas setkáváme s tím, že obor sociální pedagogika není příliš známý a je mnohdy považován za „novou vědu“, její historie na našem území sahá až k prvnímu profesoru pedagogiky pražské Karlovy univerzity Gustavu Adolfovi Lindnerovi (1828-1887). Obdobím, které můžeme označit jako přínosné v sociálně pedagogické oblasti, bylo období první republiky. V tomto období, přesněji v roce 1927, vzniklo dílo Stanislava Velinského s názvem *Individuální základy sociální pedagogiky*, další významnou osobností byl sociolog Inocenc Arnošt Bláha. Sociální pedagogika byla vnímána, díky své těsné blízkosti k sociologii, jako její součást a na delší časové období, od 2. světové války, až do šedesátých let 20. století, neobjevují významnější díla nebo osobnosti, které by se věnovaly výhradně sociální pedagogice. Po r. 1960 se postavení sociologie a s ní i sociální pedagogiky značně zlepšuje, začíná vycházet Sociologický časopis a K. Galla o sociální pedagogice píše ve svém díle *Úvod do sociologie výchovy*. Postavení sociální pedagogiky bylo mnoho let problematické a to z důvodů politických a také proto, že sociálně pedagogické otázky byly řešeny v rámci pedagogiky, sociologie nebo sociologie výchovy (Kraus, a další, 2001). Dalšími významnými osobnostmi sociální pedagogiky jsou od 70. let například Blahoslav Kraus, Ondrej Baláž, Jiří Semrád, Věra Poláčková, Jitka Lorenzová, Peter Ondrejkoovič, Milan Přádka a další.

Od posledního desetiletí 20. století a zejména v současné době, sílí pozice sociální pedagogiky v rámci české pedagogiky a její význam je spatřován zejména v jejím kompenzačním a profylaktickém působení na výchovné a vzdělávací procesy společnosti a prostředí (Aktuální problémy sociální pedagogiky, 1999).

Sociální pedagogiku je možné studovat jako studijní obor na několika vyšších odborných a vysokých školách v České republice a její absolventi mají širokou možnost uplatnění, jemuž se věnuji podrobněji v následující podkapitole. Pevně věříme, že samostatná profese sociálního pedagoga bude v nejbližší době zanesena do katalogu profesí, jak je tomu například na sousedním Slovensku a protože i v naší zemi si toto povolání zaslouží mít své pevné místo, mezi ostatními profesemi zabývajícími se výchovně-vzdělávacím působením.

3.2 Sociální pedagog a jeho uplatnění

Charakterizování profese sociálního pedagoga je poměrně obtížné, protože pole působnosti a uplatnitelnosti sociálního pedagoga je značně široké, navíc zatím tato pracovní pozice nebyla zařazena do katalogu profesí, například chybí standardizace nebo konkrétní vymezení, které by bylo nezpochybnitelně uvedené například ve školském zákoně, nebo zákoně týkajícím se sociálních služeb, nebo ústavní výchovy. Sociální pedagog je odborník, který při své výchovné činnosti s dětmi, mládeží i dospělými řídí, organizuje a vede výchovný proces, také podporuje žádoucí optimální osobnostní rozvoj, aktivity ve volném čase a napomáhá integraci osob nacházejících se v nepříznivé situaci a poskytuje odbornou pomoc.

„Hlavní funkce sociálního pedagoga lze v zásadě charakterizovat dvěma oblastmi: činnosti integrační a činnosti rozvojové.“ (Kraus, a další, 2001 str. 34)

Integrační funkce spočívá v činnosti s osobami, které z důvodu nepříznivé životní, nebo krizové situace potřebují odbornou podporu a pomoc se zvládnutím psychické nebo sociální zátěže a z nich vycházejících překážek. Druhou doménou sociálního pedagoga by měla být aktivizace rozvoje osobnosti, podnícení k osvojení si zdravého stylu života a způsobů trávení volného času, který bude korespondovat s kladnými životními hodnotami. Tato rozvojová funkce v sobě nese prvky prevence a cílí v podstatě na celou společnost.

Klíma (in Kraus, a další, 2001) vymezuje profesi sociálního pedagoga, jako specializovaného odborníka, který ovládá teorii, má koncepční i praktické dovednosti pro cílené působení na jednotlivce i skupiny osob, které jsou ohroženy svým způsobem života a chováním a jejichž chování má při uspokojování potřeb nebo utváření vlastní identity destruktivní charakter.

Sociální pedagog, může využít své profesní znalosti k zaměření se na analýzu a popis prostředí a jeho využití nebo úpravě pro poskytnutí pomoci osobám, které se nalézají v náročných životních situacích, nebo kteří jsou svým prostředím ohrožováni. Sociální pedagog pomáhá za využití různých metod a přístupů posilovat kompetence jedinců i skupin

těmto negativním vlivům čelit, pěstovat zdravý životní styl a trávit smysluplně volný čas, dále podporovat a rozvíjet pozitivní osobnostní rysy a vlastnosti, pomáhat (re)socializaci, zajímat se o řešení lokálních i globálních problémů ve společnosti a praktikovat sociálně-výchovnou činnost směrem ke všem věkovým skupinám. Tyto své profesní znalosti a dovednosti může využít sociální pedagog v různých zařízeních napříč resorty.

Resort školství

Přestože sociálního pedagoga dosud nenalezneme v katalogu profesí mezi pedagogickými pracovníky, je jeho začlenění do škol více než vhodné. Význam sociální pedagogiky je v současné době snad ještě větší, než kdy dříve, a to například kvůli inkluzi ve školství, migračním vlnám, proměně tradiční rodiny a rodičovských rolí, působením médií apod. Sociální pedagog by měl být schopen věnovat se vytváření pozitivního klimatu ve škole, řešit nejen společenské, ale i výchovné problémy, a tak by se mohl ujmout činnosti školního metodika prevence, nebo výchovného poradce. Tyto pozice jsou totiž nezdědka obsazovány řadovými učiteli, kteří mají kromě činnosti metodika prevence, či výchovného poradce, na starost přímou pedagogickou činnost a s ní spojené velké množství administrativních i pedagogických úkonů. Existence pracovníka, který by se mohl celou svou osobností soustředit pouze na plánování, koordinaci a realizaci primární prevence, pěstování zdravého způsobu života, spolupracovat i s dalšími odborníky mimo školu, by mohla být významným přínosem. Sociální pedagog, který by žáky nevyučoval, by nebyl zatížen nutností výkonů dětí známkovat jako řadoví, nebo třídní učitelé a to by mohlo zapříčinit snazší přijetí jeho pomoci ze strany žáků.

Sociální pedagog může vykonávat přímou činnost s dětmi například ve školních klubech, družinách, domovech mládeže, v dětských domovech a dětských domovech se školou, střediscích volného času, institucích zajišťujících ochrannou výchovu, instituce výchovného poradenství (výchovný poradce ve škole), v systému preventivně výchovné péče (krizová centra, střediska pro mládež).

Zákon č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících předkládá jednotlivé pracovní pozice ve školství spolu se specifikací potřebné kvalifikace a možností dalšího vzdělávání. Další vzdělávání osob pracujících ve školství charakterizuje *vyhláška č.317/2005 Sb., o dalším vzdělávání pedagogických pracovníků, akreditační komisi a kariérním systému pedagogických pracovníků*. V této vyhlášce nalezneme specifikaci požadavků na vzdělání například pro asistenta pedagoga, výchovného poradce nebo pro školního metodika prevence, který na škole

organizuje a realizuje prevenci sociálně patologických jevů. Samostatnou pozici sociálního pedagoga, bohužel, ve výše zmíněném zákoně, ani vyhláše nenajdeme.

Resort spravedlnosti

Dále sociální pedagog může uplatnit své znalosti z oblastí výchovy, prevence a terapie také v oblastech poskytujících penitenciární a postpenitenciární péči (vychovatelé v nápravných zařízeních, věznicích) komunikační dovednosti a výchovné ovlivňování v rámci pozice probačního úředníka a pracovníka v mediační službě.

Posláním sociální pedagogiky je například pomoc osobám, které se ocitly v krizových situacích nebo jimž činí potíže interakce a komunikace s okolím. Sociální pedagog zde může sehrát roli mediátora, neboli prostředníka a pomoci tak dvěma stranám k úspěšnému vyřešení konfliktní situace. Jedná se tedy o metodu mediace, při které je důležité striktně dodržovat principy nestrannosti, neutrality, nezávislosti (nebýt finančně, vztahově či jinak vázaný na žádnou ze stran konfliktu) a také vyváženosti (zajišťovat rovnost prostoru k vyjádření a času věnovanému jednotlivým stranám) (Junová, 2018).

Resort zdravotnictví

V resortu zdravotnictví sociální pedagog může působit jako pracovník v psychiatrických léčebnách, rehabilitačních institucích a kontaktních centrech (protidrogové apod.) zejména při organizování a podpoře aktivizačních činností, sociální terapii a aktivitách a volnočasovými aktivitami.

Resort sociálních věcí

V resortu sociálních věcí může sociální pedagog využít svých znalostí v oblasti sociální práce i výchovného poradenství a terapie v pozici sociálního asistenta, sociálního kurátora pro mládež, dále také se může uplatnit v institucích sociálně výchovné péče o seniory nebo ústavech sociální péče, České správě sociálního zabezpečení nebo městských a obecních úřadech (Uplatnění sociálního pedagoga v sociálních službách, 2014) dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Sociální pedagog může využít své schopnosti a svou kvalifikaci například v diagnostickém ústavu, v dětském domově, výchovném ústavu nebo například ve středisku výchovné péče a to zejména jako vychovatel nebo pedagog volného času (Bělík, a další, 2018).

Resort vnitra

V posledních letech vzrůstá potřeba pracovníků, kteří by zajišťovali profesionální péči sociálního zaměření v utečeneckých táborech a nápravných zařízeních, i zde může pracovat sociální pedagog, smyslem jehož poslání je pomoc skupinám s určitým znevýhodněním, cizincům, nebo skupinám a jednotlivcům, u nichž je žádoucí podporovat kompetence zvládání náročných životních situací a rozvíjet komunikaci se sociálním okolím a společností.

Ve výše zmíněných resortech a jednotlivých typech zařízení může sociální pedagog uplatnit své všeobecné znalosti (sem patří především vědomosti z obecné pedagogiky, psychologie nebo sociologie nebo všeobecný přehled), v závislosti na konkrétním profesním zařazení je třeba ovládat také speciální vědomosti (mezi ně se řadí například sociální pedagogika, organizace a řízení výchovy ve volném čase spolu, pedagogika volného času, znalosti základů managementu nebo personalistiky, andragogika nebo teorie komunikace) a dovednosti, které jsou pro výkon profese sociálního pedagoga stěžejní jsou schopnost sociálně komunikovat, vést dokumentaci, provádět diagnostiku prostředí nebo jedince, ovládat metody prevence a terapie (v oblasti sociálně pedagogické) (Kraus, a další, 2001).

3.3 Prevence rizikového chování

Rizikovým chováním rozumíme takové chování, které určitým způsobem ohrožuje zdraví člověka a jeho okolí a zároveň porušuje sociální normy uznávané v dané společnosti. Protože je na toto chování pohlíženo jako na interdisciplinární problém, zabývají se jím různé vědní obory. Z těchto oborů můžeme jmenovat například sociální pedagogiku, která zkoumá, mimo jiné, například vliv prostředí na jedince, dále etopedii, jako speciálně pedagogickou disciplínu, sociologii, psychologii nebo kriminologii.

Na poruchy příjmu potravy, přesto že se jedná o psychiatrická onemocnění, je možné nahlížet také jako na druh rizikového chování. Zde použijeme definici rizikového chování podle Širůčkové (in Bělík, a další, 2018), která popisuje takové jednání jako: „*rozmanité formy chování, které mají negativní dopady na zdraví, sociální nebo psychologické fungování jedince anebo ohrožují jeho sociální okolí...*“ (Bělík, a další, 2018 str. 10).

Kasal (in Bělík, a další, 2018) přistupuje k rizikovému chování také z hlediska vícero vědních disciplín, uvádí, že do rizikových skupin u mládeže, patří ty skupiny jedinců, kteří jsou během svého dospívání vystaveni vzájemně působícím ohrožujícím vlivům ze svého biologického,

sociálního, psychologického nebo sociálního a kulturního prostředí a zároveň je jejich chování vnímané společností jako ohrožující.

Prevence rizikového chování je jednou ze stěžejních oblastí, na niž je třeba se ve výchovně vzdělávacím procesu zaměřit a to jak na úrovni rodiny, tak i školy, ale také ve smyslu celospolečenském, protože rizikové chování je v porovnání s minulými generacemi, častěji součástí stylu života současné mládeže. Přestože se v určité míře jedná o přirozenou součást vývoje a takové typy chování se objevovaly i v předešlých generacích, stává se rizikové chování celosvětově jakýmsi trendem mezi dětmi a mladými lidmi. Řadíme sem například zneužívání návykových látek, poruchy chování, delikvenci, kriminalitu, autoagresivní chování a rizikové chování spojené s pohlavním životem (předčasný pohlavní styk, promiskuita, pohlavní choroby). Tyto a další typy chování spojené s obdobím dospívání, které mají mnohdy shodné příčiny a které jsou ovlivňovány existencí rizikových faktorů, jsou označovány za syndrom rizikového chování v dospívání (SRCH-D). O syndromu rizikového chování hovoříme v případech, kdy se rizikového chování jednatel dopouští ve více oblastech. Přestože je období adolescence do určité míry charakteristické hledáním sebe sama, testováním společenských hranic a experimentováním a ve většině případů dochází k vymizení projevů rizikového chování jedinců, mohou závažné následky tohoto chování přetrvávat i v dalších etapách života jedinců a mohou negativně ovlivňovat generace další.

Mezi dokumenty, které zpracovávají problematiku prevence, patří například *Národní strategie primární prevence rizikového chování dětí a mládeže na období 2019-2027*, *Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí a mládeže č.j. 21291/2010-28*.

Od působení prevence ve školách a vzdělávacích zařízeních očekáváme pozitivní vliv na vnímání hodnot, postoje a přesvědčení dětí. Zejména u žáků, jejichž rodinné nebo sociální prostředí nepřináší pozitivní podněty a vzory je primární prevence velmi důležitá. Své opodstatnění má i zaměření preventivního působení právě na děti a dospívající, neboť je zde dosahováno vyšší efektivity než při působení na dospělé a to i proto, že aktivity prováděné v rámci preventivních programů mohou probíhat v prostředí, které je pro děti přirozené. Na prevenci rizikového chování a rizikových jevů se kromě Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy podílí také národní a soukromé subjekty, zejména pak kraje a obce.

V resortu školství je strategie prevence rizikového chování ukotvena v několika závazných dokumentech, jedním z nich je například *Národní strategie primární prevence rizikového chování dětí a mládeže na období 2019-2027*.

Hlavním impulzem pro zařazování primární prevence v České republice byla od konce 20. století zvýšená potřeba předcházet vzniku závislosti na návykových látkách u mladých lidí v reakci na stoupající počty osob zneužívajících drogy. V roce 2005 došlo ke stanovení standardů, které specifikovaly kvalitu preventivních programů orientujících se na protidrogovou prevenci a jejich certifikaci, což mělo za důsledek profesionalizaci primární prevence. Protože tendence a sociální vývoj ve společnosti poukazyval na další typy rozšiřujícího se rizikového chování, které se týkaly například rasismu a xenofobie, šikany, záškoláctví a dalších a bylo třeba prevenci více systematizovat, byly v roce 2013 Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy schváleny Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů školské primární prevence rizikového chování (MŠMT).

Národní strategie prevence pojednává o rizikových jevech, které rozděluje podle jejich charakteru na: interpersonální chování (agresivita, šikana, rizikové chování spojené s užíváním multimédií, rasismus...), delikventní chování ve vztahu k předmětům a objektům (krádeže, vandalismus...), nevhodné chování spojené se školní docházkou (záškoláctví...), závislostní chování, rizikové sportovní aktivity, poruchy příjmu potravy, rizikové chování v reprodukční oblasti aj.

Z výsledků studií prováděných v posledních letech lze vyčíst klesající míru výskytu některých typů rizikového chování, například kriminality nebo zneužívání návykových látek nejen u nás, ale také v dalších evropských zemích. Tento pokles může být zapříčiněn různými okolnostmi, jakými jsou demografické změny, proměna způsobů trávení volného času, který se přesouvá tzv. „z ulice“ do soukromého prostoru, ale věříme, že tento klesající trend můžeme také částečně připisovat úspěšnosti realizovaných preventivních programů a preventivního působení.

3.3.1 Rizikové chování dětí a mládeže

Rizikové chování dětí a mládeže je zastřešující pojem pro různé typy chování, které je vnímáno jako rizikové. Podle míry závažnosti a také podle toho, kdo je tím určitým typem chování ohrožen můžeme rizikové chování dětí a mládeže rozdělit na tři kategorie (Bělík, a další, 2018).

V první kategorii se hovoří o mládeži zvýšeně zranitelné, nebo také o „dětech v riziku“ (at-risk youth), jejichž socializace může mít rizikový vývoj. Rizika v životě dětí z této kategorie mohou mít spojitost s jejich osobností (např. poruchy pozornosti a hyperaktivita), rodinným

zázemím, školním prostředím a společenskými podmínkami. Na tuto kategorii dětí a mladistvých by měla být upírána hlavní část pozornosti primární prevence a raná intervence.

Druhá kategorie zahrnuje děti, které ubližují zejména sami sobě (autoagresivita), patří sem užívání návykových látek, sebepoškozování, poruchy příjmu potravy a sebevraždy.

Ve třetí kategorii rizikového chování dětí a mládeže jsou zařazeny typy chování, které je ohrožuje okolí jedince nebo společnost (např. kriminalita).

