

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta

Diplomová práce

2020

Bc. Kristýna Rennerová

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta
Katedra sociální pedagogiky

**Prevence poruch příjmu potravy
na základních a středních školách na Královédvorskú
Diplomová práce**

Autor: Bc. Kristýna Rennerová
Studijní program: N7507 Specializace v pedagogice
Studijní obor: Sociální pedagogika (SOCPN)
Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Petra Ambrožová, Ph.D.
Oponent práce: Mgr. Alena Knotková

Zadání diplomové práce

Autor: Kristýna Rennerová

Studium: P18P0639

Studijní program: N7507 Specializace v pedagogice

Studijní obor: Sociální pedagogika

Název diplomové práce: **Prevence poruch příjmu potravy na základních a středních školách na Královédvorskú**

Název diplomové práce AJ: Prevention of eating disorders at elementary and secondary schools in Kralovédvorko

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Diplomová práce se zaměřuje na prevenci poruch příjmu potravy na základních a středních školách na Královedvorskú. Orientuje se na zmapování preventivních programů zacílených na poruchy příjmu potravy a zdravý životní styl a dále na práci školních metodiků prevence na vybraných školách Dvora Králové nad Labem a okolí. Teoretická část se věnuje popisu prevence poruch příjmu potravy na základních a středních školách, orientuje se na tuto problematiku v rámci minimálních preventivních programů škol a zabývá se také oblastí zdravého životního stylu. Výzkumné šetření bude realizováno prostřednictvím metody rozhovoru se školními metodiky prevence a dále podrobnou analýzou minimálních preventivních programů škol s cílem zjistit, jak probíhá prevence poruch příjmu potravy na základních a středních školách na Královedvorskú.

Garantující pracoviště: Katedra sociální pedagogiky,
Pedagogická fakulta

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

Oponent: Mgr. Alena Knotková

Datum zadání závěrečné práce: 6.11.2014

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala pod vedením vedoucího diplomové práce samostatně a uvedla jsem všechny použité zdroje a literaturu. Také prohlašuji, že diplomová práce je uložena v souladu s rektorským výnosem č. 13/2017 (Řád pro nakládání se školními a některými jinými autorskými díly na UHK).

V Hradci Králové dne

Poděkování

Děkuji vedoucí mé diplomové práce Mgr. et Mgr. Petře Ambrožové, Ph.D. za odborné rady a čas při konzultacích, který mi věnovala. Poděkování patří také všem respondentům, resp. školním metodikům prevence vybraných základních a středních škol na Královédvorskú, kteří se podíleli na výzkumném šetření.

Anotace

RENNEROVÁ, Kristýna. *Prevence poruch příjmu potravy na základních a středních školách na Královédvorskú*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2020. 113 s. Diplomová práce.

Diplomová práce se zabývá prevencí poruch příjmu potravy ve školním prostředí. Jejím cílem je zjistit, jak probíhá tato specifická prevence na vybraných základních a středních školách v regionu Královédvorskú. V teoretické části jsou představeny pojmy nezbytné pro pochopení části praktické. První kapitola tedy popisuje problematiku poruch příjmu potravy, pozornost je věnována zejména specifikům těchto závažných duševních onemocnění v dětském věku a v období dospívání. Kapitola druhá se již zaměřuje na prevenci poruch příjmu potravy ve školním prostředí, ke které neodmyslitelně patří i celková podpora zdravého životního stylu žáků. Třetí kapitola se orientuje na problematiku patologického jídelního chování v rámci minimálních preventivních programů škol. Objasněny jsou i činnosti a náplň práce školního metodika prevence, který koordinuje tvorbu a realizaci školního preventivního programu. V kapitole jsou také přiblíženy možnosti, kterými lze ve školním prostředí významně přispět ke zdraví a zdravému způsobu života žáků. Poslední část práce představuje samotné kvalitativní výzkumné šetření, které se opírá o rozhovory se školními metodiky prevence a o obsahovou analýzu preventivních programů vybraných základních a středních škol na území Královédvorskú.

Klíčová slova: poruchy příjmu potravy, prevence ve školním prostředí, zdravý životní styl, preventivní program, školní metodik prevence

Annotation

RENNEROVÁ, Kristýna. *Prevention of eating disorders at elementary and secondary schools in Královédvorskó*. Hradec Králové: Pedagogical faculty, University of Hradec Králové, 2020. 113 pp. Diploma Thesis.

This diploma thesis deals with prevention of eating disorders in school environment. Its aim is to find out how this specific prevention works in selected elementary and secondary schools in the Královédvorskó region. The theoretical part introduces the concepts necessary for understanding the practical part. The first chapter describes the problems of eating disorders, the attention is paid to the specifics of these serious mental illnesses in childhood and adolescence. The second chapter already focuses on the prevention of eating disorders in the school environment, which inherently includes the overall promotion of pupils' healthy lifestyles. The third chapter focuses on the issue of pathological eating behavior within the minimum preventive programs of schools. The activities and scope of work of the school prevention methodology, which coordinates the creation and implementation of the school prevention program, are also clarified. The chapter also describes the possibilities that can make a significant contribution to the health and well-being of pupils in the school environment. The last part of this thesis presents the qualitative research itself, which is based on interviews with school prevention methodologists and on the content analysis of preventive programs of selected primary and secondary schools in the area of Královédvorskó.

Keywords: eating disorders, prevention in school environments, healthy lifestyle, preventive programme, school prevention methodologist

Obsah

Úvod	10
1 Poruchy příjmu potravy	12
1.1 Základní vymezení poruch příjmu potravy	12
1.1.1 Mentální anorexie	13
1.1.2 Mentální bulimie	15
1.1.3 Záchvatovité přejídání	17
1.1.4 Další poruchy jídelního chování a vnímání těla	18
1.2 Celospolečenský kontext	21
1.3 Příčiny vzniku poruch příjmu potravy	23
1.4 Rizika a léčba	26
1.4.1 Tělesné následky	26
1.4.2 Psychické následky	27
1.5 Poruchy příjmu potravy mezi žáky a studenty	29
1.5.1 Specifika poruch příjmu potravy v dětském věku	30
1.5.2 Specifika poruch příjmu potravy v období dospívání	32
2 Prevence poruch příjmu potravy	35
2.1 Prevence	35
2.2 Předcházení poruchám příjmu potravy	40
2.3 Prevence poruch příjmu potravy ve školním prostředí	41
2.3.1 Prevence poruch příjmu potravy ve výuce	44
2.4 Zdravý životní styl jako součást prevence	45
3 Podpora zdraví v preventivních programech škol	48
3.1 Charakteristika minimálních preventivních programů	48
3.1.1 Posouzení efektivity minimálního preventivního programu	51
3.2 Role školního metodika prevence	53
3.2.1 Standardní činnosti a náplň práce	55

3.3	Podpora zdravého životního stylu ve školním prostředí.....	57
3.3.1	Výchova ke zdraví.....	58
3.3.2	Škola podporující zdraví.....	59
4	Výzkumné šetření	62
4.1	Popis výzkumu.....	62
4.2	Cíl výzkumu.....	62
4.3	Výzkumné otázky	63
4.4	Výzkumný vzorek a prostředí.....	63
4.5	Metody získávání dat	65
4.6	Způsoby získávání dat.....	69
4.7	Charakteristika zkoumaných základních a středních škol	69
4.8	Výsledky výzkumného šetření.....	71
	Závěr	96
	Seznam literatury a dalších zdrojů	104
	Seznam použitých zkratk	112
	Seznam příloh	113

Úvod

V souvislosti s výraznou proměnou životního stylu zejména mladé generace se stále naléhavěji objevuje potřeba hledat účinné preventivní strategie, jak ochránit děti a dospívající před ohrožením nezdravým životním stylem, který souvisí například s rozvojem závislosti, nedostatkem pohybu a nesprávnou výživou, jež může vést až ke vzniku poruch příjmu potravy. Jedinci s narušeným jídelním chováním se do péče lékařů dostávají ve stále nižším věku¹. Prevenci proto odborníci směřují již na děti a dospívající na základních školách.

Škola jako profesionální instituce, kterou navštěvuje celá populace ve věku od šesti let, zajišťuje zejména realizaci primární prevence a v případě výskytu rizikového chování též realizaci prevence sekundární. Je proto nevyhnutelné věnovat v oblasti školské prevence pozornost problematice poruch příjmu potravy, především mentální anorexii a bulimii. Spousta školních dětí totiž neví, jaká je jejich optimální hmotnost a zejména dívky se obtížně vyrovnávají se vzrůstem tělesné váhy ve vztahu k výšce a věku. Ve starším školním věku pak považují diety za samozřejmost a neznají přiměřený jídelní režim, řada dětí či dospívajících chce hubnout a k tomu si dopomáhají různými způsoby, například zvracením.

Diplomová práce se zabývá předcházením vzniku patologického jídelního chování ve školním prostředí, především prostřednictvím podpory zdravého životního stylu žáků a zaměřuje se na zmapování této specifické prevence na vybraných základních a středních školách na území Královédvorská.