3.3.2 Druhy prevence

Prevenčí se rozumí „*soubor opatření zaměřených na předcházení nežádoucím jevům*“ (Průcha, a další, 2003 str. 178). Podle objektu, na který je prevence cílená, rozlišujeme primární, sekundární a terciární prevenci, dále se pak dá na jednotlivé úrovně prevence pohlížet z hlediska toho, jak jsou zaměřené a s jakými specifickými skupinami se pracuje.

Primární prevence

Pojem primární prevence se zaměřuje na soubor faktorů a prostředí, které působí na jedince. Zaměřujeme se zde na možnosti ovlivnění části populace, u které se ještě rizikové chování neprojevuje, z obecného hlediska se primární prevence týká nezasažené části společnosti. Hlavním činitelem by měla být přirozeně rodina, protože její fungování a přístup významně formuje osobnost jedince, má vliv na postoje ke vzdělávání a volnočasové aktivity, rodinní příslušníci jsou často pro děti životními vzory a jejich přístup má vliv na utváření životních hodnot. Primární prevenci můžeme dále rozčlenit na specifickou a nespecifickou.

Nespecifická primární prevence zahrnuje důležité nástroje, metody a přístupy, které napomáhají rozvoji zdravé osobnosti, posilování zdravého sebevědomí, podněcování zájmu o volnočasové, sportovní, umělecké a dalších zájmové aktivity, podporu pozitivního sociálního chování a zdravého životního stylu.

Specifická primární prevence se zaměřuje na práci s částí společnosti, u které je vyšší pravděpodobnost negativního rozvoje a možný výskyt rizikového chování, pokud by u této skupiny populace nebyly podporovány a zařazovány aktivity zaměřující se na předcházení vzniku sociálně patologických jevů. Specifická primární prevence může být dále rozlišována ve třech úrovních- všeobecná, selektivní a indikovaná (Bělík, a další, 2018).

Specifická primární prevence **všeobecná** pracuje s většími skupinami, nejčastěji dělenými podle věku s důrazem na rozvoj pozitivních postojů a hodnot a na vhodné chování, bez konkrétního zaměření se na specifické rizikové skupiny.

Specifická primární prevence **selektivní** cílí na skupiny populace, u kterých se v důsledku například špatného sociálního nebo rodinného prostředí, zvyšuje riziko výskytu rizikového chování. Osoby, které realizují selektivní primární prevenci, musí plnit vyšší požadavky na odbornost a kvalifikaci než všeobecní preventisté. V rámci prováděných aktivit se klade důraz na zlepšení komunikace, vytváření kladných vztahů mezi jednotlivci, posilování tzv. měkkých dovedností, kam patří například (asertivní jednání, řešení konfliktů, samostatnost, zvládání psychické zátěže).

Indikovaná primární prevence je předstupněm sekundární prevence, protože se zaměřuje na jedince, kteří jsou již ohroženi, nebo vykazují známky rizikového chování. V takových případech se preventisté snaží eliminovat výskyt rizikového chování a snížit jeho negativní dopady.

Sekundární prevence

Cílovou skupinou sekundární prevence jsou jedinci a skupiny, které se chovají rizikově, a můžeme u nich předpokládat, že se mohou stát oběťmi nebo dokonce pachateli trestné činnosti, dále se sekundární prevence zabývá osobami a skupinami osob závislými na návykových látkách, alkoholu a gamblerství, řeší také záškoláctví, vandalismus, šikanu a další typy rizikového a delikventního chování. Mezi instituce, které poskytují služby sekundární prevence, patří krizová a kontaktní centra, střediska preventivně výchovné péče a specializované poradny.

Terciární prevence

Úlohou terciární prevence je znovu navrátit osoby s rizikovým chováním do společnosti, snižovat rizika (tzv. harm reduction) a pomoci jim vyvarovat se a předcházet opětovnému rizikovému chování. S terciární prevencí se můžeme kromě specializovaných center setkat také v zařízeních ústavní a ochranné výchovy, například v dětských domovech, nebo výchovných ústavech, protože součástí důležitého poslání terciární prevence je pomoc jedincům nejen s nápravou jejich rizikového chování, ale i s podporou jejich vztahů se společností a (znovu)nabytím odpovědnosti za své chování.

3.4 Prevence poruch příjmu potravy

Zdá se, že při vhodném působení na mladistvé především v době nástupu puberty, tedy v období, které je zvláště kritické, je možné předejít poruchám příjmu potravy. Nejdůležitější roli v preventivním působení hraje rodina a také výchovně vzdělávací instituce, které mohou v rámci výchovy ke zdravému životnímu stylu poskytovat vhodným způsobem informace o PPP, upevňovat u žáků zdravé stravovací návyky, vytvářet kladné klima ve třídách a v celé škole. Je zapotřebí dbát na vytváření takových podmínek, které povedou od rozvoje sociálních dovedností, přes respektování individuálních osobností, až po posilování zdravého sebevědomí (Krch, a další, 2003).

Prevence v Královéhradeckém kraji

Protože žiji v Královéhradeckém kraji, rozhodla jsem se zaměřit na doporučení některých institucí, které směřují k prevenci poruch příjmu potravy v tomto kraji.

Pedagogicko-psychologická poradna a Speciálně pedagogické centrum Královéhradeckého kraje uvádí mezi základními doporučeními zejména včasné zásahy u jedinců, u kterých pozorujeme náhlý nebo výrazný úbytek na váze, nebo opakovaně zvrací, dále zařazení vhodných aktivit a podporu zájmů jedince. U ostatních jedinců, kteří nevykazují známky rizikového chování, doporučují odborníci z této poradny spíše vyvarování se a předcházení experimentování s redukčními dietami a zaměřit se především na jejich neúčinnost, než pouze varovat před jejich nebezpečností.

Dále doporučují rodičům, vychovatelům i pedagogům předcházet zesměšňování a šikaně kvůli vzhledu, neznačkovému oblečení nebo tělesným výkonům a dalším individuálním odlišnostem. Nemocným a jejich blízkým by měly být zprostředkovány vhodné informační materiály, svépomocné brožury a příručky.

Naopak varují před pouhým předkládáním informací o poruchách příjmu potravy, prostředcích podporujících hubnutí a dalších nezdravých způsobech vedoucích ke ztrátě hmotnosti, nebo osobnostech, kterých se aktuálně týká, protože by to mohlo vést ke snaze dané chování napodobovat (PPPHK).

Na webových stránkách Královéhradeckého kraje jsou ke stažení materiály, které mohou například rodičům, pomoci lépe se orientovat v problematice PPP, rozlišovat průvodní znaky těchto onemocnění a také obsahují typy, jak jim předcházet. Materiály byly určeny pro

pedagogy, školní metodiky prevence a další odborníky v rámci chystaného semináře při PPP KHK v roce 2014. (Kosová, 2014)

Koncepční materiály, které se týkají prevence rizikového chování, je možné nalézt například na webových stránkách školského informačního portálu Královéhradeckého kraje (SIPKHK).

Dále v kraji působí několik neziskových organizací, které jsou činné mimo jiné také v oblasti prevence. Uvádíme například obecně prospěšnou společnost PROSTOR PRO, která jako nezisková nestátní organizace nabízí nízkoprahové a preventivní programy, akce pro veřejnost i odborné poradenství a to dokonce i „online“. Preventivní programy různého zaměření, včetně dlouhodobých programů primární prevence, jsou realizovány na základních a středních školách v rámci Královéhradeckého kraje i v jiných krajích. Tyto a další specializované programy podporují zdravé fungování nejen rodiny, ale přináší možnost zkvalitnění života jedince i společnosti (PRO).

Mezi další podobně zaměřené organizace patří například:

SEMIRAMIS, (z. ú.)⁵ poskytovatel sociálních služeb, který se dále zaměřuje na preventivní a adiktologické služby (SEMIRAMIS).

Salinger (z. s.)⁶ je sdružením, které nabízí prostřednictvím několika svých středisek v Královéhradeckém kraji a Pardubickém kraji pomoc a podporu především dětem, mládeži a rodinám (Salinger).

3.4.1 Protektivní faktory

Protektivní faktory jsou protipólem rizikových faktorů, jedná se o oblasti, na které je třeba se v rámci prevence zaměřit a které je vhodné rozvíjet, posilovat a upevňovat. Mezi faktory s potenciálem zvýšení odolnosti vůči negativním vlivům, které vychází z našeho nitra i vůči působení našeho okolí patří například pozitivní sebedůvěra, sebeúcta a sebeláska, psychická odolnost a stability.

Důležitá je podpora zdravého přístupu k vlastnímu tělu, protože se v praxi setkáváme s nadhodnoceným nebo podhodnoceným odhadem vlastních tělesných proporcí. Šmída ve svém výzkumu, který prováděl na střední zdravotnické škole v Bánské Bystrici, mezi 421 dívkami, které byly rozděleny na 2 skupiny podle věku. Při porovnávání jejich skutečné hodnoty BMI a jejich vlastního zařazení se do skupiny podle svého vnímání váhy (na

⁵ z. ú. – zapsaný ústav

⁶ z. s. – zapsané sdružení

stupnici: nevím, podváha, normální váha, nadváha) došel ke zjištění, že téměř polovina dívek z obou skupin, které se domnívají, že mají nadváhu, ji dle hodnoty svého BMI, nemají. Snad ještě více alarmující je pocit 26,4% dívek z první skupiny a 33% dívek ze skupiny druhé si oproti realitě neuvědomují svou podváhu (Šmída, 2017). V tomto ohledu může pomoci přístup rodičů, ale také vychovatelů a pedagogů, kteří mají možnost věnovat svou pozornost například nevhodným stravovacím návykům dětí a dospívajících.

3.4.1.1 Zdravý přístup k sobě i druhým

Protože součástí života je stres, je třeba se naučit adaptivním strategiím a osvojit si způsoby vyrovnávání se s různými druhy psychické zátěže (coping), zvládat své negativní emoce a prohlubovat kritické myšlení. Rozvoj sociálních dovedností, kam řadíme například komunikaci, navazování vztahů, seberegulaci, vhodné chování ve společnosti a schopnost vyjadřovat své myšlenky a pocity přispívá k vytváření lepších vztahů mezi jednotlivci, v rámci skupiny i v kontaktu s vnějším světem. V rámci školy mohou pedagogové vést své žáky ke zdravému vztahu k jídlu a jídelnímu chování vlastním příkladem nebo předkládáním vhodných vzorů z řad významných osobností. Důležitou roli mohou sehrát například učitelé tělesné výchovy, kteří mohou v rámci svých hodin s žáky provádět aktivity, které podpoří zvyšování tělesné kondice současně s potěšením z pohybu, motivovat žáky ke vzájemné spolupráci spíše než k zaměření se na pouhý výkon a přílišnou soutěživost. Klima, které je uvnitř skupiny nebo třídy a také atmosféra v celé škole je velmi důležitá pro pocity jednotlivců a ovlivňuje i jejich chování, je proto důležité klást důraz na zpětnou vazbu a to jak žáků, tak i učitelů ohledně vzájemné důvěry, přístupu a komunikaci.

Škola, ale i další subjekty, kde probíhá zájmové vzdělávání nebo děti a mládež tráví organizovaně svůj volný čas má možnost a v některých případech dokonce i povinnost zařazovat preventivní programy, které mohou být velmi prospěšné svým pozitivním dopadem na výše zmíněné protektivní faktory. Je ovšem dbát na správnou formu i obsah takových programů, protože, je zde riziko, že neodborně provedené programy mohou mít účinek přesně opačný, než je jejich poslání a mohou vést děti a mládež k nevhodnému experimentování například s návykovými látkami, dietami apod.

Podpora sebeúcty

V tom jak vysokou míru sebeúcty pocítujeme, se zrcadlí, nakolik ceníme sami sebe a také, to souvisí s mírou spokojenosti se sebou sama. Na naší sebeúctě závisí nejen vztah s námi samotnými, ale také to, jaké vztahy máme s naším okolím a na našich postojích k životu.

S vyšší mírou sebeúcty rostou naše schopnosti čelit náročným situacím a také pocit subjektivní pohody. Oproti tomu nízká míra sebeúcty může souviset s výskytem delikvence a predelikvence u mladistvých, vyšší konzumaci alkoholu, tabákových výrobků a dalších návykových látek. Nízká míra sebeúcty se často objevuje v anamnézách osob, které trpí některou z poruch příjmu potravy.

„Sebehodnocení a sebeúcta jsou budovány a rozvíjeny v rámci interakce jedince s prostředím a reflexe této interakce.“ (Sebeúcta jako klíčový protektivní faktor v primární prevenci sociálně patologických jevů, 2006)

Na raném vývoji sebeúcty se podílí v první řadě rodina a dále pak škola a další kolektivy a osoby, s nimiž dítě přichází do styku. Záleží především na tom, jak je vůči dítěti projevována citlivost, vřelost, pochopení, a přijetí ze strany dospělého, jak a jaké požadavky jsou dítěti kladeny, jak jsou vyhodnocovány výsledky jejich splnění.

Jedinci, jejichž sebeúcta je na zdravé úrovni, bývají ve svém životě a konání aktivní a vitální, se vyznačují zpravidla vyšším nezávislostí a celkovou stabilitou. Problematická sebeúcta se může projevat například tak, že jedinec je se sebou jen málo kdy spokojený, mívá tendence se předvádět a poukazovat na své největší úspěchy, srovnává se s těmi neúspěšnějšími, nebo může inklinovat k narcismu a přílišnému zaobírání se sám sebou.

Na sebeúctě, která se jeví jako problematická, je možné pracovat a pozitivně ovlivnit její míru, ať se jedná o nepřiměřeně vysokou nebo nízkou. Pomoci může rodina, přátelé, pedagogové, vedoucí zájmových činností a další osoby, které s jedincem, který má nezdravou míru sebeúcty, přichází pravidelně do styku. Základním principem je přijetí člověka a projevení opravdového zájmu o něj. Mezi další vhodné přístupy a doporučení patří:

1, Nekomparovat a podporovat- soustředit se na jedinečnost osobnosti, podporovat jeho zájmy, nesrovnávat výkony a schopnosti daného dítěte s druhými dětmi, nepodporovat soupeření.

2, Mít realistická očekávání- přizpůsobovat cíle tak, aby byly dosažitelné s ohledem na věk, osobnost a také podmínkám je důležité jak pro dospělé i pro děti. Realistické cíle mohou dítěti přinášet pocit zažitého úspěchu, který je velmi důležitý. K jeho dosažení může pomoci rozčlenění složitějších úkonů na jednotlivé zvládnutelné úseky, což předchází i předčasné ztrátě motivace.

3, Učit odvaze nebýt dokonalým- mít odvahu být smířený se svými nedokonalostmi, není jednoduché, zvláště pak v období adolescence, je však žádoucí považovat chybování za nutnou součást učení se a prostor ke zlepšení se a hledání jiných možností, jak dosáhnout vyměřeného cíle. Kromě ocenění ze strany významného dospělého, by mělo dítě být také vedeno k uvědomění si své snahy a píce a ke kladnému sebehodnocení (i dílčích úspěchů) a nesoustředit se pouze na konečný výsledek.

4, Podpořit samostatnost a umění rozhodovat se- je-li naším přáním, aby z dítěte vyrostla zdravě sebevědomá dospělá osobnost, která bude zodpovědná za své chování, ohleduplná k potřebám druhých i svých vlastních a schopná dělat správná rozhodnutí, pak je možné pomoci tím, že se dítě bude vést k samostatnosti, zapojovat se do chodu domácnosti, přebírat některé zodpovědné úlohy v péči o prostředí (ve třídě- zalévání květin, různé služby; v obci – př. podílení se na veřejných akcích, které mají všeobecně prospěšný charakter, například úklid obce; dobrovolnická činnost), ale také možnost rozhodovat o některých záležitostech (s přihlédnutím k věku dítěte).

5, Prokazovat úctu i dobrý smysl pro humor- je podstatné dítě přijímat s jeho chybami, náladami, negativními pocity i problémy. Přestože některé záležitosti se mohou jevit dospělému jako nepodstatné a malicherné, pro dítě mohou být velmi důležité a to je dobré mít na paměti při poskytování zpětné vazby, při níž důsledně oddělujeme hodnocení jednotlivých způsobů chování a hodnocení osoby dítěte. Zásadní je dítě trpělivě vyslechnout, umožnit mu vyslovit jeho názory a postoje v dané věci a je-li třeba poskytnout radu, pak tak činit bez nátlaku, přehnaného moralizování nebo dokonce posměchu. Vlastním příkladem také můžeme děti učit tomu, že není dobré brát se příliš vážně a že i vlastním problémům by se člověk měl umět zasmát (Sebeúcta jako klíčový protektivní faktor v primární prevenci sociálně patologických jevů, 2006).

3.4.1.2 Sociální vztahy jako projektivní faktor

Rodina

Přístup rodiny k dítěti, rodinné prostředí, materiální zázemí i osobní příklad životního stylu rodičů může být chápáno jako rizikový faktor (viz. podkapitola 2.1.2), ale samozřejmě také jako faktor protektivní. Rodinu chápeme jako protektivní faktor zejména pokud se vůči dítěti projevuje jako chápající, milující, podporující jeho zájmy, otevřená komunikaci a společným aktivitám v domácnosti i mimo ni. Neméně důležitý je také vztah k sourozencům dítěte, pokud se nejedná o jediné dítě v rodině. Z praxe víme, že ne vždy se rodičům daří věnovat

všem dětem stejný díl času, někdy záleží na pořadí, v jakém byly děti narozené, jindy jejich pohlaví, osobnostních rysech apod. je však více než žádoucí, aby všechny děti v rodině, bez ohledu na to, zda jsou vlastní či nevlastní, měli v rodině pocit, že jsou chtěné, milované a ceněné. Přesto je zcela samozřejmé, že v rodině a mezilidských vztazích čas od času dochází ke konfliktům a vzájemným střetnutím, ale pokud jsou tyto situace řešeny správně, to znamená především v klidu, konstruktivně, bez vzájemného obviňování s cílem někam se v rámci vztahu posunout, řešit problémy kompromisem a hledat nové cesty, poskytují tyto občasné „bouřky“ prostor pro hlubší vzájemné poznání, ukazují, jak lze nesrovnalosti řešit, a také dávají prostor pro osobní vývoj.