Hlavním cílem této práce je tedy zjistit, s oporou o odbornou literaturu, jak na jednotlivých základních a středních školách na Královédvorskku probíhá prevence poruch příjmu potravy. V souladu s cílem práce byl formulován následující vědeckovýzkumný problém: Jak probíhá prevence poruch příjmu potravy na základních a středních školách na Královédvorskku? Na základě takto definovaného problému byla vytvořena domněnka: Problematika poruch příjmu potravy je na základních a středních školách na Královédvorskku řešena spíše okrajově, prevence probíhá zejména ve výuce. Zda byla tato domněnka potvrzena či vyvrácena, se dozvíme v závěru práce.

Náplní diplomové práce jsou teoretická východiska k problematice, zpracovaná do tří dílčích kapitol. První kapitola popisuje problematiku poruch příjmu potravy,

¹ Vyplynulo to z odborné diskuze na téma *Poruchy příjmu potravy v Čechách* konané v listopadu 2018 1. lékařskou fakultou Univerzity Karlovy. Této diskuze se účastnili přední čeští specialisté zabývající se touto problematikou, včetně prof. MUDr. Hany Papežové, CSc., která je v práci hojně citována.

pozornost je věnována zejména specifickým onemocnění v dětském věku a v období dospívání. Druhá kapitola přibližuje prevenci poruch příjmu potravy ve školním prostředí, ke které neodmyslitelně patří i celková podpora zdravého životního stylu. Třetí kapitola se orientuje na problematiku narušeného jídelního chování v rámci minimálních preventivních programů škol, objasňuje i roli školního metodika prevence a možnosti, kterými lze ve školním prostředí významně přispět ke zdraví a zdravému způsobu života žáků.

Stěžejní část práce představuje kvalitativní výzkumné šetření v podobě polostrukturovaných rozhovorů se školními metodiky šesti základních a středních škol z oblasti Královédvorská. Rozhovory jsou doplněny o obsahovou analýzu minimálních preventivních programů těchto čtyř základních a dvou středních škol.

Tato diplomová práce by mohla být užitečná nejen pro všechny školní metodiky prevence a ostatní pedagogy, kterých se tato práce týká, ale také pro odborníky a širokou veřejnost, která se o problematiku poruch příjmu potravy zajímá a má snahu těmto závažným duševním onemocněním předcházet. Hlavní motivací je rozšíření poznatků z této oblasti o užitečné závěry. Nedílnou součástí této práce je i souhrn doporučení pro praxi, který vyplývá z výsledků výzkumného šetření.

1 Poruchy příjmu potravy

Diplomová práce se zaměřuje na prevenci velmi závažného duševního onemocnění, které v současnosti představuje podstatný medicínský i pedagogický problém, neboť se dotýká nejen adolescentní mládeže a dospělých, ale také věkové kategorie dětí. Je nezbytné uvést terminologii, která nám umožní předložit ucelený pohled na problematiku narušeného vztahu k jídlu. První kapitola pojednává o jednotlivých formách poruch příjmu potravy, včetně poruch dosud ne příliš známých, avšak neméně závažných. V kapitole také uvádíme, jaký vliv může mít společnost a další faktory na rozvoj tohoto onemocnění. Nejsou opomenuty ani tělesné a psychické následky nemoci a jejich možná léčba. Jelikož práce cílí na prevenci narušeného jídelního chování na základních a středních školách, považujeme představení specifík poruch příjmu potravy v dětském a adolescentním věku za velice důležité.

Poruchy vztahu k jídlu patří zejména u dospívajících mezi nejčastější a nejnebezpečnější psychická onemocnění. Dle Vágnerové (1997) mohou mít charakter **odmítání jídla**², nebo naopak **zvýšenou potřebu přijímat potravu**, která obvykle funguje jako náhradní uspokojení jiné potřeby, ve které jedinec určitým způsobem strádá. Například v oblasti citového přijetí či sociálního ocenění. Myšlenky na jídlo, tělesnou hmotnost a dietu jsou často důležitější než vše ostatní. Tento stav lze charakterizovat jako určitou závislost na jídle, která se velmi podobá závislosti na drogách či alkoholu.

Od určitého stádia nemoci není jedinec schopen vlastní vůlí ovládat chování spojené s poruchou příjmu potravy a mnohdy je nutné vyhledat odbornou pomoc. Jak uvádí Marádová (2006, s. 19): „*Pro postiženého přestává být jídlo jednou ze součástí života, ale stává se jeho hlavní náplní.*“

1.1 Základní vymezení poruch příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy (dále jen PPP) patří podle Nováka (2010) k jedněm z nejhůře uchopitelných a zároveň nejzáhadnějších psychiatrických diagnóz. V uplynulých letech došlo k velkému nárůstu tohoto psychického onemocnění, které způsobuje dlouhodobé obtíže, a to nejen samotným pacientům, ale i jejich nejbližšímu okolí. I Krch (1999) a Kocourková a kol. (1997) řadí narušené jídelní chování mezi

² V textu jsou tučně zvýrazněny pojmy či slovní spojení, které považujeme za klíčové. Většina z nich se prolíná i celým výzkumným šetřením.

časté obtíže dospívajících dívek s velmi závažnými důsledky nejenom na jejich zdraví a psychický stav, ale i na jejich sociální život, kdy dochází k narušení sociální vztahů, dále může mít značný vliv na školní výkon či práci.

Podle odhadů odborníků může některé příznaky mentální anorexie vykazovat až 6 % děvčat koncem puberty a každá dvacátá dospívající dívka trpí PPP. U chlapců se tyto poruchy vyskytují méně často, v literatuře je udáván poměr nemocných chlapců a dívek 1:10. (Papežová, 2010; Krch, 1999)

Poruchy vztahu k jídlu se vyskytují v několika formách, které se nyní pokusíme charakterizovat. Desátá revize Mezinárodní klasifikace nemocí³ (dále jen MKN-10) zahrnuje pod PPP dva syndromy: **mentální anorexii** pod kódovým označením F50.0 a **mentální bulimii** pod kódem F50.2. Dále k PPP řadíme i záchvatovité přejídání, které však není doposud pod tímto názvem klasifikováno, avšak dle odborníků na tuto problematiku již existuje návrh, že by mohlo být klasifikováno jako třetí druh poruch příjmu potravy. (Krch a kol., 2005) V textu níže bude věnována pozornost také problematice spojené s ortorexií, bigorexií, drunkorexií a ne příliš společensky známým poruchám, pregorexii a diabulimii.

1.1.1 Mentální anorexie

Pro mentální anorexii bývá příznačná aktivní snaha snížit tělesnou hmotnost a nepřibírat, chuť na jídlo a hlad jsou vědomě popírány. Dle Kučírka (2006) se jedná o závažné somatické onemocnění s psychickými příčinami, kdy postupně dochází k extrémnímu omezení potravy a rapidní ztrátě tělesné hmotnosti. Nemoc bývá provázena počátečním nadšením z poklesu hmotnosti, posléze se však začnou objevovat stále závažnější fyzické a psychické obtíže. U nemocného jedince přetrvává neustálý strach z tloušťky a zkreslená představa o vlastním těle. Jde o vtíravou, ovládací myšlenku, díky které si jedinec ukládá za povinnost mít nízkou váhu. (Novák, 2010) Nejčastější počátek tohoto onemocnění bývá mezi 14. a 15. rokem a mezi 17. a 18. rokem věku. Prevalence mentální anorexie bývá uváděna mezi 0,5-1 % zejména mladých dívek. (Poruchy příjmu potravy v Čechách, 2018) V případě mužské populace se uvádí 0,1 %. (Galová, 2019)

³Mezinárodní klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů je publikace, která kodifikuje systém označování a klasifikace lidských onemocnění, poruch, zdravotních problémů a dalších příznaků, situací či okolností. (MKN-10, online)

Krch (2000, s. 22) ve své publikaci uvádí **diagnostická kritéria** (dle MKN-10) mentální anorexie, které lze shrnout do tří základních znaků:

- **udržování abnormálně nízké tělesné hmotnosti**, úbytek nejméně o 15 % tělesné váhy, BMI⁴ nižší než 17,5;
- **strach z přibírání na váze** přetrvávající i přes velmi nízkou tělesnou hmotnost;
- **porucha menstruačního cyklu** u žen (v případě, že nejsou podávány hormonální přípravky).

Snížení váhy si dle Kocourkové a kol. (1997) způsobuje jedinec sám tím, že se vyhýbá potravinám, po kterých se podle jeho přesvědčení tloustne. Mentální anorexií onemocní lidé, kteří drží tak přísné diety, že nakonec váží méně než 85 % své normální tělesné hmotnosti.

Jedinci se mnohdy s tímto onemocněním dostanou na velmi nízký kalorický příjem, sahající hluboko pod hranici redukční diety. Není výjimkou, že za celý den sní pouze jedno jablko či jeden bílý jogurt. První zhubnutí bývá spojeno s nárůstem sebevědomí a aktivity, postupně ale přibývá různých psychických obtíží (např. únava, sebestřednost, přecitlivělost, kolísání nálady, postupná ztráta sebevědomí apod.) a strach z jídla dále vzrůstá a s ním i počet již zmiňovaných „zakázaných potravin“. Pro nemocné znamená nárůst tělesné váhy děsivou představu.