Podobné je to s přístupem ke stravování, jídlu obecně, dietám a vnímání sebesama ve smyslu postavy a tělesné konstituce. Pokud se rodina vyhýbá konfrontacím u společného oběda či večeře a pojímá tyto situace jako prostor pro sdílení radosti ze vzájemné společnosti, nových prožitků je to pro vyrůstající dítě pozitivně podnětné, zvláště pak, jsou-li konzumované pokrmy z hlediska svého složení pestré a vhodně upravené, aby přispívaly dobrému zdraví.

Rodina je také činitelem, který může rozpoznat, že je s dítětem, nebo mladým člověkem něco v nepořádku, může to být zásadní změna v chování, která se dosud nevyskytla a nedá se přičítat běžným projevům adolescentů v pubertálním věku ani určitému momentu s dočasným trváním. Přestože změny v chování samozřejmě nemusí mít souvislost s poruchami příjmu potravy, je třeba je chápat jako, byť částečně nevědomý, způsob komunikace dítěte s okolím. Pozornost je třeba věnovat zejména dlouhodobě zachmuřenému dítěti, nadměrně vzdorujícímu, odmítajícímu jídlo, nebo stravování v přítomnosti ostatních, nárazovitému konzumování většího množství jídla, náhlé a trvajících ztrátě zájmu o přátele a zájmy, které do té doby dítě konalo s radostí. Při výskytu výše zmíněných změn v náladách a chování jedince, nebo jiných, které nejsou v souladu s jeho běžným chováním, je vhodné povšimnout si a zaznamenávat frekvenci těchto projevů, což odkazuje na jejich závažnost a také nám mohou pomoci odhalit spojitost s ději, které chování předchází.

Jak již bylo několikrát zmíněno, rodina působí na děti, které v ní vyrůstají, proto by se rodiče, kteří pozorují změny v chování a náladách u svého dítěte a jeho přístupu ke stravování, měli pokusit o zhodnocení, zda jejich vlastního chování mají nějaký podíl na problémech dítěte. Důležitou úlohu zde hraje vztah k dítěti jako takový, jídelní chování rodičů, způsoby stravování, prostor pro vzájemnou komunikaci, řešení problémů a komplikovaných situací a celkové klima v rodině. Často je vzhled do situace pro členy rodiny obtížný a úspěšně řešit

situaci se nedaří, v takových případech je třeba obrátit se na odbornou pomoc (Fraňková, a další, 2013). Rodiče, kteří neodsuzují osoby s nadváhou, nepodřizují své smýšlení předsudkům a nespojují v obecném měřítku povahové vlastnosti s určitými rysy postavy, mohou poskytnout svým dětem vhodný úhel pohledu na ostatní osoby i sebe sama. Toto platí i v případě dietního chování, pokud diety nejsou v rodině (v první řadě především matkami) považovány za spásnou a rychlou cestu k lepšímu životu a probíhají pod lékařským dohledem, je méně pravděpodobné, že dítě bude v restrikci jídla spatřovat cestu jak vyřešit své problémy.

Společné aktivity a trávení volného času pohromadě, může pomoci dětem a dospívajícím nejen najít zálibu ve sportování, poznávání památek a dalších činnostech, které souvisí se zdravým životním stylem a napomáhají rozšiřování znalostí o okolním světě, ale v očích mnohých dětí je tento čas, který je vyhraněný rodině, symbolem zájmu a lásky k nim. Je to, jednoduše řečeno, čas, který máma a táta tráví s nimi a ne v práci, nebo jinými povinnostmi a který je velmi příjemný, zvláště mohou-li se sami děti podílet na výběru místa, které se navštíví, nebo činností, které se budou provádět.

Vrstevnická skupina

Především mládež v pubertálním věku mívá tendence prisuzovat velkou váhu názorům a postojům svých vrstevníků vůči své osobě. Přestože není často v silách rodičů nebo vychovatelů výrazněji zasahovat do výběru přátel a okruhu známých dítěte, je možné z pozice pedagoga a vychovatele pracovat na klimatu třídy, nebo skupiny. To, jak se dítě cítí ve školní třídě, kam chodí takřka každý den, velmi ovlivňuje jeho pohled na svět i na sebe sama. Dobrý kolektiv, přívětivý pedagog a další dospělé osoby, připravené dítě vyslechnout a podpořit jej jsou to zásadní oči je třeba ve školství usilovat.

Rodiče mohou pomoci svým dětem například tak, že je budou podporovat v jejich zájmových činnostech, například sportu, tanci, výtvarných nebo hudebních aktivitách, nebo je přihlásí do Skautu, což dětem umožní setkávat se s vrstevníky, kteří mají rády podobné činnosti a je zde pravděpodobnost, že se zde dítě bude cítit dobře a bude se dále rozvíjet.

3.5 Úloha sociálního pedagoga v prevenci rizikového chování

Jak již bylo několikrát zmíněno výše, sociální pedagog může najít profesní uplatnění napříč mnoha resorty, protože v rámci své profesní přípravy získal znalosti a osvojil si dovednosti z vědních disciplín, jako je pedagogika, sociologie, psychologie a mnoha dalších příbuzných

vědních oborů. V této podkapitole jsou předkládány konkrétní možnosti preventivního působení sociálního pedagoga přímo v souvislosti problematiky poruch příjmu potravy.

Sociální pedagog v sociálních službách

V souvislosti s problematikou poruch příjmu potravy se můžeme se sociálním pedagogem v sociálních službách setkat například v psychiatrických léčebnách, nemocnicích, krizových centrech nebo sanatoriích, kde sociální pedagog může pomoci s organizací volnočasových aktivit a provádět poradenskou činnost. Práce sociálního pedagoga vyžaduje v takovém případě individuální přístup s ohledem na příčiny klientových problémů, vhodně zvolený způsob komunikace a využitelné zdroje pomoci.

Při práci s dětským klientem do 15 let je nutná přítomnost zákonného zástupce (rodič, opatrovník...) a souhlas tohoto zástupce s prováděnou činností, protože dítě není právně způsobilé k úkonům.

Při práci s mládeží ve věku od 15 do 20 let, je vhodné mít na zřeteli, že mladiství bývají dostatečně nezralí k objektivnímu zhodnocení jejich situace, mají tendence své problémy řešit vlastními silami a tak může dojít k rozvinutí situace až do kritického bodu, kdy jsou zpravidla pomoci více otevření (Rizikový klient a sociální práce, 2010).

Sociální pedagog může najít také vhodné uplatnění v nízkoprahových centrech, které poskytují služby rodinám, školám nebo jednotlivcům a to například prostřednictvím preventivních programů, ať specifické či nespecifické prevence zejména primární a sekundární. Některé příklady těchto center uvádíme v podkapitole 3.4 Prevence PPP, v části „Prevence v Královéhradeckém kraji“.

Sociální pedagog v roli vychovatele

Dalším příkladem může být práce vychovatele v zařízení pro mladistvé, nebo v dětském domově. Vychovatel je osobou, rozvíjí v dětech jejich potenciál, klade důraz na rozvíjení kladných vlastností dětí, podporuje vytváření zdravých mezilidských vztahů, učí základním pravidlům společenského chování a dohlíží na děti při běžných činnostech, jako jsou herní a sportovní aktivity, zájmové činnosti, zkrátka vychovává. Skrze jeho osobu a jím řízené, kontrolované a prováděné činnosti vedou k procesu socializace dětí, o které se stará.

„Sociálny pedagóg v oblasti výchovy a vzdelávania detí a mládeže je vychovávateľom a podporovateľom v ich osobnom raste na ceste „byť človekom.“ (Spoločné a rozdielne znaky profesie sociálneho pracovníka a sociálneho pedagóga, 2010 str. 250)

Socializace je pojem, který je možné vyložit, jako vrůstání, nebo začleňování jedince do společnosti. Socializace je proces celoživotní a probíhá většinou na dvou úrovních, protože částečně se jedná o socializaci řízenou, během které dochází k cíleným zásahům např. ze strany rodiče, učitele, vychovatele a přirozenou, kdy se jedinec zařazuje do společnosti nápodobou a interakcí ve společnosti (Vacek, 2017).

Sociální pedagog v roli vychovatele se tedy stává jedním z hlavních činitelů socializace, má možnost vytvářet vhodné prostředí, ve kterém se tento proces odehrává. Bohužel i v případech, kdy se vychovatelé svým svěřencům věnují s vypětím všech sil a snaží se dětem zprostředkovat ty neoptimálnější podmínky pro jejich vývoj, je třeba zdůraznit nezastupitelnou roli rodinné výchovy.

„ Rodinná výchova je nezastupiteľná zejména v rovině rozvoje emoční složky dítěte. Absence láskyplné rodinné výchovy má nutně závažné následky.“ (Vacek, 2017 str. 78)

V možnostech sociálního pedagoga, vychovatele ani jiného odborníka, tak není prostor pro zcela rovnocenné zastoupení postu vyhraněného pro rodinu. Nemůžeme ani do rodin přímo zasahovat, pokud o to sami neprojeví zájem, tato práva náleží pouze polici, soudu, nebo orgánu sociálně-právní ochrany dětí (OSPOD). Sociální pedagog však může při své práci s dětmi a mládeží pomoci měnit pohled jedince na jeho slabé stránky tak, že je bude chápat jako prostor pro svůj osobní růst. Další možností je také ovlivňování prostředí, které jedince obklopuje. Vzhledem k tomu, že se sociální pedagogika opírá o další vědní obory a disciplíny jsou i některé metody, které se v rámci jejího působení používají shodné s metodami užívanými v těchto příbuzných disciplínách.

Aby mohl vychovatel pozitivně působit na klima ve výchovné skupině, důležité být co nejpodrobněji seznámen o individuálních zvláštностech a specifičích osobností jednotlivých jedinců ve skupině vychovávaných dětí, protože tato znalost má výrazný vliv na pozitivní působení na jedince. V rámci své pracovní náplně se také seznamuje s osobními dokumenty dětí, eviduje návštěvy dětí, seznamuje se školními výsledky, dohlíží na školní přípravu a komunikuje s vyučujícími. Také si vede pedagogický deník, do kterého zapisuje hodnocení

dětí a výchovná opatření a který, dále obsahuje osobní dokumentaci dětí a kontakty na blízké osoby.

V rámci činnosti vychovatele má sociální pedagog možnost působit průběžně v souladu se zásadami primární prevence, budovat ve svých svěřencích sebedůvěru, zdravé sebehodnocení, prohlubovat schopnosti komunikace, porozumění sobě sama, výchovně působit na prohlubování vzájemné tolerance, altruismu a spolupráci a nabízí jim také pomoc ve smyslu pomoci sociální, v rámci osvěty a také terapie, úpravou režimu nebo prostředí a působením na vzájemné vztahy za využití klasických výchovných metod, kam řadíme například užívání příkladů, rozhovorů, vysvětlování, využívání odměn a trestů i specifických metod (například pedagogizace prostředí, animace, využití životní situace apod.).

Specifická primární prevence zaměřená na poruchy příjmu potravy může být realizována prostřednictvím sociálního pedagoga tak, že u výchovné skupiny klade důraz na správné stravovací návyky, zásady zdravé výživy, důležitost tělesných aktivit, neúčinnost diet z časopisů apod.

V následujících odstavcích uvádím stručný popis některých metod, které jsou sociálnímu pedagogovi k dispozici.

Rozhovor

Univerzální metodou, která má v rámci sociální pedagogiky zásadní postavení je rozhovor. Rozhovor může mít různá zaměření a sloužit k různým účelům. Při poradenské činnosti využíváme rozhovor diagnostický, v rámci terapie terapeutický rozhovor, v rámci výchovného procesu se jedná o rozhovor výchovný a také diagnostický. Během rozhovoru se může odborník dozvědět podstatné i zdánlivě nedůležité informace, které mohou přispět k lepším výsledkům a vyšší efektivitě práce s vychovávaným nebo klientem. Od sociálního pedagoga, který rozhovor vede se, očekává zajištění odpovídajícího prostředí a času s přihlédnutím ke sledovanému účelu rozhovoru, dále pak citlivý přístup, soustředěnost, umění aktivního naslouchání a vhodné poskytování zpětné vazby. Obsah nebo výsledky rozhovoru mohou být následně zpracovány formou písemných či ústních výstupů (Junová, 2018).

Pozorování

Pozorování je záměrným druhem vnímání, kdy plánovitě a cílevědomě věnujeme pozornost určitému jevu, činnosti, osobě a pozorovaným skutečnostem přikládáme určitý význam (Vacek, 2017). Sociální pedagog v souvislosti s preventivní činností v rámci problematiky poruch příjmu potravy se tak může zaměřovat na rozdíly v jídelním chování, odlišnému stylu oblékání, náhlé změně chování apod., které mohou odkazovat na určitý problém.

Pedagogizace prostředí

Jedná se o metodu, jejíž podstatou je organizování prostředí, které jedince ovlivňuje v jeho rozvoji a také tato metoda umožňuje ovlivnění prostředí tak, aby bylo v souladu s vytyčenými výchovnými cíli.

Animace

Animace je jednou z nedirektivních metod a využívá se převážně ve spojitosti s výchovně pedagogickým působením v oblasti volného času, protože spočívá v aktivizaci účastníků, klade důraz na participaci a vytváří prostor pro možnosti volby a převzetí iniciativy účastníky. Z hlediska prevence u poruch příjmu potravy je velmi důležitá právě podpora svobodného rozhodování a hledání vlastních cest s možností seberealizace, sebevyjádření. Mezi další výhody při užití této metody patří, že přispívá vytváření výchovného vztahu mezi pedagogem a skupinou i rozvoj skupiny samotné (Junová, 2018).

Metoda využívání životních situací a inscenační metoda

Sociální pedagog může také využít konkrétní reálné životní situace, nebo situace uměle navozené (inscenační metoda). Právě modelové situace se v prevenci rizikového chování a rizikových jevů velmi osvědčují, umožňují totiž dětem a mladistvým si určité situace vyzkoušet a prožít, což jim umožňuje se v životě snadněji rozhodovat a možná rizika včas rozpoznat.

Sociální pedagog ve školním prostředí

Výše uvedené metody má možnost sociální pedagog využít i ve školním prostředí, kde se s ním můžeme setkat nejčastěji jako s vychovatelem v družině, asistentem pedagoga, nebo pedagogickým pracovníkem spolupracujícím s dalšími pedagogy.

Vychovatel ve školní družině má možnost pozitivně výchovně působit zpravidla na žáky z ročníků prvního stupně základní školy. Zde může rozvíjet u dětí tolik potřebné kritické myšlení, schopnosti komunikace, podporovat vyjadřování vlastních pocitů a myšlenek a působit také na klima jednotlivých skupin, podporovat vzájemnou toleranci a s dětmi hovořit o různých tématech. S ostatními žáky a především těmi staršími může vychovatel pracovat v rámci školních projektových dnů, pořádaných workshopů a dalších aktivit.

Někteří absolventi sociální pedagogiky v magisterském programu, využívají možnosti doplnění odborné kvalifikace podle vyhlášky č. 317/2005 Sb. Toto doplnění kvalifikace jim poté umožňuje vykonávat přímou pedagogickou činnost jako učitelé na druhém stupni základních škol a učitelé odborných a všeobecných předmětů na středních školách.

Ať již jako vyučující pedagogové, nebo vychovatelé mohou sociální pedagogové spolupracovat s dalšími pedagogy a jinými pracovníky a podílet se na podpoře rozvoje žáků nejen po stránce vědomostní, ale také z pohledu výchovy.

Dovoluji si vyslovit myšlenku, že primární nespécifická prevence by měla být neustále přirozenou součástí pedagogického procesu, ne pouze částí určitých segmentů kurikula, které je nutné do výuky na školách zahrnout.

Procesu rozvoje žáků ve smyslu sociální výchovy napomáhá i zařazení průřezových témat do rámcových vzdělávacích programů (RVP) a to od roku 2004. Každá mateřská nebo základní škola si během dvouletého období stanoveného zákonem, od roku 2005 začala s vytvářením vlastního školního vzdělávacího programu (ŠVP). Průřezová témata jsou témata, která mají žákům přinášet komplexní pohled na probíranou látku, podporovat rozvoj jejich osobnosti, ale podporovat a budovat sociální a morální postoje a kvalitní hodnotový systém s aspekty multikulturalismu a demokracie (Stašová, a další, 2015).

Výchova ke zdraví

Průřezové téma výchova ke zdraví pojednává o přirozených událostech a milnících lidského života, dává prostor pro pochopení rozmanitosti a spletitosti vztahů mezi lidmi (přátelství, partnerství, rodinné vztahy). Tematický okruh zpracovávající oblast „Změny v životě člověka a jejich reflexe“, přibližující sexuální dospívání a reprodukci, vyžaduje od pedagoga patřičně citlivý přístup a je náročný na podání i zpracování. V tématice poruch příjmu potravy je problematické přijetí ženskosti dospívající dívkou častým působícím faktorem. Přestože

„zasvěcení do ženského světa“ je především úlohou pro matku dívky, i citlivá pedagožka může poskytnout důležité informace, nebo nabídnout individuální pomoc.

V rámci představení okruhu „Zdravý způsob života a péče o zdraví“ je možné výchovně působit například v oblasti zdravé výživy. Dospívající dívky, ale i chlapci, kteří nejsou spokojeni se svou postavou, by měli, mimo jiné, být informováni o tom, že prostý výpočet svého BMI indexu není jednoznačný údaj, protože u mládeže a dětí je třeba vycházet také z růstových tabulek apod. Dívky si v pubertálním věku obzvláště zakládají na svém vzhledu, svých vlasech, pleti, nehtech a proto by mohly být u tématu zdravé výživy zvláště vyzdvihnuty blahodárné účinky vyvážené stravy dobrou tělesnou kondicí i z hlediska estetického. A také je důležité zmiňovat, že diety, nejen že jsou neúčinné a jednostranné vyřazení určitých potravin z jídelníčku může přinášet nežádoucí JO-JO efekt, ale také mohou vést ke ztrátě vitaminů, jejichž náhrada potravinovými doplňky není dostačující.