Ve většině případů jedinec neztrácí chuť k jídlu, naopak, na jídlo myslí téměř neustále, ale odpírá si ho. Jak uvádí Papežová (2000, s. 10): „*jejich snaha snížit svou tělesnou váhu se liší od lidí držících hladovku, kteří začnou jíst, když dosáhnou svého cíle.*“ Mezi způsoby, kterými pacienti s mentální anorexií snižují svou váhu, patří nejen úmyslné omezování příjmu potravy, ale také velmi intenzivní cvičení, zvracení, užívání dietních přípravků a také odvodňovacích či projímavých prostředků. V průběhu hladovění dochází ke znatelnému slábnutí, což je důsledkem toho, že tělo si bere své zásoby ze svalů a začne je spalovat jako alternativní zdroj energie. Nemocný se tak cítí unaveně, ospale a velmi slabě. Pokud hladoví po delší dobu, mají typický vzhled – propadlé lícni kosti, odstávající lopatky a žebra se dají spočítat pouhým pohledem.

Jedinci trpící mentální anorexií bývají hodnoceni jako velice přizpůsobiví, vyhovující, perfekcionistačtí, odpovědní a v neposlední řadě úspěšní v oblasti školní

⁴*Body Mass Index* neboli Queteletův index se vypočítá podle vzorce BMI = váha (kg) / výška² (m). Výsledné číslo udává, do jaké kategorie (podváha, normální hmotnost, nadváha, obezita, morbidní obezita) se jedinec řadí a případně jaká mu hrozí zdravotní rizika. (Komárek a kol., 1998)

i zájmové. (Kocourková a kol., 1997) Mezi jejich rizikové povahové rysy patří zranitelnost, která se projevuje značnou nejistotou spojenou s výrazně zvýšenou snahou se zalíbit druhým. Dále Papežová (2000) uvádí nestálost, sebetrestání, puritánství a asketismus, při kterém jedinec překonává vlastní potřeby, včetně přijímání potravy, což považuje za morální a očišťující.

1.1.2 Mentální bulimie

Bulimie, které se dle Krcha (2008) říká také „vlčí hlad“, představuje jednu z nejnepříjemnějších potíží při PPP, která na první pohled nebývá tak nápadná jako anorektická „vyhublost“. Jedinci trpící touto poruchou však též přehnaně kontrolují svou tělesnou hmotnost. Dochází u nich k opakovaným záchvatům přejídání, při nichž během krátké doby sní obrovské množství jídla, kterého se vzápětí snaží zbavit nejčastěji zvracením nebo pomocí projímadel. Při jednom záchvatu dovedou pozřít pokrmy, jejichž energetická hodnota dosahuje až 20 000 kilojoulů⁵.

Papežová (2003, s. 38) ve své publikaci uvádí: „*tyto záchvaty nejsou projevem slabé vůle, ale výsledkem souhry fyziologických (hladovění a snížení příjmu potravy vede organismus k regulačním mechanismům k obnovení energetické rovnováhy) a psychologických mechanismů (nuda, stres, osamělost, pocit prázdnoty).*“ Také Vágnerová (1997) říká, že potřeba přejídání může být výrazem vnitřního napětí a neuspokojení v oblasti některé základní psychické potřeby.

Nejčastěji se mentální bulimie vyskytuje u žen, a to ve věkovém rozmezí 15 až 25 let. U mužů se tato jídelní porucha vyskytuje dle Krcha (2008) spíše výjimečně. Mentální bulimií trpí v České republice přibližně každá dvacátá dospívající dívka, což představuje 4 až 6 % populace. (Krch a Marádová, 2003)

Tři základní **diagnostická kritéria** (dle MKN-10) mentální bulimie, která ve své knize uvádí Krch (2000, s. 22):

- **nepřiměřená nebo nadměrná kontrola tělesné hmotnosti**, což zahrnuje také vyvolávání zvracení, zneužívání projímadel a léků na odvodnění, ale také opakující se hladovky a nadměrné cvičení;
- **opakující se epizody přejídání**, spojené s pocitem neovladatelné ztráty kontroly nad množstvím zkonsumovaného jídla;

⁵ *Kilojoule* (kJ), společně s kaloriemi představují jednotky energie, v nichž se dnes nejčastěji počítá energetický příjem. Denní příjem pro průměrného muže čítá zhruba 10 000 kJ, pro ženu pak 8000 kJ. (Mužik, 2007)

- **přítomnost charakteristického a nadměrného zájmu o tělesný vzhled a tělesnou hmotnost.**

Podle Kučírka (2006) nemá toto onemocnění obvykle zásadní vliv na tělesnou hmotnost, na rozdíl od mentální anorexie či záchvatovitého přejídání. Podobně jako jedinci s anorexií se i ti s bulimií příliš zaobírají svým tělem a jídlem, mění se jejich jídelní zvyklosti (jedí spíše chaoticky a rychle) a před ostatními se snaží spíše nejíst. Často podvádějí s jídlem, dokážou hodiny mluvit o tom, jak se cítí nafouklí, probírat jídelníček a svoje pocity, které vnímají zkresleně. Po jídle odbíhají na toaletu nebo do koupelny, kde zůstávají dlouho zavřeni. Po zvracení někdy přetrvává typický pach z úst.

Opakované zvracení vystavuje organismus zvýšené námaze, přičemž důsledky dlouhodobého hladovění se projevují zejména onemocněním jater a u dívek dospívajících v poruchách růstu a také menstruačního cyklu. Ani požití projímadel nemá, dle již výše zmiňovaného autora (2006), zásadní vliv na tělesnou hmotnost, jelikož způsobují pouze krátkodobou ztrátu tekutin. Jedinci s bulimií se však stávají na projímadlech závislí a nemohou bez nich později vyměšovat. Mezi další ústřední rysy této poruchy vztahu k jídlu patří pocit ztráty kontroly, kdy první okamžiky záchvatu přejídání mohou být vcelku příjemné. Tento pocit je však záhy vystřídán pocitem znechucení a studu. (Papežová, 2003)

Oproti mentální anorexii nebývají nemocní trpící mentální bulimií hodnoceni jako přizpůsobiví a vyhovující, ale mají také často perfekcionistické rysy a bývají závislí na hodnocení druhých. (Kocourková a kol., 1997) Mezi charakterové vlastnosti, které mohou k nemoci přispívat, řadí Papežová (2003) zejména úzkostnost spojenou s nejistotou a pocitem ohrožení, dále zranitelnost, sebekritičnost, nestálost a impulzivitu, která je typická pro bulimii a psychogenní přejídání. U nemocných se také může vyskytovat hraniční porucha osobnosti, která se projevuje například nestabilními a intenzivními vztahy, poruchou identity, sebepoškozujícím chováním a poruchami nálady.

Obě tyto závažné poruchy vztahu k jídlu, mentální anorexii a mentální bulimii, spojuje nadměrná pozornost věnovaná vlastnímu vzhledu a intenzivní snaha o dosažení štíhlosti spojená s omezováním příjmu potravy, nadměrným cvičením, užíváním projímadel, léků na odvodnění nebo zvracení. Marádová (2007) ve své knize uvádí, že základní příznaky mentální anorexie (vyhublost, nadměrná sebekontrola v jídle, přehnaný pohyb), ale i bulimie (pocit úlevy spojený s vyprázdněním a někdy

i s přejedením) přináší nemocným uspokojení, a to i v období, kdy už jsou spojeny s mnoha obtížemi. Proto nejsou mnohdy ochotni připustit, že mají vážný problém, a jen velmi neochotně a pod tlakem spolupracují. V závislosti na tom, jak se jim daří kontrolovat příjem potravy a tělesnou hmotnost, se mění jejich nálada a sebehodnocení. Podobnými problémy jako lidé s anorexií a bulimií mohou trpět i ti, kteří mají nadváhu nebo často hubnou. I Papežová (2003) ve své knize zmiňuje, že rozdíl mezi mentální anorexií a bulimií je mnohdy neostrý a jednotlivé formy onemocnění mohou přecházet z jedné na druhou.

V poslední době dochází k nárůstu obou forem PPP, přesto však přesný počet případů onemocnění není znám, protože mnozí z nemocných jedinců své problémy zatajují a nevyhledají pomoc odborníků a lékařů.

1.1.3 Záchvatovité přejídání

K poruchám vztahu k jídlu lze zařadit také **záchvatovité přejídání**, které v posledních letech patří mezi nejčastější PPP. Dle klasifikace nemocí MKN neexistuje onemocnění s názvem záchvatovité přejídání, proto tuto chorobu řadíme mezi skupinu nemocí F50.4, tedy přejídání spojené s psychologickými poruchami. (MKN-10, online) Jedná se o opakované epizody přejídání bez hladovek nebo vyvolávaného zvracení, cvičení či užití projímadel. Jedinci trpící touto poruchou jedí velké množství stravy, i když v danou chvíli nepocítují hlad. Často jedí i takové pokrmy, které jim ani nechutnají. Ovládá je pocit, že musí jíst. Jídlem pouze mnohdy zahání nudu, zklamání, osamělost nebo nervozitu. U jedince, který trpí přejídáním, se krátce po záchvatu objevují silné výčitky svědomí spojené s pocitem znechucení z vlastní osoby. Začarovaný kruh se uzavírá držením diety, která dále prohlubuje přejídání se. (Švédová, 2019)

Na rozdíl od mentální anorexie a bulimie se lidé se záchvatovitým přejídáním nesnaží kompenzovat přijaté kalorie prostřednictvím purgativních návyků⁶. Nemocní trpící záchvatovitým přejídáním mnohdy mývají nadváhu, což zvyšuje riziko vzniku závažných zdravotních komplikací, jako jsou onemocnění srdce, cévní mozkové příhody či diabetes⁷ druhého typu. (Spektrum poruch příjmu potravy, 2010, online)

⁶ *Purgativní návyky* představují především vyvolávání zvracení, užívání diuretik, laxativ či klystýrů, hladovění či nadměrné cvičení. (Krch, 2000)

⁷ *Diabetes mellitus* neboli cukrovka znamená poruchu metabolismu cukrů, kdy organismus není schopen udržet koncentraci cukru v krvi v obvyklých mezích. (Svačina, 2008)

Diagnostický a statistický manuál⁸ (DSM-5) udává, že o záchvatovitým přejídání lze hovořit, pokud se člověk přejí dvakrát týdně po dobu půl roku a nepoužije následovně jakékoliv kompenzační prostředky.

1.1.4 Další poruchy jídelního chování a vnímání těla

Krom mentální anorexie, bulimie a záchvatovitého přejídání se můžeme setkat s různými problémy, které souvisí s nadměrným zájmem o tělesný vzhled, výživu nebo tělesný pohyb. Některé z nich jsou variantou mentální anorexie, zvyšují riziko jejího výskytu nebo mohou být jinak nebezpečné. Nyní budou tyto též velmi závažné poruchy vztahu k jídlu stručně představeny.

Ortorexie

V posledních letech se čím dál častěji objevuje porucha jídelního chování, která postihuje zejména dospělé osoby, ale vyskytuje se i u dospívající mládeže. Představuje patologickou posedlost zdravou výživou. Jedinci trpící touto poruchou se příliš soustředí na zdravý životní styl a výživu, dochází u nich k nadměrné kontrole potravin, výrobců a obvykle mívají zálibu v biopotravinách a správné životosprávě. Nemocní postupně stále více omezují svůj jídelníček a jedí pouze to, co neobsahuje např. žádné konzervační látky, barviva, cukr, sůl, bílou mouku, průmyslově zpracované potraviny. Zásadou je například nízkotučný jogurt, tofu, zelenina spojená s kontrolou chemikálií, příměsí (tzv. „éčka“). Velký důraz je kladen také na jídelní rituály a kvalitní nápoje. (Švédová, 2019)

Fraňková a kol. (2013) uvádí, že zaměření na to, co jedinec považuje za zdravé a správné, včetně vylučování mnoha potravin z jídelníčku může vést až k obsedantnímu chování. Strach z nezdravých potravin také mnohdy směřuje k výrazné podváze a mentální anorexii. Tento problém může přinášet i výrazná sociální omezení spojené s postupným omezováním kontaktů s těmi, kteří takové stravovací návyky nemají. Dochází tak k pozvolné izolovanosti, v některých případech i k nevráživosti vůči ostatním, jinak se stravujícím přátelům, spolužákům. Tito jedinci dokonce mohou až terorizovat své okolí a nejbližší svými postoji a požadavky ohledně stravovacích návyků. (Kučírek, 2006; Švédová, 2019)

⁸*Diagnostický a statistický manuál* mentálních poruch je mezinárodně používaná příručka Americké psychiatrické společnosti pro klasifikaci a statistiku mentálních poruch. (Spitzer et al., 1992)

Drunkorexie

Strach z přibírání vede k záměrné redukci příjmu potravy s cílem snížit příjem energie proto, aby bylo možné vypít více alkoholu či energetických nápojů. Vychází z faktu, že alkohol je poměrně kalorický. I v tomto případě zde hraje hlavní roli nespokojenost se svou postavou a úzkost z přibírání na váze. U nemocných vzrůstá nejen riziko PPP, ale i závislosti na alkoholu. Hlavní nebezpečí takového chování spočívá v tom, že bez jídla se alkohol v žaludku vstřebává mnohem rychleji, do jater se tak dostává velmi rychle. Účinek alkoholu je v takovém případě silnější a také mnohem nebezpečnější. Tělo alkohol hůře vstřebává, navíc ho mnohdy dostane ve vyšší dávce, než je přiměřené množství. (Cenková a Langrová, 2010)

Psychiku ohrožuje tato porucha podobně jako jiná z uvedených PPP. Nemocní zažívají úzkost při snaze kontrolovat své proporce a po určité době dochází i ke společenskému strádání, pocitu odcizení a osamělosti. Toto narušené jídelní chování se týká především mladých žen ve věku mezi dvaceti a třiceti lety, ale je rozšířený i mezi středoškoláky, chlapci a jedinci výrazně staršími. (Spektrum poruch příjmu potravy, 2010, online)

Bigorexie

Mezi méně známou poruchu jídelního chování patří tzv. Adonisův komplex, který je spojen s rozvojem příznaků typických i pro mentální anorexii u žen. Tato specifická porucha se vyskytuje spíše u mužů, nejčastěji pak u kulturistů a návštěvníků posiloven. Projevuje se nadměrným zájmem, v některých případech až posedlostí, o vlastní vzhled a přehnanou snahou dosáhnout fyzické zdatnosti a svalové hmoty. Lidé s tímto problémem nejsou nikdy spokojeni se svým vzhledem a svalovou hmotou, připadají si nedostatečně vyvinutí, malí a slabí. Trápí se tím a bývají ochotni pro dosažení vysněného ideálu z kulturistických časopisů či akčních filmů udělat opravdu mnohé. Často tak u nich dochází ke zneužívání steroidních hormonů a jiných látek, které podporují růst svalové hmoty. (Papežová, 2010)

Jednou z příčin vzniku bigorexie může být rodinné prostředí, ve kterém se člověk věnuje sportu už od útlého dětství. Právě v takovém prostředí bývají na jedince kladeny vysoké nároky. (Galová, 2019)

Mezi hlavní rizika této poruchy patří především poškození pohybového aparátu dlouhotrvajícím přetěžováním. Značně nevyváženou stravou a nadužíváním doplňků obsahujících vysoké množství bílkovin a aminokyselin bývá také zatěžován trávicí

system, ledviny a játra. Ovlivněno může být také duševní zdraví, neboť dochází k sociální izolaci, kdy nemocní ztrácí společná témata ke konverzaci. Do psychických problémů se mohou jedinci dostat také kvůli nedostatku financí, vlivem vysokých výdajů za vstupy do posiloven, stravu a potravinové doplňky. Zároveň u nich mnohdy dochází k problémům v zaměstnání či dokonce ke ztrátě zaměstnání. (Ortorexie, bigorexie, drunkorexie, 2015, online)

Pregorexie

Pregorexie představuje moderní termín pro označení anorexie během těhotenství. Pacientky mají mnoho společných znaků s ženami, které trpí již výše zmiňovanou mentální anorexií. Ženy s touto velmi závažnou poruchou mají nadměrný strach z přibírání hmotnosti během jejich těhotenství, dávají přednost štíhlosti a udržení si své váhy před zdravým vývinem svého nenarozeného dítěte. Dochází k omezování potravy a nadměrnému cvičení. Možná rizika tohoto chování jsou zejména značné těhotenské komplikace, předčasný porod a nízká porodní hmotnost miminka. Některé pacientky s pregorexií mají v anamnéze PPP, u jiných žen se tato porucha může vyvinout pouze po otěhotnění. (What is Pregorexia?, 2013, online)

Diabulimie

Diabulimie není oficiální diagnózou, jedná se o popis patologického jídelního chování nejčastěji u diabetiků 1. typu, kteří úmyslně redukuje či vynechávají dávky inzulínu za účelem snížení své tělesné hmotnosti. Toto patologické chování vede podle Papežové (2010) až ke vzniku výše definovaných PPP se závažnými zdravotními komplikacemi. Diabetici s PPP dle výše zmíněné autorky (s. 268) „*vykazují vyšší výskyt psychiatrických komorbidit⁹, jako deprese, panické ataky či abúzus¹⁰ alkoholu*“.

Ačkoliv většina z výše uvedených patologických postojů k jídlu (ortorexie, drunkorexie, bigorexie aj.) není dle MNK–10 řazena mezi PPP, jevílo se jako důležité je také představit, jelikož ve své extrémní podobě mohou být stejně nebezpečné jako mentální anorexie či bulimie.

⁹ *Komorbidita* znamená přítomnost jednoho či více onemocnění (poruch či chorob) vyskytujících se současně s primárním onemocněním. (Svačina, 2008)

¹⁰ *Abúzus* obvykle označuje nadměrné užívání či zneužívání omamných a psychotropních látek.