Jako další tematické okruhy jsou ve výchově ke zdraví zařazovány „Rizika ohrožující zdraví a jejich prevence“, „Hodnota a podpora zdraví“ a „Osobnostní a sociální rozvoj“ (Pernicová, 2006).

Osobnostní a sociální výchova

V kontextu problematiky poruch příjmu potravy se také jako velmi přínosná až zásadní, jeví **osobnostní a sociální výchova**, která přináší rozvoj praktických dovedností využitelných v praktickém životě a to zejména s důrazem, jak na rozvoj osobnosti (zvládnání vlastního chování, porozumění sama sobě), tak rozvoj sociálních dovedností (rozvoj komunikace, utváření zdravých mezilidských vztahů), tak také rozvoj morální (uvědomování si životních hodnot, tolerance jiných názorů, přístupů, chápání důsledků lidského chování) (Stašová, a další, 2015).

Vzhledem k faktu, že mezi organizačními styly výuky na mnoha českých školách převládá frontální způsob výuky (Zormanová, 2012), mohl by právě sociální pedagog se svými metodami (diskuse, inscenační metoda, metoda využívající životní situace, animace...) být úspěšnější a to nejen ve smyslu míry zaujetí žáků, ale také ve smyslu míry žáků, kteří si získané informace osvojí, jak teoreticky, tak také prakticky.

Média v našich životech a mediální výchova

Média přenáší znaky, zvuky a obrazy, které se v myslích jejich uživatelů stávají souborem informací s určitým smyslem a významem. Každý uživatel může k jednomu sdělení přistupovat jinak, dávat jeho obsahu jiný význam a jinak s tímto sdělením nakládat. Komunikace v masmédiích, není omezena pouze na verbální (slovní) nebo nonverbální sdělení (gesta, postavení těla, mimika), zahrnuje v sobě sdělení, která určitým způsobem souvisí se skutečnostmi, která existují mimo mediální svět. Obsahy sdělení mohou být různorodě zaměřené a jejich působení na příjemce může způsobovat fyziologické i psychické následky. Z tohoto pohledu je asi nejzranitelnější skupinou společnosti mládež a děti, u kterých bývají tyto následky markantnější, než u dospělé populace.

Výzkum provedený Krausem a kol. (2015), který se zaměřoval na současnou rodinu a její životní styl, odhalil, že respondenti z domácností s dětmi ve věku do 18 let ve více než 95% uvedli, že vlastní alespoň jeden televizní přijímač, počítač a mobilní telefon. (Kraus, 2015) Podobně vysoké zastoupení rodin s dětmi, které vlastní počítač ukazuje i šetření ČSÚ z roku 2018, které si kladlo za cíl zjistit procentuální zastoupení domácností z České republiky, v jejichž vlastnictví je počítač. Nejvyšší míra domácností, které vlastní počítač, byly domácnosti s dětmi a jejich počet vzrostl z 93,8% v roce 2015 na 95,8% v roce 2018.

Vybavení domácnosti internetem se stává stále častější záležitostí a také v určitém ohledu i nutností, protože připojení k internetu je využíváno i pro plnění školních povinností a samostudium. Digitalizaci podléhá postupně i školství a to nejen ve způsobech a formách výuky, ale také při vedení záznamů, kam patří například elektronická třídní kniha, elektronické žákovské knížky, nebo platformy pro komunikaci rodičů a učitelů, popřípadě žáků a učitelů.

Výhodou těchto opatření může být transparentnost, přehlednost a ucelenost a jednotnost formy. Nevýhodou může být pro rodiny nutnost pořízení si nejméně jednoho multimediálního zařízení, které bude umožňovat komunikaci se školou i obsluhu administrativních záležitostí a plnění studijních povinností. U rodin s větším počtem školou povinných dětí, může nastat potřeba mít těchto zařízení více, což může být pro některé rodiny finančně příliš náročné, některým rodičům také mohou chybět patřičné praktické dovednosti pro elektronickou administrativu záležitostí souvisejících se školní docházkou.

Stále vzrůstající počet vlastněných přístrojů, které umožňují přijímání masmediálních sdělení, souvisí s vyšší životní úrovní, společenským postavením i snahou o dosažení osobního komfortu. Někdy jsou ale tyto moderní přístroje částečně i nutností, kterou předepisuje vývoj lidské společnosti a stále zvyšující se nároky na to, být „v obraze“, ale často i na to, být „v kurzu“ a v neustálém spojení s (virtuální)realitou.

Z médií si děti nejdříve odnáší odmítavé pocity k tloušťce a až následně dochází k vytváření idealizace štíhlosti jako normy pro krásu. Obezita a nadváha jsou společností zavrhovány a to nejen ze zdravotních důvodů. Skandalizaci obezity zmiňují i Krch s Marádovou a dodávají, že již malé děti mnohdy popisují osoby s nadváhou jako „*líné, hloupé, nešikovné a smutné*“ (Krch, a další, 2003 str. 17). Takovéto názory přejímají od útlého věku například z televizních seriálů a různých příběhů, kde obézní děti bývají vykreslovány jako zlé, nebo hloupé. Rizika stereotypizace obezity a negativních povahových vlastností se promítají do způsobů uvažování diváků.

Mládež a především mladší děti bývají sociálně naivní, vnímají mediální osobnosti jako osobnosti reálné, jejich emotivní zkušenost, která vychází z jejich mediální zkušenosti, je ovlivňuje obdobně jako reálně prožitá zkušenost.

Novák (2010) uvádí ve své publikaci, že sociální prostředí a média více ovlivňují spokojenost dívek s vlastním tělem než chlapce. Chlapci vnímali média spíše, jako informační pramen k nalezení informací, jak zapracovat na své postavě. „*Sledování televize u chlapců je přímo úměrné vzniku negativních stereotypů tlusté dívky, ale nepodporuje negativní stereotyp tlustého chlapce.*“ (Novák, 2010 str. 15) Je důležité žáky seznamovat se způsoby, jak načerpané informace a vjemy z virtuálního prostředí zpracovat, jak jim porozumět, naučit je strategie vedoucí ke vhodnému rozkódování jednotlivých sdělení i pochopení mediálního prostředí. Mediální výchova má za úkol žákům vštípit základní mediální gramotnost, pomoci při orientaci ve fungování mediálního světa a zároveň poučit o vlivu médií na chování společnosti i jednotlivců, varovat před mediálními riziky jako je například kyberšikana, kyberstalking nebo nevhodné chování na internetu. Riziko spojené s využíváním médií, však není pouze ve spojitosti s venkovním světem, ale i v míře, četnosti a způsobu našeho zacházení s nimi. Z těchto důvodů je nutné dětem vysvětlit, jak tyto rizika rozpoznat a vyrovnat se s nimi, jak je řešit a na koho se obrátit s žádostí o pomoc.

Mediální výchova nejen pro děti

Dalším z průřezových témat v ŠVP škol je například mediální výchova. Mediální výchova má možnost zkvalitnit dovednosti žáků s IT technologiemi, ale také přispět ke kvalitnějším sociálním vztahům ve škole i mimo ni. Přestože, dnešní žáci zpravidla nemívají větší problémy při zvládnání způsobů práce s mediální technikou a v některých oblastech předčí i své vyučující, je vhodné mediální výchovu do výuky zařadit. Výše uvedené vyjadřují i slova Semráda a Škrabala: „...současná mládež má takové informační kanály, že co do množství informací často zastihuje i své učitele a rodiče. Problém současné mládeže tkví v tom, že s těmito informacemi sama neumí pracovat a tak o hodnoty v nich obsažené častěji přichází.“ (Semrád, a další, 2012 str. 110)

Osvěta v oblasti mediální výchovy však nemusí být vázána pouze na školní prostředí, je možné ji realizovat také v terénu, prostřednictvím sociálních sítí nebo dalších internetových platforem (Stašová, a další, 2015). Význam mediální výchovy můžeme spatřovat také v pěstování kritického myšlení a přístupu k různým druhům sdělení, učení se rozdíly rozpoznávat a správně vyhodnocovat jejich důvěryhodnost a identifikaci faktů a fikce. Mnozí žáci by mohli rozvinout svůj talent a tvůrčí schopnosti při sestavování třídního nebo školního zpravodajství. Při přípravě obsahu svého mediálního sdělení by se děti naučily chápat autorství, využívání vhodných zdrojů a jejich ověřování. Při osvojování si poznatků o fungování médií si žáci mohou vyzkoušet, jaké je postupy využívají novináři, moderátoři, komentátoři, osoby v reklamách apod. Toto cvičení by mohlo být pojato jako zpestření někdy až příliš běžné frontální výuky a její přínos by mohl být i ve vytváření a upevňování zdravého sebevědomí jednotlivců i rozvoji spolupráce ve skupině a v neposlední řadě také v odstraňování předsudků a strachu z vystupování před dalšími lidmi.

„Mediální agenda činí mnohem více, než pouze než pouze ovlivňuje obrazy v našich představách. Média mnohdy ovlivňují naše postoje a názory, a dokonce naše chování.“ (McCombs, 2009 str. 187)

Jak uvádí nejen výše uvedený úryvek, média mají vliv i na to, jak se chováme a to nejen ve vztahu k druhým, ale i k sobě samotným. Mediální výchova může mít pozitivní vliv na celou řadu sociálních dovedností a jiných tzv. měkkých dovedností, které jsou pro dobré soužití s ostatními důležité, například, schopnost vzdorovat tlaku společnosti a také umět se správně rozhodovat a být za své činy zodpovědný. Dále můžeme zařadit schopnost motivace ke

zdravému způsobu života, regulace času věnovaného mobilním telefonům, internetu a jiným médiím.

Média však ovlivňují nejen děti, ale i dospělé nebo seniory. Osobně vnímám seniory jako skupinu, která může být vlivem médií velmi ovlivněna, často i negativně. Na rozdíl od generace dnešních dětí a mladistvých, dnešní senioři se do doby s všudypřítomnými IT technologiemi nenarodili, ale více či méně se s nimi sžili a naučili zacházet. Existuje mnoho seniorů, kteří využívají média často a s nadšením, najdou se ovšem i tací, kterým jejich užití činí potíže. Větší hrozbou ale, podle mého názoru, může být spíše určitá naivita a mnohdy slepá důvěra k informacím, které se lidé dozvídají z televize, ale především z internetu. Dnešní třetí generace často jedná ve smyslu: „Co je psáno, to je dáno.“ Výsledkem je pak mnohdy znepokojení, předsudky, neřku-li panika, kterou způsobí například plošně emailem rozšířený hoax nebo fake news. Z těchto důvodů pokládám za důležité o nástrahách médií hovořit nejen s dětmi, ale i v podobném duchu konat osvětovou činnost i pro starší generace, potažmo celou populaci, například formou přednášek pro veřejnost, nebo krátkých televizních spotů a vnímám za správné, že se bezpečné užívání médií stalo jednou z prioritních oblastí v primární prevenci rizikového chování.

3.6 Shrnutí kapitoly

V úvodu této kapitoly v podkapitole „3.1 Sociální pedagogika“ uvádíme ve stručnosti historii sociální pedagogiky na našem území, protože chceme přiblížit souvislosti spojující sociální pedagogiku a ostatní sociálně a pedagogicky zaměřené vědy a zmiňujeme také hlavní osobnosti této vědní disciplíny. Dále v podkapitole „3.2 Sociální pedagog a jeho uplatnění“ představujeme profesní předpoklady sociálního pedagoga a některé důvody a možnosti jeho uplatnění v jednotlivých rezortech. V podkapitole „3.3 Prevence rizikového chování“ nejprve charakterizujeme rizikové chování mládeže a upozorňujeme jeho dělení, dále se zabýváme pojmem prevence, tu dělíme na primární, sekundární a terciární a uvádíme její specifika a zaměření. Podkapitola „3.4 Prevence PPP“ zmiňuje prevenci v Královéhradeckém kraji a poté rozpracovává faktory, které mohou v souvislosti s poruchami příjmu potravy působit, jako faktory ochranné. Závěrečná podkapitola „3.5 Úloha sociálního pedagoga v prevenci rizikového chování“ nastiňuje možnosti preventivního působení sociálního pedagoga při práci v sociálních službách, dále na pozici vychovatele např. v dětském domově a také v roli pedagogického pracovníka ve školách, kde se věnujeme především důležitosti průřezových témat a výchov (Výchova ke zdraví, Osobnostní a sociální výchova, Mediální

výchova), jejichž obsah je možné vztáhnout a využít právě pro prevenci poruch příjmu potravy a to nejen při klasické výuce, ale také je možné jejich prvky zahrnout do volnočasových aktivit, které škola pořádá.

4 Praktická část

Teoretická východiska

V teoretické části práce, v kapitole „1 Poruchy příjmu potravy“ seznamuji čtenáře s tematikou poruch příjmu potravy, kde podrobněji uvádím diagnostická kritéria a další zásadní informace především z lékařského pohledu u mentální anorexie, mentální bulimie, záchvatovitého přejídání a uvádím také nespecifické poruchy příjmu potravy, mezi které se řadí bigorexie, orthorexie a také drunkorexie.

Pro všechny zmíněné poruchy platí, že se týkají nezdravého přístupu k jídlu, jídelnímu chování a některé také zkresleným vnímáním vlastní postavy. Proto v kapitole „2 Působící faktory, projevy a léčba poruch příjmu potravy“ upozorňujeme další spojitosti mezi jednotlivými poruchami a jejich typy, které je možné spatřovat ve faktorech, které mohou působit rizikově, ty pak můžeme rozdělit na biologické, rodinné, individuální a sociokulturní. Uvádíme také projevy, které poruchy příjmu potravy provázejí a důsledky, které mohou při onemocnění přivodit. Projevy i důsledky se promítají nejen na fyzickém a psychickém zdraví jedinců, kteří jimi trpí, ale také zasahují do jejich sociálního života a ovlivňují vztahy s jejich okolím.

Proto se v kapitole „3 Preventivní činnost sociálního pedagoga u poruch příjmu potravy“ věnujeme v první řadě nejprve sociální pedagogice a vymezení profesních charakteristik sociálního pedagoga a možnostem jeho pracovního uplatnění a také rizikovému chování dětí a mládeže, kam je možné poruchy příjmu potravy také zařadit, protože se jedná o typ chování, které je nebezpečné pro samotného jedince, ale negativně působí také na jeho sociální okolí a fungování ve společnosti obecně. Protože některým příčinám, které způsobují PPP je možné vhodným výchovným působením předcházet, nebo je možné jej ovlivnit, věnujeme se v závěrečných podkapitolách této kapitoly možnostem prevence rizikového chování, zvláště se zabýváme možnostmi preventivního působení sociálního pedagoga v sociálních službách, na pozici vychovatele a také jako pedagogického pracovníka na půdě školy.

Pro praktickou část své diplomové práce jsem zvolila kvalitativní metodu výzkumu.

4.1 Cíle výzkumu

V úvodu této diplomové práce uvádím formulaci jejího cíle. Cílem práce je: **S oporou o odbornou literaturu popsat a zanalyzovat problematiku poruch příjmu potravy a zjistit, jaké jsou možnosti sociálního pedagoga v prevenci poruch příjmu potravy.**

V teoretické části práce jsem poruchy příjmu potravy popsala, věnovala jsem se také faktorům, které působí při jejich vzniku a zaměřila se na možnosti sociálního pedagoga při prevenci těchto poruch za využití odborné literatury, studia internetových zdrojů a také dokumentárních a publicistických pořadů zaměřených na PPP.

Vědecko výzkumná otázka, která je zároveň i cílem praktické části práce, zní: **Které faktory poruch příjmu potravy může sociální pedagog rozpoznat a ovlivnit?**

Na počátku svého výzkumu jsem vyslovila **vědecko výzkumný předpoklad**: „**Důležitým faktorem v prevenci PPP je přístup pedagoga-lidský i profesionální.**“

Následně jsem formulovala **hlavní výzkumnou otázku (HVO)**, která zní: **Jaké osobnostní faktory hrají důležitou roli v prevenci PPP?**

Dále byly formulovány dílčí výzkumné otázky:

DVO1: Jaké jsou zdroje (zdravého) sebepojetí?

DVO2: : Jaký je význam sociálního prostředí pro prevenci PPP?

DVO3: Čím se vyznačují pedagogové, kteří jsou vnímáni jako důvěryhodní?

4.2 Metoda sběru dat, charakteristika respondentů

V rámci svého výzkumu chci interpretovat myšlenky a zkušenosti respondentů a zaměřit se na zkoumání hloubky dané problematiky, zvolila jsem proto *kvalitativní výzkum, který lze charakterizovat jako nenumerické šetření, které interpretuje sociální realitu* (Linderová, a další, 2016). Techniku, kterou jsem pro tento účel zvolila, jsou polostrukturované rozhovory.

Gavora uvádí, že: „*Hlavním rysem kvalitativního výzkumu je dlouhodobost, intenzivnost a podrobný zápis.*“ A také, že výzkumník si všímá, kromě sledovaného cíle, i: „*rozdílů mezi zkoumanými osobami a zjišťuje, zda existují rozdíly v tom, jak se ony dívají na danou věc.*“ (Gavora, 2000 str. 142)

Jsem si vědoma limitu mého výzkumu, který spočívá v tom, že informace, které jsem zpracovávala, udávají poměrně široký soubor informací o relativně malém počtu jedinců a z toho důvodu je generalizace na celou populaci nemožná (Disman, 2002).

Předvýzkum

Součástí praktické části mojí práce byl také před-výzkum, v jehož rámci jsem provedla rozhovor s prvním respondentem. Na základě tohoto prvního rozhovoru jsem rozhovory s dalšími respondenty rozšířila o některé otázky, které se ukázaly jako užitečné pro nalezení odpovědi na hlavní výzkumnou otázku a další výzkumné otázky. Setkala jsem se také s tím, že některé otázky, které jsem prvnímu respondentovi položila, nesměřovaly k cíli této diplomové práce a tak jsem je již dalším respondentům nepokládala.

Jako metodu sběru dat, jsem použila polostrukturované rozhovory, které jsem provedla s celkem 11 respondenty ve věku 12-17 let. Jednalo se o pět chlapců a šest dívek. Otázky pro rozhovory jsem pečlivě promýšlela a snažila jsem se je formulovat, aby odpovídaly cíli mé práce a aby moji respondenti neměli pocit, že jsou nabádáni k nějaké konkrétní odpovědi. Proto je většina otázek pokládaných během rozhovorů a které přikládám v příloze A, ve formě otevřených otázek. Při provádění každého rozhovoru jsem se snažila respondentům poskytnout dostatek prostoru pro vyjádření jejich myšlenek a navodit atmosféru dostatečně přátelského dojmu a současně zachovat celému procesu vážnost, kterou si zaslouží. Průběh rozhovorů jsem po svolení respondentů, zaznamenávala pomocí diktafonu v mobilním telefonu a později přepisovala do textové podoby. Respondenti s nahráváním rozhovorů souhlasili, se zveřejněním rozhovorů v podobě audio záznamu však nikoliv. Vzhledem k citlivosti jejich výpovědí to považuji za pochopitelné a jejich stanovisko je pro mne zavazující.

Opatření, která byla zavedena z důvodů pandemie koronaviru, bránila uskutečnění osobních setkání s některými respondenty a způsobila tak komplikace v provádění mého výzkumu. Z těchto důvodů jsem provedla pouze 5 rozhovorů klasickým způsobem v období leden-březen 2020, tedy "tváří v tvář", z toho tři rozhovory proběhly v parcích v místě bydliště respondentů a 2 v kavárně, taktéž v místě jejich bydliště. Zbýlých 6 rozhovorů proběhlo (v dubnu až červnu) prostřednictvím videohovorů s respondenty přes počítačový program „Skype“, který umožňuje konverzaci v audio-vizuální podobě. Osobní rozhovory proběhly s respondenty č. 1,7,3,11,4. Rozhovory, které proběhly virtuálně, tak měli zákonitě jinou atmosféru, než ty, které proběhly osobně, přesto však informace vzešlé z těchto rozhovorů

považuji za stejně hodnotné a proto jsem je do výzkumu také zařadila. Všechny rozhovory probíhaly po dobu 25 až 45 minut.

Základní údaje o respondentech jsem uvedla pro větší přehlednost v následující tabulce.

Údaje o rodinném zázemí jsem uvedla pod zkratkami: M+O= matka žijící s otcem, M= matka samoživitelka, M+P;O= matka žijící s partnerem a zvlášť žijící otec, Pěstouni= pěstounská péče

	Pohlaví	Věk	Váha (kg)	Výška (cm)	Rodina	Sourozenci (počet)	Specifikace zdravotního stavu
Resp. 1	Chlapec	14	54	169	M+P; O	5	Zdravý; alergie
Resp. 2	Dívka	17	54	163	M+O	2	Zdravá
Resp. 3	Dívka	13	58	170	M+O	2	Zdravá
Resp. 4	Dívka	13	46	152	M+P; O	4	Zdravá
Resp. 5	Chlapec	14	108	187	M+O	2	Zdravý; léky pro podporu kostí Zdravá; žlučnickové kameny,
Resp. 6	Dívka	14	90	161	Pěstouni	2	obezita
Resp. 7	Chlapec	12	58	162	M	1	Zdravý
Resp. 8	Chlapec	14	50	174	M+O	9	Zdravý; hyperaktivita
Resp. 9	Dívka	14	51	161	M	2	Zdravá; hyperaktivita
Resp. 10	Dívka	13	48	164	M+O	1	Zdravá; úzkosti
Resp.11	Chlapec	16	62	166	M+O	2	Zdravý; bolesti kolenou

4.3 Zpracování dat

V této kapitole předkládám analýzu dat získaných z přepisu provedených rozhovorů. Při analýze jsem vycházela z otevřeného kódování, přičemž jsem jednotlivým výrokům z rozhovorů přiřazovala kódy a z těchto kódů jsem následně určila **kategorie**, které uvádím i s dalším popisem níže. Proces analýzy jsem prováděla ve sledu, který popisuje Reichel ve své publikaci takto: „*Identifikace a precizování kategorií se odehrává v několika fázích, které se neustále protínají a v nichž se materiál opakovaně analyzuje. Objevující se kategorie, které jsou tematicky příbuzné, potom naznačují existenci jedné centrální kategorie, která se stává ústředním tématem datového souboru.*“ (Reichel, 2009 str. 167) Po provedení analýzy jsem určila centrální kategorie (Kat. 1-6) a jednotlivé tematicky příbuzné podkategorie (př. 1 a); 1 b); 1 c)), které pojednávají o různých aspektech, které lze v rámci kategorie spatřovat.

Ústředním tématem mého výzkumu jsou faktory, které ovlivňují vznik poruch příjmu potravy a to ať už ve smyslu pozitivním nebo negativním. Všechny uvedené kategorie (**Kategorie 1:Osobnostní stránka pedagoga jako předpoklad důvěry, Kategorie 2:Zájmy, které přispívají sociálním vztahům, nebo naopak?, Kategorie 3: Zdravý sebeobraz Kategorie 4: Charakter sociálních vztahů, Kategorie 5: Negativní vlastnosti jsou prostorem pro zlepšení i prevenci PPP., Kategorie 6: Další směřování v životě**) zahrnují tematicky příbuzné podkategorie a reflektují pohled respondentů na oblasti, které současně ovlivňují jejich sebedůvěru, pohled na sebe sama, vztah k rodičům, pedagogům, přátelům a vrstevníkům a odhalují silné a slabé stránky, se kterými je možné v rámci prevence pracovat.

Kategorie, které byly v rámci výzkumu formulovány a jejich obsah poskytuje odpovědi na vědecko-výzkumnou otázku: **Které faktory poruch příjmu potravy může sociální pedagog rozpoznat a ovlivnit?**

Kategorie 1:Osobnostní stránka pedagoga jako předpoklad důvěry

Kat. 1 a) Kladně hodnocené rysy pedagoga

- Profesionální jednání učitele: dobrá učitelka (5,1)
- Vlastnosti učitele: upřímná (3), smysl pro humor (10), hodná (8), milý (7), otevřená (6), usměvavý (7)
- Lidský přístup učitele: vyjde vstříc (3,1), má nás taky ráda (3), můžu se svěřit a ona nic neřekne (10,6), pomůže (10), zachránila nás (2), chová se k nám hezky (2), chápe nás (2), zajímá se o nás (11)

- Vystupování učitele: podporuje nás (3), zajímá ji náš názor (3), je v pohodě (9), je s ní/m sranda (9,7), bere nás na různé akce (10), super člověk (2), nedělá z nás „bůh ví co“ (2), baví se s námi jako s kamarády (2)

Kategorie „1 a) Kladně hodnocené rysy pedagoga“ ukazuje, které rysy, způsoby vystupování, nebo osobnostní charakteristiky moji respondenti u svých pedagogů považují za kladné. Je zřejmé, že více než profesních schopností si u svých pedagogů cení více lidského přístupu a zejména projevů, které jsou nad rámec „povinných projevů“ pedagoga. Děti si cení, když je pedagog vnímá, dává jim najevo svůj zájem, nebo smysl pro humor.

Respondentka č. 3 dokonce přímo uvedla: „Nejdůležitější je, že se učitelce můžu svěřit s problémem a můžu si být jistá, že nic neřekne.“

Kat. 1 b) Negativně hodnocené rysy pedagoga

- Neprofesionální jednání učitele: uráží nás (3,1), neumí vysvětlit (2), nadržuje své třídě (4), neumí naučit (2), nespravedlivý (7), řve (6),
- Nepřiměřené očekávání učitele: zahlučuje nás úkoly (5), přísný (3,2), dává nám za úkol, co jsme ještě neprobírali (10), bere svůj předmět dost vážně (2),
- Negativní vystupování učitele: nikdy se neusměje (3), dělá dusno (3), protivná (9), je náladový/á (2), vzbuzuje strach (2), ponižuje (2), hrozný (7), nepříjemná (6), nezajímá se o nás (11), nesympatická (6)

Na rozdíl od předchozí kategorie, se v kategorii „1 b) Negativně hodnocené rysy pedagoga“ objevují vlastnosti a charakteristiky vystupování, které děti u svých pedagogů zažívají a rádi je nemají. Jako pozitivní spatřujeme, že těchto negativních poznámek o svých učitelích je méně než těch pozitivních. Z výpovědí vyplývá, že moji respondenti nejhůře nesou, když je pedagog ponižuje, uráží, vytváří negativní klima hlasitými projevy nebo se chová nespravedlivě. Ukazuje se, že i výrazy tváře jsou pro děti důležité, protože zmiňovali i to, že se některý pedagog nikdy neusmívá nebo „je protivný“.

Kat. 1 c) Další pedagogičtí pracovníci (školní metodik prevence, školní psycholog, výchovný poradce)

- Chybějící odborník: nemáme (9),
- Nevyužitá pomoc: nevyužil/a jsem (5,8,1,11), nevyužil/a jsem, mám vlastního psychologa (10,6), nešla bych za nimi, jsou mi cizí (3)

- Existence odborníků na škole: Máme někoho takového (5,3,8,10,1,2,6), nijak mi nepomohl (7), svěřila bych se (2)

Tato kategorie „1 c) Další pedagogičtí pracovníci (školní metodik prevence, školní psycholog, výchovný poradce)“ zahrnuje výpovědi, vztahující se k otázce, zda na školách mých respondentů mají školního metodika prevence, školního psychologa či výchovného poradce a zda jejich pomoci využili. Na většině škol nějakého takového odborníka mají, respondent č. 7 neměl z pomoci výchovného poradce žádný užitek, respondentka č. 3 uvedla „Máme, ale nešla bych za nimi, jsou mi cizí.“, pomoci školních psychologů nevyužily ani respondentky č. 10 a 6 a to z důvodu, že tyto respondentky mají vlastního psychologa mimo školu. Plnou důvěru uvedla pouze respondentka č. 2. Naopak zcela proti stál názor respondenta č. 11: „*Ve škole máme výchovnou poradkyni, ale nešel bych za ní pro pomoc, protože, jedna holka z vedlejší třídy od ní chtěla pomoc a svěřila se jí, že měla předčasný pohlavní styk, ale rozjel se z toho velkej problém, holka dostala dvojku z chování a řešila to i sociálka. Když jsem to slyšel, ztratil jsem důvěru.*“ (11)

Kat. 1 d) Řešení problémů ve školním prostředí

- Bez problémů ve škole: Nemám problémy ve škole (5,3,8,4,9,10,1,2,6,11),
- Problémy se spolužáky: Mám dost problémů se spolužáky (7)
- Řešení školních problémů: S třídním učitelem (3,4,1,7,6), S rodiči (5,8,4, 10,1,7,6,11)

Tato kategorie „1 d) Řešení problémů ve školním prostředí“ zahrnuje zkušenosti dětí s problémy ve škole ať už v souvislosti s učiteli, nebo spolužáky. Na neutuchající problémy se spolužáky, které řešil, jak s rodiči, tak třídním učitelem si stěžoval respondent č. 7. Podobně jako respondent č. 7 by postupovali v případě potřeby i respondenti č. 1, č. 4 a č. 6. Ostatní by požádali buď o pomoc rodičů (č. 5, č. 8, č. 10, č. 11). Třídního učitele by oslovila respondentka č. 3.

Kategorie 2: Zájmy, které přispívají sociálním vztahům, nebo naopak?

Kategorie č. 2 se úzce dotýká způsobů trávení volného času a také zahrnuje to, s kým chtějí respondenti svůj volný čas trávit.

Kat. 2 a) Specifikace zájmů

- Sportovní zájmy: jízda na koni (9), trampolína (4,1), parkur (1), atletika (2,11), jízda na kole (7,11), venčení psa (7), orientační běh (11), florbal (11)

- Kreativní zájmy: modelaření, opravuji motorky (5), kresba (10,2,6), vyrábění (10,6), puzzle (2), psaní (2)
- Zájmy v kolektivu: venku s přáteli (3,8,4,1,2,6), dramatický kroužek (3),
- Zájmy individuální: práce (8), žádné (4), cestování letadlem (7), cestování vlakem (7), čtení (2,6), hra na klavír (2), trávím čas na mobilu (2), nakupování (7)

Kategorie „2 a) Specifikace zájmů“ je tvořena kódy, které odkazují na charakter zájmů uváděných respondenty, mezi zájmy se objevují zájmy sportovního (jízda na koni, trampolína, parkur, atletika, jízda na kole, venčení psa, orientační běh, florbal), nebo kreativního charakteru („modelaření“, opravování motorek, kresba, vyrábění, skládání puzzle, psaní) a také zájmy, které respondenti sdílí s dalšími osobami, nejraději tak tráví čas s přáteli. Respondentka č. 4 uvedla, že žádné zájmy nemá, ale občas chodí skákat na trampolínu a s přáteli ven. Respondent č. 7 uvedl, že mezi jeho zájmy patří cestování letadlem a také, že rád jezdí sám vlakem. Také respondent č. 5 uvedl činnosti, které rád dělá osamotě a těmi jsou „modelaření“ a opravování motorek. Respondent č. 8 uvedl, že ve volném čase pracuje a tráví čas s přáteli. Respondentka č. 2., která uvedla: *“Také dělám atletiku, ale moc mi to nejde a někdy mě to i stresuje, takže pořádně nevím, jestli mě to ještě baví. Jinak také ráda trávím čas s kamarády a s rodinou a hraji na klavír. A abych nezapomněla, tak trávím hodně času na mobilu, ale to není záliba, to už je zautomatizovaná věc a závislost na sociálních sítích.”*

Kat. 2 b) Volba trávení volného času

- Volno s přáteli: S přáteli (4)
- Volno s přáteli a rodinou: 50/50 rodina a přátelé (3,10,2,6,11)
- Volno s rodinou: Společné výlety s rodinou (1,7,11,8)
- Volno spojené se zájmy: U lokomotiv (5)
- Volno se specifikací místa: U vody (3,11), Výlety (8,10,2)

Kategorie „2 b) Volba trávení volného času“ obsahuje kódy, které zachycují, jak a také s kým by respondenti rádi trávili prázdniny a s nimi spojený volný čas. Přátele by jednoznačně volila respondentka č. 4., zájmy se odráží u odpovědi respondenta č. 5, který by chtěl trávit prázdniny „u lokomotiv“, své volno by chtěli rozdělit mezi rodinou a přátele respondenti č.: 3,10,2,6,11. Jen s rodinou by si chtěli volný čas užít respondenti č.: 1,7,11,8.

Kategorie 3: Zdravý sebeobraz

Kategorie č. 3 zachycuje především vlastnosti a charakteristiky respondentů a to nejprve z jejich vlastního pohledu, dále postihuje, jakých svých předností si na sobě sami cení a pak také to, jak si myslí, že je vnímají ostatní lidé.

Kat. 3 a) Vnímání sebe sama

- Osobnostní charakteristika:
 - Pozitivní: Plním sliby (5), Pohodová (9), Hodný/á (8,11), Ohebná (4), Ochotný (7), Samostatný (7), Spolehlivá (6), Důvěryhodná (6), Soucitná (6), Neodsuzující (6), Chytrý (11), Pečlivý (11), Zajímám se o historii a politiku (11), Přátelský/á (3,10,2,7), Snažím se být hodný/á na ostatní (3,2), Pomáhám přátelům (10,2), Zastanu se přátel (10)
 - Negativní: Líný/a (5,4,10,1), Netrpělivost (3), Výbušný (8,1), Tvrdohlavá (4), Nechám se zneužívat (10), Agresivní (10), Náladový (1,2), Nevýrazná (2), Zlobíšek (7), Nejsem sociálně založený (5), Uzavřený (1)
- Neutrální: Extrovertní (10), Jsem, jaká jsem (9), Snažím se nemít konflikty (2)
- Vzhled a postava: Malá (4), Chci zhubnout (5,2,7), Mám nedokonalou postavu (5), Nejsem spokojený/á (10)

Kategorie „3 a) Vnímání sebe sama“ vznikla z kódů výpovědí, jimiž respondenti popisovali sami sebe, jací jsou a jak se vidí. Převládaly pozitivní charakteristiky, které zachycovaly vztah k druhým (*neodsuzující* (resp. č. 6), *snažím se být hodný/á na ostatní* (resp. č. 3, resp. č. 2)...), ale také vlastní kvality (*plním sliby* (resp. č. 5), *spolehlivá* (resp. č. 6), *hodný/á* (resp. č. 8, resp. č. 11) ...). Některé sebehodnotící výroky by se daly považovat za spíše neutrální: extrovertní (resp. č. 10), *Jsem, jaká jsem* (resp. č. 9), *Snažím se nemít konflikty*. (resp. č. 2). Mezi negativními výroky k vlastní osobě vlastnostmi se objevovaly nespokojenosti s povahou (př. *Líný/a* (resp. č.: 5,4,10,1), *Netrpělivost* (resp. č. 3), *Výbušný* (resp. č. 8, resp. č. 1), *Tvrdohlavá* (resp. č. 4)...) i nespokojenosti vyjádřené negativním popisem postavy, nebo narážkami na svou tělesnou hmotnost (*malá* (resp. č. 4), *chci zhubnout* (resp. č.:5,2,7), *mám nedokonalou postavu* (resp. č. 5), *nejsem spokojený/á* (resp. č. 10)).