1.2 Celospolečenský kontext

Tímto se dostáváme k problematice PPP a vlivu společnosti na jejich možný rozvoj, tzv. sociokulturní faktory. V naší společnosti se atraktivita posuzuje především na základě tělesných atributů, a to zejména podle štíhlosti, mladistvosti a tělesné kondice. Lidé často cíleně mění a formují svá těla podle jakéhosi společensky podmíněného ideálu. Tento „ideál“ se mnohdy rozšiřuje prostřednictvím médií a značně tak ovlivňuje i kulturní prostředí, kde se ještě donedávna nepovažoval vzhled za důležitý vzor a společenskou normu. (Novák, 2010)

Fenomén uctívání hubenosti, která může být vnímána například jako prostředek k dosažení vyššího postavení, dochází k propagaci požadovaných návyků a cílů hubnutí, se nazývá „**diet culture**“. Za problematické ve vztahu k rozvoji PPP pokládáme především to, že módní průmysl, televize, časopisy, různé reklamy a internet často prezentují vyhublost, nikoli optimální tělesnou hmotnost. Jak uvádí ve své knize Papežová (2000), média často ukazují na kost vyhublé modelky, herečky, tanečnice a dietní chování se tak běžně stává normou pro příjem potravy u mladých dívek.

Tyto příznaky se však objevují i u chlapců, i když v menší míře. Například u homosexuálních chlapců a mužů, u kterých se předpokládá silnější tlak na vzhled, jsou PPP častější než u mužské heterosexuální populace. (Krch a Švédová, 2013)

Zmiňované společenské a kulturní trendy jsou přitom v rozporu s biologickou proměnlivostí a přirozeností lidského těla. Předkládají nerealistické cíle a nevhodné vzory, které mohou oslabovat sebedůvěru, protože pro většinu populace jsou nedostižné, vedou k nespokojenosti s vlastním tělem a jeho narušenému vnímání. Jako reakce na tuto nespokojenost, která je v dnešní době patrná u většiny dospívajících dívek, se objevuje přání zhubnout, vědomé omezování se v jídle, strach z tloušťky či nucení do zvracení. Pokud se dívkám podaří zhubnout, díky nízké hmotnosti a tělesným proporcím odpovídajícím současnému ideálu krásy získávají pocit vlastní hodnoty a kompenzují tak nedostatek sebevědomí. (Švédová a Mičová, 2010) Mnohé z nich však vidí právě štíhlost a krásu na prvním místě, což často vede k tomu, že ztrácejí sebekontrolu nad sebou samotnými. (Procházková a Sladká-Ševčíková, 2017)

Fat-shaming

Fat-shaming, v překladu zostuzování tloušťky, bývá spojeno s diskriminací jedinců na základě jejich tělesné hmotnosti. Jedná se o celospolečenský jev stigmatizace obezity, která je v současné kultuře všudypřítomná a dopouští se jí zejména již

zmiňovaná média, která na lidi s obezitou ponižujícím způsobem poukazují, kritizují je a určitým způsobem i pronásledují. Fat-shaming zahrnuje urážky, posměšky, nedostatek respektu a obtěžování jedinců na základě jejich vzhledu. (Farell Erdman, 2011)

Mezi jeho důsledky patří především stres, deprese, pocit osamění a bezcennosti, úzkosti, špatné sebehodnocení, nízké sebevědomí, **rozvinutí PPP**, psychologické poruchy, sebevražedné myšlenky a jednání, snaha vyhýbat se pohybovým aktivitám, špatné stravovací návyky např. v podobě záchvatovitého přejídání a mnohé další. (Bečvářová, 2019)

Pro-anorektické weby

V posledních letech jsou zakládány internetové stránky, tzv. „pro-ana“ blogy, které sdružují komunitu jedinců s PPP, kteří se nehodlají léčit, ale plně se nemoci přizpůsobují. PPP pro ně nepředstavují život ohrožující onemocnění, ale spíše životní filozofii. (Novák, 2010)

Webové stránky informují například o jednotlivých typech poruch vztahu k jídlu, obsahují osvědčené rady jak zhubnout, uveřejňují recepty na nízkokalorická jídla, dále navrhují speciální cvičební programy pro snížení tělesné váhy nebo poskytují soupis kalorií různých pokrmů apod. (Machová a Kubátová, 2015)

Nemocní jedinci však vidí tyto servery i jako místa, kde se mohou svěřit, zahnat osamělost a najít porozumění. Novák (2010, s. 71) se o těchto portálech vyjadřuje následovně: *„mohou představovat nezanedbatelné riziko hlavně pro dívky, které těžce nesou podobu současného ideálu krásy, jsou ovlivnitelnější sociálním prostředím, obtížněji zvládají či zvládaly období puberty a dospívání, nenacházejí ve svém okolí patřičnou sociální oporu a jsou nespokojeny se svým životem.“*

Vliv sociálních sítí

Také internet může být zdrojem rizik. Tlak na zevnějšek se v současné společnosti stupňuje a jeho nosičem jsou právě sociální sítě. Určité zjednodušené představy ohledně zvláštnosti nebo výjimečnosti spojené s anorexií nebo bulimií vytváří sami nemocní, kteří se sdružují na sociálních sítích. Spojuje je nejčastěji jejich problém a potřeba vzájemné podpory. V tomto virtuálním prostoru bývají nejaktivnější většinou ti, kteří svůj problém nezvládají, adaptovali se na něj nebo jsou v silném odporu vůči okolí. Zdůrazňují svoji odlišnost a neschopnost zbavit se PPP, kterou mají sklon idealizovat nebo ji využívat k sebe prezentaci. Jeví se to jako přirozené, k dospívání patří

snaha vymezovat se vůči okolí a touha po jedinečnosti, ale zároveň nebezpečné nejenom pro nemocné, ale i pro některé rizikové jedince. (Krch, 2016)

Uživatelům sociálních sítí se dostává obrovské množství informací, které často neumí adekvátně vyhodnocovat či ověřovat. Negativně mohou působit také diskusní skupiny, ve kterých se jejich členové podporují v nezdravém hubnutí. (Emmerová, 2019)

1.3 Příčiny vzniku poruch příjmu potravy

Dle Papežové (2000) i Krcha (2002) neexistuje pouze jediná příčina vzniku poruch příjmu potravy, jejíž identifikace a případné odstranění by automaticky vedlo k vyléčení. Ve většině případů jde spíše o souhrn více okolností či nepříznivých vlivů, které podporují vznik onemocnění nebo ho udržují. Proto se hovoří, dle již zmiňovaného Krcha (2000), o **multifaktoriální podmíněnosti** PPP, tj. souhře a spolupůsobení různých biologických, psychologických, rodinných a již uvedených sociokulturních rizikových faktorů.

Dominují zejména ty, které jsou významné z hlediska držení diet, jako je například nadváha v minulosti nebo v rodině, vzrůst tělesné hmotnosti a změna tělesných proporcí v průběhu dospívání nebo nevhodný vzor v rodině. Tělesné, psychické a sociální souvislosti mají podle Kučírka (2006) stejnou důležitost a jejich konkrétní závažnost určuje kontext dané události.

Psychosociální faktory

Mezi psychosociální rizikové faktory patří zejména **pohlaví**. Klinická zkušenost odborníků na danou problematiku, podpořena mnoha výzkumy, poukazuje na skutečnost, že u žen se onemocnění PPP může objevit významně častěji než u mužů. (Spitzer et al., 1992) Například Papežová (2010) v knize udává, že ženy trpí mentální anorexií či bulimií dokonce desetkrát častěji než muži a záchvatovitým přejídáním dvaapůlkrát častěji. Dalším faktorem bývá uváděn **věk**. Nejrizikovějšími obdobími jsou především adolescence a časná dospělost, neboť tato životní období bývají riziková i pro propuknutí jiných duševních onemocnění.

Biologické faktory

Řadíme mezi ně především **vrozené dispozice** k určitému typu chování. Doposud však neexistují zřejmé důkazy o rozsahu a způsobu ovlivnění vzniku PPP

dědičnými faktory, dle Papežové (2010) je však prokazatelné, že dědičnost může ovlivnit proces vzniku určité poruchy vztahu k jídlu. V některých případech ale působí nepřímo, například v případě zdědění tělesné hmotnosti. Nejen tělesná váha může být v rámci dědičnosti riziková, zdědit lze například i rozložení tuku v těle. Kreh (2005) uvádí, že ženy, které mají tělesný tuk uložen na bocích, hýždích a stehnech více než na jiných částech těla, mají výrazně vyšší tendence k rozvoji narušeného jídelního chování.

V rodinách nemocných se mohou častěji vyskytovat deprese. Více než třetina samotných jedinců prožila depresivní epizodu před propuknutím nemoci. Zděděná náchylnost k depresím tedy může zvyšovat riziko vzniku PPP. (Marádová, 2007)

Osobnostní faktory

Mezi osobnostní faktory, které by mohly vést k rozvoji PPP lze řadit **perfekcionismus**. Riziko roste zejména tam, kde se spolu s perfekcionistickými rysy objevují i nízké sebevědomí a nespokojenost s vlastním tělem. Dle Papežové (2010) se mohou tyto rysy projevovat již v dětství, kdy se dívky snaží mít vše přesně tak, jak to má být, například domácí úkol, uklizený pokoj či účes.