Kat. 3 b) Čeho si na sobě cením?

- Cením si na sobě - Osobnostní charakteristika: Neumím být na nikoho našťvaná (3), Přiznám chybu (9,1), Jsem svá (9), Empatická (10,2), Tolerantní (2), Samostatný (7), Lidé mi mohou věřit (6), Neubližuji ostatním (6)
- Schopnosti a dovednosti: Šikovnosti (5), Umím si poradit v různých situacích (8,1), Dobře čtu (6), Že pomáhám (8,10,2)
- Vzhled: Vlasy a nehty (4)

Kategorie „3 b) Čeho si na sobě cením?“ zahrnuje kódy, které v sobě nesou interpretace respondentů vztahující se k tomu, čeho si na sobě cení. Vyskytují se zde některé vlastnosti a osobnostní rysy (*neumím být na nikoho našťvaná* (resp. č. 3), *přiznám chybu* (resp. č.: 9,1), *jsem svá* (resp. č. 9), *empatická* (resp. č. 10,2), *tolerantní* (resp. č. 2), *samostatný* (resp. č. 7), *lidé mi mohou věřit* (resp. č. 6), *neubližuji ostatním* (resp. č. 6)), ale také respondenti uváděli své schopnosti a dovednosti, kterých si na sobě cení (*šikovnosti* (resp. č. 5), *umím si poradit v různých situacích* (resp. č.: 8,1), *dobře čtu* (resp. č. 6), *že pomáhám* (resp. č.: 8,10,2)), pouze respondentka č. 4 uvedla, že si na sobě nejvíce cení vlasů a nehtů.

Kat. 3 c) Já, očima druhých

- Vidí mě pozitivně: Ukecaný (5), Nápomocný/á (3,11), Kamarádský/á (3,6), Hodná (10,6), Vtipný (1), Bláznivá (2), Citlivá (2), Spolehlivá (6), Důvěryhodná (6)
- Vidí mě negativně: Nezajímá mě jejich názor (9), Jako hnusáka (8), Malá (4), Žárlivá (4), Urážlivá (10), Hloupá (10), Náladová (2), Nerozhodná (2), Uťápnutá (2), Plachá (6), Tichá (6), Občas vtíravý (11)

Kategorie „3 c) Já, očima druhých“ přibližuje ve svých kódech, jak si respondenti myslí, že by je popsali druzí lidé. Respondenti se v očích druhých lidí viděli méně pozitivně než, když se popisovali sami, například uvedli resp. č. 3 a resp. č. 11, že je druzí považují za nápomocné, respondentky č. 3 a resp. č. 6, že jsou považovány za kamarádky a respondentky č. 10 a č. 6 si myslí, že by je okolí označilo jako hodné. Respondentka č. 2 uvádí jako vlastnost, kterou by jí přičkli ostatní svou náladovost, kterou později uvedla také jako svou negativní vlastnost, uvádí také, že by mohla být okolím považována za „nerozhodnou, uťápnutou, bláznivou a citlivou“. Respondentku č. 9 názor ostatních prý vůbec nezajímá. Respondent č. 8 si myslí, že okolí jej vidí „jako hnusáka“. Respondentka č. 4 se vyjádřila, že lidé si všimají zejména jejího menšího vzrůstu a myslí si o ní, že je žárlivá. Respondent č. 11

naznačil, že se necítí vždy ve společnosti vítaný, když se v očích ostatních vidí jako „občas vtíravý“.

Kategorie 4: Charakter sociálních vztahů

Kategorie 4 se zabývá charakterem sociálních vztahů, které mohou působit jako výrazné faktory a to buď ve smyslu pozitivním, nebo negativním.

Kat. 4a) Rodina

- Vztah s rodiči: City ke mně rodiče neprojevují (4,6), Máme se rádi (2,11), Hezký vztah (3,10,1,9), Občas pochybuji, jestli mě mají rádi (7)
- Rodina: Dobré vztahy (5,8)
- Sourozenci: Dobrý vztah (5), Máme se rádi (3,8,10,7), Různé vztahy (9,6), Hrajeme si (2), Máme hezké zážitky (2), Máme laskavý vztah (11)
- Pomoc rodičů: Přílišná očekávání (5,7,11), Podpora (3,8,10,1,2,6,11), Nezáměr o výsledky (6), Nijak mě neodměňují (4)

Kat. „4 a) Rodina“ je tvořena kódy, které se vztahují k rodinné situaci respondentů, ukazuje na charakter vztahů s rodiči a sourozenci, obsahuje také výpovědi o přístupu rodičů k výkonům jejich dětí. Respondenti svůj vztah s rodiči hodnotí veskrze kladně (resp. č.: 2,11,3,10,1,5,8,9), respondent č. 7 má ovšem občas pochybnosti o lásce jeho matky k němu.

O svých složitých rodinných vztazích hovořila respondentka č. 6: „Už asi rok jsem v pěstounské péči u své tety. Tetě je 52 let, pracuje jako kancelářská síla. Mámě je 38 a naposledy vím, že pracovala jako servírka. Vyrůstala jsem u mámy s jejím přítelem. Po jejich rozchodu to šlo z kopce. A dopadlo to tak že jsem u tety (nevlastní sestry mámy). Ted' nemám o mámě žádné informace. O otci téměř nic nevím. Mám dobrý vztah s jeho matkou, mou babičkou, skrz kterou jsem měla a mám jediný kontakt s otcem. Otec má tři dcery, každá má jinou matku. Já jsem nejstarší, mladším sestram je 11 a druhé rok. Nejmenší jsem nikdy neviděla na živo a starší jen párkrát.“

Respondentky č. 4 a č. 6 uvádí, že rodiče city neprojevují. Ani se sourozenci nemají všichni respondenti dokonalé vztahy. Respondenti č.: 5,3,8,10,7,11 hovořili o vzájemných vztazích naplněných láskou, respondentky č. 9 a č. 6 však mají se svými sourozenci různé vztahy. Respondentka č. 2 hovořila v souvislosti se sourozenci o hezkých zážitcích a společném hraní.

Když jsem s respondenty hovořila na téma přístupu rodičů k jejich výsledkům a výkonům, uvedli resp. č.: 5,7,11, že někdy mají rodiče příliš vysoká očekávání, naprostou absenci odměňování rodiči (a to ani slovně) zmínila respondentka č. 4. Charakter rodinných vztahů se samozřejmě promítá i ve výpovědi resp. č. 6, která uvedla: „*Rodiče se nezajímají, pochybují, jestli mě vůbec mají rádi, teta mě podporuje a pokud potřebuji, tak mi pomůže, ale netlačí na mě. Proto jako „rodiče“ беру spíš tu tetu.*“

Kat. 4 b) Škola

- Kolektiv: Dobrý kolektiv (5,3,8,1), Taková normální třída (7,11), Jsme rozděleni na skupinky (7, 4,3), Jedinečnost jednotlivců v rámci celku (3)
- Spolužáci: Někdo blízký v kolektivu (5,2,6)Nestýká se s ostatními (5,9)
- Skupinová práce: Vzájemná pomoc (3,2), Spolupráce (3,8,1,2,6,11), Shodné smýšlení (10), Podobný přístup (5,3), Dělbá práce (9,2,7,6), Využívám svých dovedností (2, 10,7,6,11), Je to zábava (6), Nebaví mě sedět a nic nedělat (7)
- Oblíbenost v kolektivu: Ano (1,11), Ne (5,9,10,7,6), Neutrální postoj (3,8,2), Šikají mě (7)

Kategorie „4 b) Škola“ zachycuje názory respondentů na jejich třídní kolektiv, vztahy se spolužáky, naráží na klima třídy, skupinovou práci a oblíbenost respondentů v kolektivu. Respondenti se shodují ve svých výpovědích, že jejich kolektiv je spíše dobrý, nebo v něm panují běžné vztahy, ukazuje se také, že poměrně časté je přirozené dělení kolektivu na menší skupinky. Respondenti č. 9 a č. 5 se s ostatními spolužáky příliš nestýkají. Respondenti č.: 5, 2 a č. 6 mají v kolektivu nějakého blízkého kamaráda.

Dále respondenti zmiňovali, že jsou schopni pracovat ve skupině v rámci kolektivu, nejraději v takovém případě využívají svých schopností a dovedností.

Respondent č. 7 uvedl: „*Když mě nikdo neodstrkuje, tak mi práce ve skupině vyhovuje. Baví mě třeba překládat slovíčka nebo vyhledávat informace.*“

Dobře se mým respondentům spolupracuje s někým, kdo podobně přemýšlí, nebo shodně postupuje a oceňují možnost práci si rozdělit. Respondentka č. 9 trefně shrnuje: „*Vyhovuje mi (práce ve skupině- pozn. autorky), protože vím, že na to nejsem sama.*“ (9)

Do této kategorie patří i kódy zachycující pocity oblíbenosti respondentů v rámci kolektivu. Bohužel, respondenti č.: 5,9,10,7,6 nemají pocit, že by byli ve své třídě oblíbení, respondent

č. 7 dokonce zmiňuje problém šikany: „Oblíbený jsem jen jako terč. Šikanu zažívám od první třídy. Řešila to máma s třídním. Když je třídní ve třídě, tak pohoda, když je pryč, tak je to zase stejný.“

Pouze respondenti č. 1 a 11 se považují za oblíbené v kolektivu.

Kat.4c) Přátelé

- Přátelé: Hodně přátel a kamarádů (3,11)
- Kamarádi: Několik kamarádů (5,9,8,10,1,2,7,6)

„Kat. 4 c) Přátelé“ obsahuje výpovědi respondentů vztahující se ke vztahu s přáteli. Pouze respondenti č. 3 a č. 11 uvedli, že mají přítel a kamarádů hodně, ostatní se vyslovili ve smyslu, že mají několik opravdu blízkých kamarádů. Nikdo se nevyslovil, ve smyslu, že přátele zcela postrádá.

Kategorie 5: Negativní vlastnosti jsou prostorem pro zlepšení i prevenci rizikového chování

Kat. 5 a) Problematické vlastnosti a projevy chování

Kategorie 5 obsahuje kódy, které vypovídají o slabých stránkách respondentů tak, jak je uváděli respondenti a na které je možné nahlížet jako na prostor pro osobní růst i oblasti, na které by bylo radno se zaměřit v rámci prevence rizikového chování.

- Negativní vlastnosti: Výbušný (8,1,7), Urážlivý (8), Hádavá (6)
- Nelíbí se mi na mě: Nechám se lehce vyprovokovat (10), Náladovost (2), Nedochovilnost (2), Lenost (5,1), Žárlivost (3,2), Netrpělivost (3,1), Agresivita (9), Závist (2)
- Nejsem spokojený/á s...: Prokrastinace (3,6,11)
- Dokázat: Zhubnout (5,1,7), Mít silnou vůli (2) Dotahovat věci do úplného konce (2), Chtěla bych být cílevědomá (6)
- Změnit: Nic (9), Svě činy (11), Vzhled (8,3), Tváře (4)
- Zbavit se: Závisti (2) Strachu z názoru ostatních na mě (2)

V kategorii „5 a) Problematické vlastnosti a projevy chování“ se kromě negativních vlastností, které zmiňovali respondenti č.: 8,1,7,6,9,2,3,5. objevovala také nespokojenost s vlastní postavou a vzhledem, kterou uváděli respondenti č.: 5,1,7,8,3,4. Pouze respondentka

č. 9 uvedla, že by na sobě nechtěla měnit nic. Respondent č. 11 by se rád vrátil do minulosti a změnil některé činy, kterých se dopustil a nyní jich lituje. Respondenti č. 3,6 a 11 by se také rádi zbavili své prokrastinace a dotahovat věci do úplného konce by si přála respondentka č. 2. Respondentka č. 6 přímo říká: „*Chci mít vše dobře, nechci dělat chyby, a pokud udělám něco špatně, jsem ze sebe zklamaná.*“

Kat. 5 b) Reakce na stres

- Reakce při konfliktu: Agresivně (5,8,4,1,7,11), Jsem bezradný/á (3,10,6), Panikařím a jsem nervózní (2,11)
- Kompenzace stresu: Moc to neřeším (5), Chci být sama (3,1), Kouření cigaret (8), Jdu si odpočinout (10), Koupím si něco, co mi chutná (2,7), Svěřím se někomu (6,11), Brečím (6)

Kategorie „5 b) Reakce na stres“ vypovídá o způsobech chování respondentů ve chvílích, kdy se dostanou do situace, kterou vnímají jako vypjatou situaci, stresovou situaci, nebo konfliktní situaci. Respondenti č. 2 a č. 11 se vyjádřili, že v takových chvílích pocítují nervozitu a následně jednájí zbrkle a panikaří. Respondentky č.: 3,6,10 se převážně cítí bezradně a nevědí jak správně reagovat. Ostatní respondenti, tedy respondenti č.: 5,8,4,1,7,11 popisovali své chování v takových případech jako agresivní.

Kategorie 6: Další směřování v životě

Kategorie 6 a) Můj vzor

- Bez vzoru: Bez vzoru (5,3,6,4)
- Vzor v rodině: Rodina (8,11,10,2,7)
- Osobní jedinečnost: Být sám/sama sebou (9)
- Známa osobnost jako vzor: Youtuber (1,7)

Kategorie „6 a) Můj vzor“ podává informace o tom, zda respondenti vnímají někoho ve svém okolí, nebo ve světě, který je zajímavý, jako svůj životní vzor. Respondenti č.: 5,3,6,4 uvedli, že žádný vzor nemají. Respondentka č. 9 uvedla, že nechce být ničí kopií, ale pouze sama sebou. Znamé osobnosti, zejména pak Youtubeři, jsou vzorem pro respondenty č. 1 a č. 7.

Respondent č. 7 uvedl: „*Chtěl bych být jako Jirka Král, on je youtuber, jeho cílem je udělat pro diváky dobrý video. Mně se líbí, že dokáže zaujmout ty lidi nebo někdo kdo dělá reklamu.*“

Nebo Jack Paul, který žije v Americe, má obrovský statek, má Lamborghini. Chtěl bych mít dost peněz, abych si mohl zařídit dům a tak. A ještě moje sestra, protože je pracovitá.“

Vzory v rodině uvádí, kromě resp. č. 7, také respondenti č. 8,11,10,2.

Respondentka č. 10 vzpomněla na prababičku: *„Možná je mým vzorem moje prababička, byla židovka a za druhé světové války si toho dost prožila, chtěla bych být silná jako ona.“*

Také respondentka č. 2 obdivuje ženu ze své rodiny, konkrétně svou matku: *„Myslím, že je to moje mamka, protože se mi zdá, že se umí s životem poprat, neřeší zbytečnosti a dokáže obstát ve společnosti (je milá, komunikativní, nebojí se říct svůj názor). Taková bych chtěla také být.“*

Respondent č. 11 by rád oplýval vlastnostmi jako jeho otec a dědečkové: *„Otec (svojí pilí a schopností řízení společnosti) a oba dědové pro svoji práci a schopnost se domluvit.“*

Kategorie 6 b) Mé budoucí povolání

- Jasná představa budoucnosti: Popelář (8), IT specialista (1)
- Povolání v souladu se zájmy: Topič v lokomotivě, strojvedoucí (5), Spisovatelka (2), Psycholog (2), Designistka (10), Chci pracovat s lidmi (6), stavitel, politik, učitel (11), steward, delegát (7)
- Nejasná představa: Nejasná představa (3,4)
- Důležitost vzdělání: Ukončené vzdělání (8,9)
- Nechtěné povolání: Rizikové povolání (3,6), Učitel (8), Revizorka (10)

Kategorie „6 b) Mé budoucí povolání“ přibližuje preference respondentů v oblasti povolání, kterému by se chtěli v budoucnu věnovat. Respondent č. 8 uvedl, že chce *„mít dodělanou nějakou školu“* a poté, by chtěl pracovat jako popelář, neboť spatřuje toto povolání za užitečné, placené a líbilo by se mu vozit se na popelářském voze, nechtěl by být učitelem, protože by nerad učil. Zde bych ráda zmínila, že respondent č. 8 má 9 sourozenců a pochází z rodiny, kde rodiče nepracují a ekonomická situace v rodině je velmi špatná a i proto zmiňoval práci ve volném čase a také spatřuje důležitost dokončení vzdělání, protože si uvědomuje, že bez ní se těžko shání práce. Obdobně je na tom i respondentka č. 9.

Respondent č. 1 uvedl pozici IT specialisty, od které očekává optimální zátěž za dobré peníze. V souladu se svými zájmy a s ohledem na své schopnosti by povolání volili respondenti č. 5,2,10,6,11,7. Respondentka č. 10 uvedla: *„Chtěla bych být designistkou, protože ráda*

kreslím. Nechtěla bych být revizorkou, nebo jiným povoláním, které lidi nemají rádi.“
Rizikové povolání by nechtěly vykonávat respondentky č. 3 a č. 6.

4.4 Diskuse k výsledkům, zodpovězení výzkumných otázek

V kapitole 4.3 uvádím dílčí výsledky výzkumu a popisuji jednotlivé kategorie, které z výpovědí respondentů vznikly. V této podkapitole se pokusíme zodpovědět dílčí výzkumné otázky a hlavní výzkumnou otázku.

Na počátku jsme si položili **hlavní výzkumnou otázku (HVO)**, která zní: **Jaké osobnostní faktory hrají důležitou roli v prevenci PPP?**

Výsledky výzkumu naznačují, že jsou to jednak osobnostní faktory konkrétního jedince, protože každý jedinec je jiný. Každý z mých respondentů se jinak charakterizuje, má jiné silné a slabé stránky, někteří se trápí, kvůli svému vzhledu, jiní by se rádi zbavili některých povahových rysů. Je proto důležité při práci s dětmi a dospívajícími přistupovat s respektem k jejich individuálním zvláštnostem, ale zároveň je podporovat v osobnostním růstu a vývoji.