Dalšími uváděnými faktory jsou přílišná **sebekontrola**, narušené sebevědomí, sebeorganizace a seberegulace. Některé dívky, vlivem krize vlastní identity, ztrácejí kontrolu samy nad sebou. Zaměřují veškerou svou pozornost na tělesnou váhu, postavu a jídlo a díky tomu získávají jakousi naději na opětovné získání kontroly a jistoty. (Novák, 2010)

Je třeba zmínit i mnohdy velmi **křehkou sebeúctu**, která se formovala určitým způsobem již v období před onemocněním a kterou PPP dále ovlivňuje. Jedinec s nízkou sebeúctou si snadno vytvoří nerealistická očekávání toho, jaký by chtěl nebo měl být. (Švédová, 2019) I již zmiňovaný Novák (2010) považuje sníženou sebeúctu za jeden z nedůležitějších faktorů ovlivňujících dietní chování, rozvoj, udržování a také léčbu PPP. Tentýž autor (s. 21) uvádí, že PPP pravděpodobně „*souvisí s deficitem sociální sebejistoty a úzkostností z prezentace vlastní osoby na veřejnosti.*“

V neposlední řadě je nutné uvést **negativní body image** neboli odmítavé vnímání vlastního těla, kdy jedinec nedokáže vlastní tělo správně posuzovat a hodnotí ho mnohdy velmi kriticky, přestože okolí vnímá jeho tělo pozitivně. Tato skutečnost je typická především pro ženy a značně působí na jejich psychiku. (Fialová, 2001)

Situační a rodinné faktory

S rozvojem PPP bývají občas spojovány zkušenosti nemocného jedince, které zahrnují **zneužití**, trauma a posměch. Společný výskyt více stresujících životních událostí a afektivních nedostatků jako jsou například depresivní nálada, nízká sebeúcta, úzkostnost a dráždivost mohou být zvláště patogenní a napomocet tak k rozvoji poruch vztahu k jídlu. (Novák, 2010)

Papežová (2010) se ve své knize zmiňuje, že onemocnění jednou z PPP často předchází vleklé **problémy v rodině**, kdy nemocné zažívají významně častěji neadekvátní tlak na akademický či sportovní výkon ze strany rodičů. Nemusí se však jednat pouze o nepatřičný tlak na výkon, ale také o naléhání, aby se dcery chovaly dostatečně „žensky“. Jako další problém můžeme uvést neustávající nesoulad mezi rodiči či chronické onemocnění jednoho z nich, které závažně narušilo rodinné fungování. Zvýšené riziko rozvoje PPP představuje také nedostatečná komunikace v rodině, chybějící rodinná péče, nízké očekávání rodičů, sexuální a fyzické zneužívání, malá otevřenost při diskutování mezi členy rodiny, nepřítomnost rodičovské kontroly a láskyplného vztahu k dítěti. (Novák, 2010) Maloney a Kranz (1997) však zmiňují, že u nemocných s PPP a v jejich rodinách se sice relativně častěji vyskytují některé problémy, jako je rozvod, alkoholismus a duševní porucha rodičů, ty se ale stejně často vyskytují i u jiných psychických problémů a nemají specifický vliv na vznik problémů s jídlom.

Významnou roli mohou sehrát i některé **osobní zájmy**. Zejména pak některé sporty a zájmy „vyžadující“ nízkou tělesnou hmotnost, jako příklad můžeme zmínit gymnastiku. Často může být kladen i zvýšený důraz na vzhled, výkon a sebekontrolu v rodině a mezi vrstevníky. Svou roli však může hrát i nešťastná náhoda. (Papežová, 2010)

Většina psychických problémů, se kterými je možné se u PPP setkat, je spíše důsledkem než příčinou nedostatečné či nevhodné výživy, vyhublosti a neuspokojivé kvality života. Též **strach z dospívání**, z ženské role a sexuality patří k dospívání a není nijak specifický jen pro PPP. Zdůrazňování příliš složitých příčin poruchy je většinou v rozporu s nezbytnou změnou jídelních návyků.

Krch (2000, s. 51) ve své knize shrnuje problematiku příčin takto: „*poruchy příjmu potravy jsou tedy důsledkem vlivu sociokulturních faktorů, nepříznivých životních událostí, chronických obtíží, nedostatečných sociálních a rozhodovacích dovedností, a nakonec i biologických a sociálních faktorů.*“

1.4 Rizika a léčba

Všechny výše popsané jídelní poruchy zásadním způsobem narušují psychickou pohodu, v mnoha případech i fyzický vzhled a v neposlední řadě také společenský a osobní život nemocného jedince. V této podkapitole si stručně nastíníme nejzávažnější a zároveň nejrizikovější tělesné a psychické následky, se kterými se nemocní s poruchami vztahu k jídlu potýkají v případě, že nemoc není zavčas podchycena.

1.4.1 Tělesné následky

U nemocných trpících PPP může docházet k značným tělesným obtížím, které souvisejí zejména s úbytkem hmotnosti a nedostatečně vyváženou stravou. Tyto obtíže závisí především na délce trvání jakékoliv z poruch vztahu k jídlu. Často uplyne hodně času, než se pacienti dostanou k odbornému léčení, může se dokonce stát, že je příliš pozdě, protože došlo k tak závažným tělesným poškozením, že se nedá zabránit úmrtí.

Všechny životní pochody vyžadují energii, která se přivádí potravou. Po nějaký čas může tělo žít z vlastních rezerv. Jak dlouho je to možné, závisí především na tom, jaká byla výchozí tělesná váha nemocného jedince na počátku jeho onemocnění a kolik energie bylo během nemoci spotřebováno. Bazální metabolismus, tedy život udržující činnost látkové přeměny v úplném klidu, se značně zmenší, aby se energie šetřila. To má za následek, že veškerým tělesným činnostem, je poskytováno méně energie, aby byla nerušeně udržována činnost orgánů pro život nutných. (Leibold, 1995)

Následně dochází k prvním vážným potížím. Objevují se poruchy oběhu projevující se nízkým tlakem, v některých případech až kolapsovými stavy. K včasným varovným příznakům, které upozorňují na začínající komplikace srdečně oběhového systému, patří především záchvaty závratí až mdloby. Dále se objevují poruchy spánku a tepelné regulace (neustálý pocit chladu, především končetin), osteoporóza, zvýšené ochlupení těla, bolesti žaludku, pocity nadýmání, zácpa. Může se také objevit časté močení během dne, zvýšený cholesterol, poruchy jaterních funkcí a metabolismu bílkovin a v neposlední řadě anémie, tedy poruchy krevetvorby. (Krch, 2008)

S nebezpečnými a život ohrožujícími zdravotními důsledky bývá spojeno zvracení. Mezi jeho nepříjemné dopady patří především otoky slinných žláz pod čelistí, které umocňují dojem opuchlého obličeje. (Maloney a Kranz, 1997) Méně nápadným, o to však nebezpečnějším následkem zvracení bývá narušení rovnováhy tělesných tekutin a solí, které nadměrně zatěžuje srdce a ledviny. Největší problémy působí nízká

hladina draslíku (neboli hypokalémie) vyvolávající vážné nepravidelnosti srdečního rytmu. Důsledkem těchto abnormalit mohou být různé neurologické komplikace jako například křeče, ztráta vědomí či závratě. Žaludeční šťávy způsobují poškození zubní skloviny, které ještě zesiluje důrazné čištění zubů. Až smrtelně nebezpečné mohou být i některé léky uměle vyvolávající zvracení. (Krch a Marádová, 2003)

Také projímadla a diuretika narušují vnitřní rovnováhu tělesných tekutin a solí. Na těchto umělých přípravcích se snadno vytváří závislost a k dosažení žádoucího účinku je zapotřebí stále vyšších dávek. Ty pak způsobují vážné potíže v oblasti tlustého střeva. Krom zácpy způsobují slabost, zvracení a zadržování tekutin spjaté s nepříjemnými otoky po celém těle, což má za následek i vzrůst tělesné hmotnosti. V nadměrných dávkách mohou projímadla poškodit střevní stěnu a narušit vstřebávání živin. (tamtéž, 2003)

1.4.2 Psychické následky

V průběhu snižování tělesné váhy dochází u nemocných k různým psychickým změnám a poruchám. Může se jednat například o zvýšenou emoční labilitu, depresivní stavy, úzkostnost či poruchy soustředění. (Fraňková a kol., 2013) Převaha depresivních příznaků ustoupí podle Krcha (2008) ve chvíli, kdy se nemocnému jedinci podaří získat kontrolu nad příjmem potravy a normalizovat jídelní režim. Nemocní se přestávají orientovat ve svých vnitřních pocitech spojených s jídlem a příjmem potravy. Pocity hladu, sytosti nebo chutí ztrácejí svojí regulační funkci a nelze se na ně spoléhat. Papežová (2003) ve své knize popisuje i mnoho dalších psychických obtíží, mezi které patří například vtíravé myšlenky na jídlo, snížení koncentrace a výkonnosti, rapidní zhoršení nálady, plačtivost, pesimismus. Nemocný ztrácí naději a není schopen najít v životě radost.