V rámci prevence poruch příjmu potravy, ale i rizikového chování obecně, by bylo vhodné zařadit do školních i volnočasových aktivit mých respondentů činnosti, které by jim pomohly naučit se efektivně pracovat se stresem, frustrací a agresivitou. Právě problém agresivity a způsobů, jak stres moji respondenti kompenzují, se ukazuje jako nejaktuálnější. Stres, tedy přesněji řečeno, problémy s jeho zvládnutím, jsou jedním ze spouštěčů poruch příjmu potravy.

Z rozhovorů také vyplynulo, že rodinné zázemí není u všech respondentů ideální. Zejména u respondentky, která je v pěstounské péči své tety a o současnou situaci rodičů nemá téměř žádné informace. Přestože má respondentka, dle svých slov, se svou tetou dobrý vztah, je jasné, že se bude s nastalou situací ještě nějaký čas vyrovnávat. Tato respondentka také uvedla: „*Chci mít vše dobře, nechci dělat chyby, a pokud udělám něco špatně, jsem ze sebe zklamaná*“. Tento způsob uvažování by mohl být v důsledku pro respondentku poškozující, měla by mít možnost přesvědčit se, že chybování je nutnou součástí života a že namísto zklamání je možné cítit příležitost k osobnímu růstu. Je důležité, aby měla pocit, že na to není sama a že se má na koho obrátit a proto jsem jí nabídla možnost, mne v případě zájmu v budoucnu kontaktovat. Stejnou nabídku jsem předložila i ostatním respondentům.

Dále uvádíme, že bylo ve výzkumu zjištěno, že také osobnostní faktory pedagogů jsou velmi důležité pro nastolení důvěry a vlídného klimatu ve třídě.

Vědecko výzkumný předpoklad „Důležitým faktorem v prevenci PPP je osobnost pedagoga.“, který jsem stanovila, se shoduje s realitou.

DVO1: Jaké jsou zdroje (zdravého) sebepojetí?

Na otázku, „Jaké jsou zdroje (zdravého) sebepojetí?“ Nacházíme odpovědi především v kategorii 3Zdravý sebeobraz. Jsou jimi vlastnosti, které si u sebe respondenti uvědomují, které vnímají jako pozitivní, a kterých si především cení. Respondent č. 5 uvedl, že plní sliby, resp. č. 7, že je ochotný a samostatný. Převládaly pozitivní charakteristiky, které zachycovaly vztah k druhým: *empatická* (resp. č. 10,2), *tolerantní* (resp. č. 2), ale také vlastní kvality: *přiznám chybu* (resp. č.: 9,1). S těmito vlastnostmi je možné dále v rámci pedagogicko-výchovné činnosti pracovat, upevňovat a prohlubovat je. Je třeba také rozlišovat, které z těchto vlastností jsou skutečné a které jsou jejich přáním.

Mezi výroky respondentů bylo například mírně zarážející konstatování resp. č. 5, že není spokojený se svou hmotností a přeje si zhubnout, avšak současně připouští, že je líný, není sociálně založený a spíše se straní společnosti a bohužel, ani jeho zájmy ve volném čase příliš nepodněcují jeho tělesnou aktivitu. Zdá se však, že tento respondent má dostatečný nadhled nad svou situací a proto i skryté zdroje pro překonání toho, co jej zjevně trápí. Avšak ne restrikcí jídla, ale větší sociální a fyzickou aktivitou.

Respondentka č. 4 uvedla, že si na sobě cení nejvíce nehtů a vlasů, tedy svého zevnějšku. To je možné využít právě v rámci prevence poruch příjmu potravy, tedy při apelu na dodržování pestrého jídelníčku, který má na tělesnou a koneckonců i duševní stránku příznivý vliv.

Za povšimnutí stojí také výrok respondentky č. 9, která uvedla, že ji názor ostatních prý vůbec nezajímá. Z hlediska prevence poruch příjmu potravy je sice na jednu stranu dobře, že se nenechá snadno ovládat názory druhých, ovšem její vystupování může na druhé lidi chvílemi působit nepřístupně až arogantně. Respondent č. 8 si myslí, že okolí jej vidí „jako hnusáka“, přestože on sám nespokojenost se svým vzhledem nijak nezmiňoval, vzhledem k tomu, že mládež si velmi zakládá na názoru svých vrstevníků, může být i tento chlapcův názor důležitý pro jeho vnímání sebe sama.

Se zdravým sebepojetím souvisí také schopnost jedince čelit stresu, popřípadě také to, jak stres kompenzuje a jak se ve stresových situacích chováme. V případě mých respondentů se velmi často objevovala ve spojitosti se stresem agresivita, nervozita, impulzivita, výbušnost a pak také bezradnost. Respondenti se s pocity, které se stresem souvisí, vyrovnávají různě.

Respondentka č. 3 a respondent č. 1 potřebují klid a samotu, respondentce č. 10 pomáhá odpočinek, resp. č. 11 se někomu svěří, stejně jako a respondentka č. 6, která také občas pláče. Problematickým se jeví výrok resp. č. 5, který odpověděl, že toto moc neřeší a může to svědčit o tom, že negativní pocity drží uvnitř sebe a neumí se s nimi zatím vypořádat, nebo také, že si je opravdu příliš nepřipouští. Kompenzace negativních pocitů nakupováním pochutin, může být také určitým varovným signálem. Rizikově se zcela jistě jeví kouření cigaret resp. č. 8.

Ve chvíli, kdy respondenti uváděli, jak si myslí, že je vidí ostatní, bylo pozitivních interpretací mnohem méně než, když se respondenti popisovali z vlastního pohledu. Můžeme se domnívat, že tento nepoměr ukazuje na možné nepochopení jejich kvalit, nebo nedostatečnou všímavost ze strany okolí, nebo také na to, že se respondenti v očích druhých lidí vidí v horším světle. Pozitivní skutečností je, že každý respondent našel něco, co má na sobě rád a čeho si cení, ať to byly vlastnosti, nebo schopnosti.

DVO2: : Jaký je význam sociálního prostředí pro prevenci PPP?

Důležitost rodinného zázemí se ukazuje i v mém výzkumu. Moji respondenti zmiňovali především dobré vztahy se svými rodiči, našli se ale i tací, kteří pocítují v tomto ohledu deficit. Respondentka č. 6 například žije s nevlastní sestrou své matky, která je její pěstounkou a s rodiči se prakticky nestýká. Přestože o své tetě i svém vztahu s ní hovoří v dobrém, je zcela zřejmé i pochopitelné, že je z chování jejích rodičů zmatená, podobně jako respondent č. 7, který občas pochybuje o citech své matky. Také respondentka č. 4, by přivítala, kdyby její rodiče projevovali více své city vůči ní. Rodiče mohou hodně ovlivnit sebedůvěru svých dětí, pokud jim dávají najevo, že jsou milované a chtěné, což se projevilo u respondentů, kteří mají s rodiči vztahy vřelejší.

Další oblastí, která má souvislost se sociálním prostředím, které na mé respondenty působí, jsou jejich zájmy a činnosti, které dělají ve svém volném čase. Respondentka č. 4 uvedla, že žádné zájmy nemá, což mohlo být způsobeno tím, že činnosti, které běžně vykonává ve volném čase, nepovažuje za své koníčky, spíše, než se ničemu konkrétnímu opravdu ve svém volnu nevěnuje.

Za zmínku stojí i výrok resp. č. 2., která uvedla: *“Také dělám atletiku, ale moc mi to nejde a někdy mě to i stresuje, takže pořádně nevím, jestli mě to ještě baví. Jinak také ráda trávím čas s kamarády a s rodinou a hraji na klavír. A abych nezapomněla, tak trávím hodně času na*

mobilu, ale to není záliba, to už je zautomatizovaná věc a závislost na sociálních sítích.“ Část, kde respondentka zmiňuje mobilní telefon, odkazuje na myšlenku, že elektronické přístroje jsou natolik součástí našeho života, že jejich užívání, již nemusí být považováno za náš zájem, ale za určitou součást našeho chování. Nabízí se také otázka, proč respondentka pokračuje ve zmiňované atletice i přes stres, který jí tento „zájem“ přináší.

Zatímco resp. č. 5 připouští, že není sociálně založený, resp. č. 7 se oproti tomu označil za přátelského, ale ve svém třídním kolektivu, je terčem šikany. Oba tito respondenti vykazují problémy s navazováním kontaktů a většinu volného času tráví o samotě.

DVO3: Čím se vyznačují pedagogové, kteří jsou vnímáni jako důvěryhodní?

Z výroků respondentů vyplývá, že pedagogové, kteří jsou pozitivně hodnoceni, bývají také považováni za důvěryhodné, a tudíž u nich vzniká určitý předpoklad, že by mohli být úspěšní v prevenci. Pozitivně hodnocení jsou pedagogové, kteří vyjadřují pochopení, dokážou naslouchat, nechovají se nadřazeně, působí příjemně, přátelsky a mají smysl pro humor.

Výpovědi respondentů také naznačují, že děti mají tendence svěřit se spíše osobám, ke kterým mají vřelý vztah, tedy rodičům, ale že důvěřují i svému třídnímu učiteli.

Situace respondenta č. 7 je složitá, není zcela jisté, že jím podané informace jsou zcela objektivní, nicméně z jeho pohledu nepříjemné okamžiky nebyly eliminovány, ani když se, dle jeho slov svěřil dospělým. Z jeho výpovědi se dalo vyčíst, že tato negativní zkušenost a zklamání se může negativně promítnout v jeho budoucím přístupu k těmto autoritám.

Cílem praktické části bylo zjistit: Které faktory poruch příjmu potravy může sociální pedagog rozpoznat a ovlivnit?

Vzhledem ke zhodnocení výpovědí mých respondentů, vyjadřuji svůj pohled na přítomnost rizikových a protektivních faktorů u jednotlivých respondentů takto:

Respondent č. 1 : U chlapce se ukázali spíše projektivní faktory a to, přívětivé rodinné zázemí, přátelský přístup přítele jeho matky, kterého nazývá „*tat'kou*“, změna bydliště přispěla k poznání nového třídního kolektivu, kde je chlapec spokojenější a „*více zapadl*“. Dříve jej trápily problémy s vyšší tělesnou hmotností, ale díky sledování youtubera Taryho se začal věnovat s kamarádem parkuru a cvičení parkurových prvků na trampolíně. Zvýšení tělesné aktivity a čas strávený s kamarádem přispěly k lepšímu pocitu chlapce a zvýšení sebevědomí a navíc se postupně začala snižovat chlapcova hmotnost.

Respondentka č. 2: V životě respondentky panují poměrně vlídné rodinné vazby, dívka je v současnosti druhým rokem na internátě kvůli studiu a zdá se, že se s touto změnou dobře vyrovnala. Má mnohostranné zájmy, kreativně i aktivně sportovně zaměřené a poskytují jí také možnost sociálních kontaktů. Rizikově může působit její občasná citová nevyrovnanost, stres, který jí přináší atletika, které se respondentka ve volném čase věnuje. Ve školním prostředí na ní nepříznivě působí přístup učitelky angličtiny, protože se respondentka někdy cítí ponížene. Respondentka se dle svých slov „snaží nemít konflikty“ a „má strach z názorů druhých na svou osobu“. Na tyto postoje by se respondentka mohla zaměřit a hledat způsoby, jak se ke konfliktům stavět tak, aby ji nezraňovaly a pokusit se zaměřit spíše na možnosti jejich řešení, než před nimi unikat a zapracovat na svém sebevědomí a sebeúctě.

Respondentka č. 3: Dívka působí vyrovnaně, zmiňovala hezké vztahy v rodině, se sourozenci i v kolektivu a s učiteli, má kreativní zájmy a ráda tráví čas s přáteli. V jejím případě převládají spíše protektivní faktory.

Respondentka č. 4: Respondentka hovořila o poměrně dobrém rodinném zázemí, avšak zmiňovala také, že ji rodiče za výkony nebo úspěchy zpravidla neodměňují a musí je poslouchat, aby byly jejich vztahy dobré. Dívka také přikládá možná až příliš velký význam svému vzhledu, několikrát zmiňovala svůj menší vzrůst a je pyšná na své vlasy. Respondentka o sobě sama řekla, že je líná a že nemá žádné zájmy. Aktivnější trávení volného času s rodinou, nebo přáteli by mohlo na respondentku působit pozitivně.

Respondent č. 5: Tento respondent tráví volný čas spíše osamocene, zajímá se o vlaky a opravy motorek. Při popisování způsobů trávení svého volného času však nezmiňoval aktivity se svými vrstevníky a připustil, že není příliš sociálně založený. Rád jí sám, trápí jej vyšší tělesná hmotnost a přál by si zhubnout. S rodiči má dobré vztahy, ale občas má pocit, že od něj mají vysoká očekávání. V případě tohoto respondenta je přítomno tedy více rizikových faktorů, chlapec ovšem vykazuje určitý nadhled nad svou situací a je si vědom svých limitů, existuje určitý předpoklad, že zvolí vhodné řešení a zařadí do svého života vyšší tělesnou i sociální aktivitu.

Respondentka č. 6: U této respondentky je asi nejvíce patrná složitá situace v rodině a záleží na jejím vztahu s její tetou, která jí v současnosti vychovává. Dívka zmiňovala, že má obezitu, ale z jejího dalšího vyprávění vyplynulo, že se vzhledem výrazněji nezaobírá a všímá si u sebe i druhých spíše osobnostních kvalit. Tato respondentka jako jediná uváděla vlastnosti, o kterých si myslí, že jí připisují druzí v přibližně stejném znění, jako uváděla vlastnosti, které

si připisuje sama. Její vyjádření: „*Chci mít vše dobře, nechci dělat chyby, a pokud udělám něco špatně, jsem ze sebe zklamaná.*“, bych popsala tak, že svědčí o přítomnosti myšlenek, které mohou být vnímány jako rizikové. Věřím, že by pro respondentku bylo přínosné s těmito postoji pracovat a chyby nebrat jako selhání, ale možnost se zdokonalit.

Respondent č. 7: Případ tohoto respondenta je v mnoha bodech podobný jako u respondenta č. 5, společná je pro ně samostatnost a také oba mají rádi prostředí spojené s vlakovou dopravou. Oba respondenti rádi jedí o samotě a oba trápí jejich tělesná hmotnost. Zatímco, ale respondent č. 5 sociální kontakty nevyhledává spíše záměrně, tomuto respondentovi se mezi vrstevníky nedaří zapadnout, naopak zmiňuje, že je obětí šikany a je málo jistý láskou rodičů. Chlapec má rád cestování, většinou ale cestuje sám a své výlety spojuje se stravováním v restauracích s rychlým občerstvením, což považuji za rizikové. Říká: „*Rád jezdím vlakem, tak 2x - 3x týdně. Někdy je ta cesta dlouhá, ale to už se těším, až dojedu třeba do té Prahy a dojdu si do „Mekáče“.*“

Respondent č. 8: Respondent vyrůstá v ekonomicky zatížené rodině s mnoha sourozenci, v rodině se mají rádi, ve škole i s vrstevníky nemá problémy. Ve volném čase je aktivní a pracovitý, je hrdý na to, že pomáhá ostatním a uvědomuje si důležitost vzdělání pro další směřování v životě. Přestože chlapcovy podmínky nejsou zdaleka ideální, neshledala jsem u něj závažnější znaky přítomnosti rizikových faktorů pro onemocnění PPP. Rizikovým projevem jeho chování je kouření cigaret ve chvílích nervozity a také agresivita, se kterými by měl pracovat, aby se vyhnul závislosti na kouření a problémům s kázní.

Respondentka č. 9: Tato respondentka byla ze všech respondentů nejméně sdílná a její odpovědi byly nejméně obsáhlé. Vztah s matkou se zdá být v pořádku s otcem problematický. Svě spolužáky spíše ignoruje a nekomunikuje s nimi, pokud to není nutné. Částečně pozitivně hodnotím její sebevědomí a schopnost mít vlastní názor, ovšem z jednoho rozhovoru nemohu jednoznačně říct, zda se jedná o její „pravou tvář“, nebo zda se pouze snažila takto působit. Myslím, že by dívka prospěla práce s vlastními emocemi, tolerancí vůči druhým lidem a empatií.

Respondentka č. 10: Respondentka má dobré rodinné zázemí, zdravý vztah s rodiči i sourozenci, vzájemně si věří a podporují se. Problematictější je postavení dívky v třídním kolektivu, kde se cítí „*jako odpadlík*“, ale zároveň si tam našla několik dobrých kamarádů. Problematicky se jeví její přístup k potřebám druhých, které někdy upřednostňuje před svými vlastními, jak uvádí: „*někdy nechám lidi, aby mě využívali*“ a také by nerada vykonávala

povolání, které není mezi lidmi oblíbené. „*Nechtěla bych být revizorkou, nebo jiný povoláním, které lidi nemají rádi.*“ Její sociální prostředí a vlastní postoje tedy mohou být vnímány rizikově.

Respondent č. 11: Respondent žije v úplné rodině, se sourozenci si rozumí a vzájemné vztahy označil za laskavé. Ve třídním kolektivu se cítí dobře a má ze svého pohledu hodně přátel a kamarádů. Mezi jeho zájmy patří sportovní aktivity i získávání vědomostí. Oceňuje své schopnosti i dovednosti a chování k druhým. Mezi jeho vzory patří osoby z rodiny, u kterých oceňuje taktéž to, co dokázali. V případě tohoto respondenta jsou výrazně zastoupeny protektivní faktory.

Na základě informací, které jsem výzkumem získala, uvádím následující shrnutí:

Nejvíce má sociální pedagog možnost ovlivnit v podstatě sám sebe a způsoby svého vystupování. Je třeba si v první řadě uvědomit, že pedagog, který bude prokazovat nejen profesní kvality a znalosti, ale který bude mít i příjemné vystupování, přátelskou tvář a pochopení, má všechny předpoklady pro úspěšné preventivní působení na jedince i skupiny se kterými pracuje.