V mnoha případech se objevuje též pokles zájmu udržovat vztahy. Přátelství se vytrácí, objevuje se pocit odtržení, což může pokročit až do stádia izolace nemocného. V tom případě často nastává zhoršení průběhu nemoci, jedinec se uzavře do sebe a nekomunikuje s okolím. Snižuje se též zájem o sex a vše, co se bezprostředně netýká jídla. Ubývá tedy společenských kontaktů, přibývá konfliktů s okolím, ale i hysterie a dramatických negativních prožitků. Dle již zmiňovaného Krcha (2008) se nálada a společenské kontakty nemocných pohybují v závislosti na tom, zda se jim daří

snížovat tělesnou váhu a jak jsou spokojeni se svou postavou. Nespokojenost s tělem a tělesnou hmotností, napětí a úzkost mohou vést až k sebepoškozování.

Průběhu PPP má vliv též na pozornost, paměť a učení. I komplexní myšlení bývá narušeno, pro jedince je těžké sledovat několik myšlenkových plánů najednou. Poruchy mohou značně zapůsobit i na úsudek nemocného, který není schopen přijít na více možných řešení daného problému, i když se sebevíc snaží. (Papežová, 2003)

Léčba

Tak jako není známa přesná příčina vzniku PPP, tak neznáme ani zaručeně účinnou univerzální léčbu. Jelikož jde o velmi závažně psychické onemocnění, které se projevuje zkresleným vnímáním těla a narušeným vztahem ke stravování, je při léčbě nutná spolupráce s psychologem, popřípadě psychiatrem. V další fázi přichází důležitá léčba specialistou na výživu, který v pravidelných intervalech kontroluje jídelníček, hodnotí jej a zjišťuje nedostatky. Vysvětluje správnost pravidelného stravování, domlouvá se s pacientem na zařazování nových pokrmů do jídelníčku a řeší problémy, které se v průběhu léčby objevují. Intenzivnější formu práce s nemocnými představuje hospitalizace, zejména na psychiatrických klinikách, kde se jim lékaři na jednotkách intenzivní péče či na metabolických jednotkách snaží co nejrychleji pomoci, aby se předešlo stavu neslučitelného se životem. (Galová, 2019)

V dnešní době se tedy narušené jídelní chování léčí v rámci komplexní odborné léčby, na níž se podílí rodinní terapeuti, dietologové, psychoterapeuti, psychiatři, gynekologové a také praktičtí lékaři. Mnohdy však může být léčení zdlouhavé a finančně náročné. Navíc není zaručené, že v budoucnu nedojde k návratu nemoci, tzv. relapsu. (Carr - Gregg, 2012) Řada nemocných se s narušeným jídelním chováním potýká celý život. Některé se podaří vyléčit, někteří však nemoci podlehnou. (Mužik, 2007)

V případě léčby naší cílové skupiny Papežová (2010, str. 138) ve své knize zmiňuje: „*děti a dospívající mají větší tendenci se léčbě bránit, protože PPP doprovází značná úzkost, které děti vlivem své emoční nezralosti vzdorují mnohem obtížněji než dospělí.*“ Vzhledem k závažným dopadům onemocnění na psychický a somatický vývoj dítěte je nezbytná **mezioborová spolupráce odborníků**. Za podstatnou považujeme i jejich spolupráci s rodinou dítěte.

Léčba poruch vztahu k jídlu musí být komplexní a diferencovaná, s individuálním specifickým léčebným postupem. Zároveň by měla zahrnovat jak

biologické, tak psychologické faktory, aby bylo možné vyléčit všechny příčiny i způsobené následky. (Koutek in Hort, 2008) Čím dříve člověk léčbu vyhledá a čím více jedinec spolupracuje, tím větší má na uzdravení šanci.

1.5 Poruchy příjmu potravy mezi žáky a studenty

Stejně jako každé vývojové období, má také školní věk svá rizika. Některá se na první pohled nezdají závažná, ale po určité době mohou způsobit značné nesnáze. PPP zpravidla přicházejí v období dospívání, avšak někdy mohou postihnout i výrazně mladší děti. (Morgan, 2006) Jedná se převážně o děti či dospívající, jejichž obavy jsou zaměřené převážně na vlastní vzhled, často experimentují s dietami či odmítají jíst určitá jídla, a to s negativní důsledky na jejich tělesné i psychické zdraví. (Train, 2001)

Počátky jídelních problémů

„Problémy s jídlem mohou být pouze dočasnou epizodou v životě dítěte, ale někdy mohou poznamenat celý jeho život.“ (Fraňková a kol., 2013, s. 104)

V dětském věku jsou problémy ve stravování poměrně časté. Právě výživa má podle Papežové (2010) u dětí nezastupitelný význam pro jejich růst a vývoj, rozvoj fyzické aktivity a psychických schopností. Ovlivňuje také hormonální a imunitní reakce a hraje velmi důležitou roli v průběhu veškerých metabolických procesů včetně prevence různých onemocnění.

Marádová (2007) ve své knize též uvádí, že již u dětí je možné setkat se s celou řadou jídelních problémů. Nejčastěji se objevuje ztráta chuti k jídlu v souvislosti s nějakým zdravotním problémem, s depresí či úzkostí, ale také ve spojitosti s nevhodnými jídelními návyky dítěte a celé jeho rodiny. Jestliže má dítě možnost jíst jen tehdy, kdy má na něco chuť, a výběr jídla záleží jenom na něm, pak dříve nebo později začne odmítat některá běžná jídla a bude upřednostňovat svoje oblíbené pamlsky. Problémem těchto vybíravých dětí nebývá podvýživa, protože preferovaná jídla jsou často naopak energeticky velmi vydatná. Mohou mít různé drobné zdravotní obtíže, které rychle ustoupí, když rozšíří svůj jídelníček. Závažnější následky může mít vyhýbání se jídlu z emocionálních důvodů, jako je například strach, že mu bude špatně, strach z nákazy nebo z udušení.

Rané problémy s jídlem mají vliv na fyzický, kognitivní, sociální a emoční vývoj, nižší tělesnou hmotnost a vyšší nemocnost dítěte. Mnohdy mohou vést i k přetrvávajícím jídelním problémům či přímo k PPP. Závažné jsou dle Fraňkové

a kol. (2013) zejména v případě, kdy se stávají trvalou součástí osobnosti dítěte, kdy jsou součástí jiných poruch, mají negativní důsledky v somatickém či psychickém vývoji a poznamenávají vztahy dítěte v rodině, narušují sociální vztahy a později i profesionální život.

1.5.1 Specifika poruch příjmu potravy v dětském věku

Poruchy vztahu k jídlu se u dětí objevují méně často než u adolescentů a dospělých, ale mohou představovat závažný problém týkající se vývojového procesu, a to v rovině biologické a psychosociální. Děti pod 12 let představují zhruba 5 % pacientů. (Kocourková a Koutek, 2002)

Dle Matějčka a Pokorné (1998) lze normální tělesný vývoj dítěte v mladším školním věku posoudit především podle toho, jak roste a přibývá na váze. Každoročním vážením a měřením, během preventivních prohlídek u dětského lékaře, bývá zjišťováno, zda jeho výška a hmotnost odpovídá jeho věku a zda je roční přírůstek přiměřený. I Komárek a kol. (1998) považují včasné rozpoznání odchýleného vývoje tělesných znaků dítěte od předpokládaných hodnot za nejjednodušší způsob posuzování zdravotního a výživového stavu jedinců i skupin populace. Může totiž upozornit na výskyt vážnějšího onemocnění, chybné výživové návyky či na psychické a jiné problémy.

Toto věkové období považují, již výše uvedení autoři (1998), z hlediska období růstu za velmi náročné na dodávku živin, které jsou velmi důležitým stavebním materiálem pro tělesné tkáně. Jde nejenom o adekvátní množství, ale také o správné složení potravy, především tedy o dostatečný, pravidelný přísun bílkovin a vitaminů.

Vágnerová (2000) ve své knize zmiňuje, že PPP v dětství mohou mít charakter odmítání jídla či, naopak, povahu zvýšené potřeby přijímat potravu. Jídlo obvykle funguje jako náhrada uspokojení v jiné oblasti, v které dítěti něco chybí (např. v oblasti citového přijetí nebo sociálního ocenění). Může se objevit tendence zvracet, která souvisí se zvýšeným napětím. Pro rodiče je mnohdy velmi obtížné rozpoznat konkrétní poruchu hned na jejím počátku. (Galová, 2019)

Mentální anorexie u dětí

První příznaky mentální anorexie se posouvají ke stále nižší věkové hranici, proto již není takovou výjimkou, že tato závažná duševní porucha postihne i jedince do patnácti let věku. (Fraňková a kol., 2013) Děti trpící mentální anorexií se zabývají

tělesnou váhou podobným způsobem jako starší adolescenti nebo dospělí pacienti. I základní rysy tohoto onemocnění jsou dle Kocourkové a kol. (1997) obdobné jako u starších pacientů, avšak anorexie v mladším věku může vést k rychlejšímu zhoršování celkového stavu a k nástupu příznaků, které lze pozorovat v pozdějších fázích onemocnění. Dle Fraňkové a kol. (2013) se jídelní poruchy dětí liší ve frekvenci, dominujících příznacích i v požadavcích na terapii.