Dále se může sociální pedagog při své práci zaměřit na rysy, vlastnosti a chování konkrétního jedince, zjistit, zda tato osoba dokáže reálně vnímat své zdroje a limity a zaměřit se na rozvoj těchto zdrojů a hledání dalších, případně na jejich kompenzaci.

Tyto postupy lze však správně použít za předpokladu, že jsme seznámeni také s prostředím, ve kterém jedinec žije, když chápeme, co jej obklopuje a co jej formovalo a tyto informace využijeme v prospěch celého procesu.

Závěr

Poruchy příjmu potravy jsou velmi aktuálním tématem, které se dotýká nejen pole medicíny, především tedy psychiatrie, ale také pedagogiky a výchovy, neboť na tyto jídelní poruchy lze také nahlížet jako na projevy rizikového chování mládeže a dospívajících.

Cílem této diplomové práce je: **S oporou o odbornou literaturu popsat a zanalyzovat problematiku poruch příjmu potravy a zjistit, jaké jsou možnosti sociálního pedagoga v prevenci poruch příjmu potravy.**

V teoretické části práce přibližuji čtenáři problematiku poruch příjmu potravy, jmenovitě uvádím základní informace a diagnostická kritéria mentální anorexie, mentální bulimie, záchvatovitého přejídání a uvádím také nové formy poruch příjmu potravy, kam patří bigorexie, orthorexie a drunkorexie. V další kapitole se věnuji možnostem léčby těchto poruch, jejich projevům a také podrobně pojednávám o faktorech, které se na jejich vzniku podílí. Některé z těchto faktorů je možné pozitivně ovlivnit prevencí, které se věnuji v poslední kapitole teoretické části práce, zde také charakterizují profesi sociálního pedagoga a analyzuji možnosti jeho uplatnění a působení v prevenci PPP.

Sociální pedagog může najít své profesní uplatnění například v sociálních službách, v resortu školství, mládeže a tělovýchovy, pracovat v institucích výchovného poradenství, nebo v systémech preventivně výchovné péče. Při výkonu svého zaměstnání se bude pravděpodobně denně setkávat s klienty v tíživých životních situacích a při pozorování a řešení těchto situací, může dojít i k rozpoznání klíčových znaků některé z poruch příjmu potravy přímo u klientů, nebo osob v jejich blízkosti. V takovém případě, by studovaný sociální pedagog měl být schopen zakročit a poskytnout informace o těchto onemocněních i jejich závažnosti, dále o možnostech odborné pomoci, případně pomoci rodině, či jednotlivci potřebnou instituci či službu kontaktovat. Je třeba prokázat nejen odbornou znalost tematiky, ale také vyjádřit lidské porozumění a empatie. Vedle poradenství může pomoci i poskytnutá podpora ze strany sociálního pracovníka ve formě motivace k vyhledání specializované pomoci a překonání negativních pocitů, jakými může být například stud, nebo úzkost. Zasáhnout bychom měli i v případě bagatelizace nastalé situace. Může se stát, že rodiče považují stav svých dětí za něco, co samo přejde a není potřeba vyhledávat odbornou pomoc, nebo se za vzniklou situaci stydí, nebo si závažnost problému zcela neuvědomují.

Praktická část měla za cíl zjistit: **Které faktory poruch příjmu potravy může sociální pedagog rozpoznat a ovlivnit?**

Při provádění vědeckého šetření, jsem byla nucena z důvodu ochranných opatření zavedených vládou ČR kvůli pandemii koronaviru, provést některé rozhovory přes audio-vizuální hovory namísto osobního setkání, což mělo vliv na atmosféru rozhovorů, která byla pro respondenty prý komfortnější, ale pro mne to bylo spíše náročnější.

Na základě dat z výzkumu bylo zjištěno několik faktorů, které mohou svým charakterem ovlivňovat vznik poruch příjmu potravy. Mezi tyto faktory patří individuální stránka osobnosti daného jedince, dále jeho rodinné, vrstevnické a přátelské vztahy, vliv zde samozřejmě má i vzhled a postava, zájmy a způsoby trávení volného času i vztahy ve školním prostředí se spolužáky a pedagogy. Každá tato jednotlivá oblast může být zdrojem pro obranu proti jídelním poruchám, nebo také limitem a zdrojem vyššího rizika. Jak budou na jedince jednotlivé oblasti působit, to může být zároveň prostor pro sociálního pedagoga, jehož přímé či nepřímé působení může u jedince aktivizovat jeho síly.

Cíl práce vzhledem k výše zmíněným zjištěním považuji za splněný.

Vědecko výzkumný předpoklad „Důležitým faktorem v prevenci PPP je osobnost pedagoga.“, který jsem stanovila, se shoduje s realitou.

Při léčbě poruch příjmu potravy se téměř vždy nemocní vrací na začátek a vzpomínají na to, co je tehdy přimělo přemýšlet o rizikové úpravě jídelního chování a často je to uvědomění si, že něco chybí (láska, důvěra, sebeúcta, schopnosti a dovednosti, obliba u druhých lidí) a také, že něco přebývá (stres, úzkost, ponižování, kilogramy, jiné osobní handicap). A na sociálním pedagogovi je, aby se ti, se kterými se profesně setká, jednou nemuseli dívat zpět v čase tímto způsobem.

Věřím, že má diplomová práce může přispět ke komplexnějšímu chápání onemocnění spojených s patologickými způsoby stravování, pozitivně ovlivnit destigmatizaci těchto témat, poskytnout útěchu, ale i vodítka pro práci například vychovatelů, učitelů, výchovných poradců, sociálních pracovníků a dalších pracovníků v pomáhajících profesích.

Bibliografie

1. *Aktuální problémy sociální pedagogiky*. Brno: Paido, 1999. ISBN 80-85931-66-4.
2. Anabell. Anabell. [Online] 2020. [Citace: 24. 03 2020.]
3. BĚLÍK, Václav a HOFERKOVÁ, Stanislava. *Prevence rizikového chování žáků z pohledu pedagogů*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2018. ISBN 978-80-7435-726-8.
4. BRATMAN, Steven. Health Food Junkie. *Yoga Journal*. 1997, September/October, stránky 42-50.
5. COHEN, Robert M. *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-497-4.
6. CUC, Michal. Česká televize- pořady: Diagnóza Mentální anorexie a mentální bulimie. *Česká televize*. [Online] Česká televize, 22. 5 2002. [Citace: 20. 2 2020.] <https://www.ceskatelevize.cz/porady/1095946610-diagnoza/zivot-a-zdravi/43-mentalni-anorexie-a-bulimie/>.
7. Český statistický úřad. *Informační společnost v číslech*. [Publikace] Praha: autor neznámý, 26. 03 2019. Kód:061004-19 Kapitola C, F.
8. ČT. Sama doma. *Česká televize*. [Online] Česká televize, 18. 5 2018. [Citace: 25. 11 2019.] (05:27-05:55). <https://www.ceskatelevize.cz/porady/1148499747-sama-doma/318291310030010/video/>.
9. DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost, Příručka pro uživatele*. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0139-7.
10. FIZÍKOVÁ, Iveta. Orthorexia – novodobý fenomén? *Psychiatria pre prax*. 03 2016.
11. FRAŇKOVÁ, Slávka, PAŘÍZKOVÁ, Jana a MALICHOVÁ, Eva. *Jídlo v životě dítěte a adolescenta: Teorie, výzkum, praxe*. Praha: Karolinum, 2013. ISBN 978-80-246-2247-7.
12. GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-79-6.

13. GROGAN, Sarah. *Body Image Psychologie nespokojenosti s vlastním tělem*. 1.vydání. Praha: Grada Publishing, 2000. ISBN 80-7169-907-1.
14. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum, Základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-0402.
15. JANEBOVÁ, Radka. *Sociální problémy z aspektu gender*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2006. ISBN 80-7041-512-6.
16. JUNOVÁ, Iva. *Metody sociální pedagogiky*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2018. ISBN 978-80-7435-698-8.
17. KOCOURKOVÁ, Jana a KOUTEK, Jiří. SPECIFIKA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY U DĚTÍ A ADOLESCENTŮ - DIAGNOSTICKÉ A TERAPEUTICKÉ OTÁZKY. *Pediatric pro praxi*. 2002, 3.
18. KOSOVÁ, Dita. Královéhradecký kraj-krajský úřad-školský-úřad-prevence sociálně patologických jevů-Poruchy příjmu potravy- anorexie, bulimie. *Královéhradecký kraj*. [Online] 28. 8 2014. [Citace: 16. 5 2020.] <http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/skolstvi/prevence-soc-patologickych-jevu/poruchy-prijmu-potravy---anorexie--bulimie-72592/>.
19. KRAUS, Blahoslav et. al. *Životní styl současné české rodiny*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2015. ISBN 978-80-7435-544-8 .
20. KRAUS, Blahoslav, POLÁČKOVÁ, Věra a al., et. *Člověk- prostředí- výchova*. Brno: Paido, 2001. ISBN 80-7315-004-2.
21. KRCH, František David a kolektiv, a. *Poruchy příjmu potravy vymezení a terapie*. Praha: Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-627-7.
22. KRCH, František David a MARÁDOVÁ, Eva. *Výchova ke zdraví, Poruchy příjmu potravy, příručka pro učitele*. Praha: VÚP, 2003.
23. Krch, František David. PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY – RIZIKOVÉ FAKTORY. *Psychiatrie pro praxi*. 01, 2004.

24. KVIATKOVSKÁ, Katarína, ALBRECHT, Jakub a PAPEŽOVÁ, Hana. PSYCHOGENNÍ PŘEJÍDÁNÍ, SOUČASNÉ A ALTERNATIVNÍ MOŽNOSTI TERAPIE. *Česká a slovenská psychiatrie*. 112, 2016, Sv. 6, stránky 275-279.
25. LINDEROVÁ, Ivica, SCHOLZ, Petr a MUNDUCH, Michal. *ÚVOD DO METODIKY VÝZKUMU*. Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava, 2016. ISBN 978-80-88064-23-7.
26. MALONEY, Michael a KRANZOVÁ, Rachel. *O poruchách příjmu potravy*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 1997. ISBN 80-7106-248-0.
27. MARTYKÁNOVÁ, Lucie a PISKÁČKOVÁ, Zlata. Společnost pro výživu. [Online] 3. 2 2010. [Citace: 10. 24 2019.] <http://www.vyzivaspol.cz/clanky-casopis/orthorexie-a-biorexie-mene-zname-formy-poruch-prijmu-potravy.html>.
28. MCCOMBS, Maxwell. *Agenda setting: Nastolování agendy - masová média a veřejné mínění*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-591-2.
29. MŠMT. Strategie a koncepce MŠMT. *MŠMT: Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy*. [Online] [Citace: 20. 5 2020.] Národní strategie primární prevence rizikového chování dětí a mládeže na období 2019-2027. <https://www.msmt.cz/vzdelavani/socialni-programy/strategie-a-koncepce-ap-msmt>.
30. MYNAŘÍKOVÁ, Lenka. Nezdravá touha po zdraví. *Psychologie dnes*. 31. 10 2017, Sv. 23, 11, str. 40. Dostupné také z: <https://kramerius-vs.nkp.cz/uuid/uuid:bbddd640-374c-11e8-b001-5ef3fc9bb22f>.
31. NOVÁK, Michal. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Brno: CERM, 2010. ISBN 978-80-7204-657-7.
32. ONDREJKOVIČ, Peter a al., et. *Sociálna patológia*. Bratislava: SAV, 2009. ISBN 978-80-224-1074-8.
33. PAPEŽOVÁ, Hana. *Anorexia Nervosa*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2000. ISBN 85121-32-B.
34. PERNICOVÁ, Hana. Vzdělávací obsah oboru Výchova ke zdraví. *Metodický portál: inspirace a zkušenosti učitelů*. [Online] 20. 6 2006. [Citace: 13. 06 2020.]

<https://clanky.rvp.cz/clanek/c/ZVHA/610/VZDELAVACI-OBSAH-OBORU-VYCHOVA-KE-ZDRAVI.html/>.

35. PPPHK. Články: Poruchy příjmu potravy. *Pedagogicko-psychologická poradna a Speciálně pedagogické centrum Královéhradeckého kraje*. [Online] [Citace: 14. 05 2020.]
http://www.pppkhk.cz/hk/index.php?option=com_content&view=article&id=77&catid=8&Itemid=203.
36. PRO, PPROSTOR. *PROSTOR PRO*. [Online] [Citace: 12. 6 2020.]
<https://www.prostorpro.cz/>.
37. PRŮCHA, Jan, WALTEROVÁ, Eliška a MAREŠ, Jiří. *Pedagogický slovník*. 4.vydání. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-772-8.
38. REICHEL, Jiří. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. 1.vydání. Praha: Grada Publishing a.s., 2009. ISBN 978-80-247-3006-6.
39. *Rizikový klient a sociální práce*. BURSOVÁ, Janka. [editor] Martin Smutek, Friedrich W. Seibel a Zuzana Truhlářová. Hradec Králové: Gaudeamus, 2010. Rizika sociální práce. ISBN 978-80-7435-086.
40. Salinger. O nás: Salinger. *Salinger*. [Online] [Citace: 12. 06 2020.]
<https://www.salinger.cz/o-nas>.
41. *Sebeúcta jako klíčový protektivní faktor v primární prevenci sociálně patologických jevů*. JUKLOVÁ, Kateřina. Hradec Králové: Gaudeamus, 2006. Riziková mládež v současné společnosti. ISBN 80-7041-044-2.
42. SEMIRAMIS. O nás: SEMIRAMIS. *SEMIRAMIS*. [Online] [Citace: 12. 06 2020.]
<http://www.os-semiramis.cz/os-site/>.
43. SIPKHK. Prevenc rizikového chování. *Školský informační portál Královéhradeckého kraje*. [Online] [Citace: 20. 5 2020.] <https://www.sipkhk.cz/infportal/prevence-rizikoveho-chovani>.
44. SKUTIL, Martin a KŘOVÁČKOVÁ, Blanka. *Diplomová práce a empirický výzkum pedagogických jevů*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2006. ISBN 80-7041-428-6.

45. *Spoločné a rozdielne znaky profesie sociálneho pracovníka a sociálneho pedagóga.* SELICKÁ, Denisa a ŠTRBOVÁ, Monika. Hradec Králové: Gaudeamus, 2010. ISBN 978-80-7435-086-3.
46. STAŠOVÁ, Leona, SLANINOVÁ, Gabriela a JUNOVÁ, Iva. *Nová generace: vybrané aspekty socializace a výchovy současných dětí a mládeže v kontextu medializované společnosti.* Hradec Králové: Gaudeamus, 2015. ISBN 978-80-7435-567-7.
47. ŠMÍDA, Lukáš. *Lifestyle of adolescents in relation to their health.* Hradec Králové: Gaudeamus, 2017. ISBN 978-80-7435-679-7.
48. University, Austin. The university of Texas at Austin University Health Services. *Drunkorexia?* [Online] [Citace: 28. 10 2019.]
<https://healthyhorns.utexas.edu/drunkorexia.html>.
49. *Uplatnění sociálního pedagoga v sociálních službách.* Pávková, Miroslava. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. ISBN 978-80-7435-407-6.
50. VACEK, Pavel. *Pedagogická psychologie.* Hradec Králové: Gaudeamus, 2017. ISBN 978-80-7435-684-1.
51. ZORMANOVÁ, Lucie. *Výukové metody v pedagogice: tradiční a inovativní metody, transmisivní a konstruktivistické pojetí výuky, klasifikace výukových metod.* Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4100-0.

Příloha A

Otázky k rozhovoru

DVO1: Jaké jsou zdroje (zdravého) sebepojetí?

- Jak bys popsal/a sám/sama sebe?
- Jak vnímáš svou postavu a vzhled?
- Čeho si na sobě nejvíce ceníš?
- Jak myslíš, že by tě popsalí druzí lidé?
- Jaké jsou tvé negativní vlastnosti?
- Kdybys na sobě mohl/a cokoli změnit, co by to bylo?
- Jak zaháníš stres a nepříjemné pocity?
- Jak převážně reaguješ při stresových situacích, nebo když se s někým nepohodneš?
- Čím bys chtěl/a jednou být a proč?
- Je něco, co bys nikdy dělat nechtěl/a a proč?

DVO2: : Jaký je význam sociálního prostředí pro prevenci PPP?

- Jaké jsou tvé zájmy ve volném čase?
- Jaká je tvá představa ideálního trávení prázdnin (s kým, jaké aktivity, kde)?
- S kým nejraději trávíš volný čas?
- Jak bys popsal svou rodinu, jaké máte vztahy?
- Jaký vztah máš se sourozenci?
- Jak tvoji rodiče přistupují k tvým výkonům např. ve škole, sportu?
- Máš pocit, že jsi v kolektivu oblíbený/á?
- Vyhovuje ti práce ve skupině, co se ti na takové práci s ostatními líbí?
- Jak se cítíš ve své školní třídě (kolektivu) a jaké máte vzájemné vztahy?
- Jak bys popsal/a své vztahy s kamarády?
- Kdo je tvým životním vzorem a proč (někdo, komu by ses chtěl/a podobat, být jako on/ona)?

DVO3: Čím se vyznačují pedagogové, kteří jsou vnímáni jako důvěryhodní?

- Co hodnotíš jako pozitivní na třídním učiteli (třídní učitelce) nebo jiném pedagogovi?
- Co hodnotíš negativně na přístupu třídního učitele (třídní učitelky) nebo jiného pedagoga?
- S kým bys řešil/a problémy s učením, učiteli nebo spolužáky?
- Máte ve škole školního psychologa, školního metodika prevence nebo výchovného poradce? Využil/a jsi někdy jejich pomoci, máš k nim důvěru?
- Měl/a nebo máš ve škole problémy, např. se spolužáky nebo učiteli (pokud ano, jaké)?