Obvyklá kritéria pro mentální anorexii nejsou dle Nicholse a Laska (in Krch, 1999; Hort, 2008) v dětském věku příliš vhodná. Z toho důvodu vymezili tito autoři pro děti kritéria, která nejsou zcela totožná s klasifikací MKN-10. Jsou jimi:

- **nepřiměřené vnímání tělesné hmotnosti nebo postavy;**
- **úmyslný úbytek tělesné váhy** (vyhýbání se jídlu, nadměrné cvičení apod.);
- **chorobné zabývání se hmotností či vlastním tělem.**

Každý výraznější úbytek na váze v dětství může být důvodem k opoždění tělesného růstu a puberty a nebývá zpravidla přirozený. (Krch, 2002) I Kocourková a kol. (1997, s. 17) a Novák (2010, s. 11) ve své knize uvádějí, že pokud se mentální anorexie objeví již před obdobím puberty, „*jsou pubertální projevy opožděny nebo dokonce pozastaveny.*“ Dochází ke stagnaci růstu, u dívek se nevyvíjejí prsa. Dále se mohou vyskytnout poruchy endokrinního systému, nepravidelnost v menstruaci až její zastavení. Snížená funkce štítné žlázy se může projevit ve špatné toleranci chladu, poklesu tělesné teploty, krevního tlaku a tepové frekvence. (Fraňková a kol., 2013) Po uzdravení většinou dochází k normálnímu dokončení puberty, mohou se však objevit problémy s nástupem menstruace u dívek.

Mentální bulimie u dětí

I v dětském věku se může vyskytnout mentální bulimie, k jejímu rozvoji však dochází častěji v pozdní adolescenci, v mladším věku se objevuje spíše vzácně. Před čtrnáctým rokem života začíná tato porucha jídelního chování dle Krcha (2000) méně často. Za zajímavé považujeme, že mezi mladšími pacienty jsou relativně více zastoupeni chlapci. (Krch a Marádová, 2003)

Nemocné dítě by podle Krcha (2016) mělo co nejrychleji vyhledat lékaře. Společně s rodinou, případně i za cenu hospitalizace, je třeba se snažit zabránit nejdramatičtějším následkům nedostatečné výživy. Zejména dehydrataci či zástavě tělesného růstu.

Specifické poruchy příjmu potravy v dětském věku

Kromě mentální anorexie a mentální bulimie se u dětí můžeme setkat se specifickými symptomy vázanými na příjem jídla. Jedná se o piku a ruminaci, které se vyskytují převážně v raném dětském věku.

Jako **pika** je označováno požívání nestravitelných látek, které nejsou k jídlu určeny. Nejčastěji se jedná o hlínu, písek, papír, textilie apod. Ve starším věku přetrvává tato porucha opravdu velmi zřídka. Koutek (in Hort, 2008, s. 282) uvádí, že „*bývá spojena s deprivacími fenomény a často s nízkou sociokulturní úrovní rodiny.*“ Dítě takto může reagovat například na rozvod rodičů, výchovné zanedbání či týrání. Pika se dle výše zmiňovaného autora může projevit v rámci širší psychiatrické poruchy, jako je mentální retardace, psychotické onemocnění nebo infantilní autismus.

Mezi další specifickou PPP v dětském věku patří **ruminace**, při které dítě opakovaně dává částečně strávenou potravu a pak ji znovu žvýká a polyká. U dětí s ruminací nelze zaznamenat známky nevolnosti či jiných negativních pocitů, naopak vypadají spokojeně. Ve většině případů ruminují v době, kdy jsou samy. Nejčastěji se objevuje u kojenců ve věku 3 až 12 měsíců. V rámci poruchy mnohdy dochází k poklesu či stagnaci hmotnosti, dehydrataci a metabolickému rozvratu, což může dítě následně ohrozit na životě. Též se tato jídelní porucha významně častěji vyskytuje v rámci mentální retardace. (Kocourková a kol., 1997)

1.5.2 Specifika poruch příjmu potravy v období dospívání

Heider (in Martanová a kol., 2007, s. 73) uvádí, že dospívání představuje „*velmi výrazné a specifické období v psychickém vývoji člověka.*“ Toto období přichází v rozmezí mezi 10. a 19. rokem u chlapců a mezi 8. a 18. rokem u dívek. (Matějček a Pokorná, 1998) Legislativa pak definuje dospívání jako období od ukončení základní školy do završení přípravy na povolání.

Dospívání znamená pro mladého člověka v mnohém zlomové období. Dochází k fyzickému a sexuálnímu zrání, které přináší nejvýraznější změny proporcí těla. Zatímco mnozí dospívající nemají problém se vyrovnat s novými sociálními a sexuálními nároky, které na ně dospělost klade, pro některé křehčí typy osobností mohou být nové nároky jen obtížně zvládnutelné. Problematika tělesné zralosti proto velmi úzce souvisí se spokojeností s vlastním tělem, různými dietami a nepřímo i s problematikou PPP. (Csémy, 2005) I další autoři uvádějí, že toto silné prožívání

tělesných změn v období puberty a adolescence je považováno za velmi rizikový faktor v rozvoji mentální anorexie, popřípadě jiné PPP. (Krch, 2010; Papežová, 2010; Novák, 2010) Obecně se uvádí, že výskyt poruch vztahu k jídlu u adolescentů vykazuje v posledních padesáti letech **stoupající nárůst**. (Kocourková a Koutek, 2002)

Dospívající začínají výrazně vnímat souvislost vzhledu s tělesnou hmotností. Dle Fialové (2012) se mohou měnit preference v konzumaci různých druhů potravin nebo může docházet k tendenci vynechávat některá jídla. K nepořádkům ve stravování může přispět i to, že mnoho školáků a studentů odmítá obědovat ve školní jídelně. Často tak přichází o jediné teplé jídlo ve svém denním jídelníčku, a vzdor všem nedostatkům školních jídelen, většinou i optimálně nutričně složené. (Matějček a Pokorná, 1998) Především právě dospívající potřebují podle Mužíka (2007) stravu velmi pestrou, bohatou na vitaminy, minerální látky a plnohodnotné bílkoviny.

Pokud má dospívající vstřípeny z rodiny vhodné základy stravování, působí rodinné zvyklosti protektivně a případný negativní vliv působení tlaku společnosti je umenšený či potlačený. (Krch a Švédová, 2013) Také Vágnerová (2005, s. 202) ve své publikaci popisuje, že „*v tomto věku se zvyšuje tendence experimentovat s rizikem, dospívajícím chybí zkušenost a náhled na vlastní zranitelnost.*“

Chlapci i dívky jsou v období dospívání ohroženi již zmiňovaným mediálně propagovaným ideálem štíhlosti, neboť se nachází ve fázi formování vlastní identity a bývají velmi snadno ovlivnitelní různými vhodnými i nevhodnými vzory. Dospívající navíc v tomto věkovém období usilují o zařazení do nových kolektivů (vyšší stupeň školy, taneční apod.), o uznání a úspěch v nich, ale i o sebevědomí, které k tomu nutně potřebuje. (Matějček a Pokorná, 1998)

Právě ve školním prostředí existuje vysoká možnost zachytit první projevy PPP včas. Pokud se toto závažné duševní onemocnění objevilo ve třídě nebo ve škole, není vhodné zbytečně spekulovat o možných příčinách poruchy, to náleží odborníkům, lékařům či terapeutům. Chceme-li jedinci pomoci, je důležité najít příležitost promluvit o problému s ním i s jeho rodiči a doporučit jim kontakt na nejbližší odbornou pomoc. Učitelé, spolužáci ani přátelé by neměli nahrazovat odborníka. Přesto jsou pro jedince s PPP velmi důležitými vzory. (*Škola in Zpravodaj Anabell č. 21, 2009*)

Mentální anorexie u dospívajících

Dospívající dívky, méně často chlapci, mnohdy věnují přílišnou pozornost tomu, co si o nich myslí jejich okolí. Zabývají se tím, jestli jsou dostatečně atraktivní,

štíhlé a populární. Proto se zejména u dívek objevují PPP. Motivaci k redukci příjmu potravy mohou dále podporovat vrstevníci, jejich vzájemné vztahy, popř. sdílené zkušenosti s hubnutím. Ke snížení tělesné hmotnosti přispívá především omezení příjmu potravy, používání projímadel (tzv. laxativ), záměrně navozené zvracení a konzumace léků, jež mají potlačovat chuť k jídlu. U dospívajících dochází k redukci tělesné váhy i vlivem extrémně náročného nebo dlouhého cvičení. (Fraňková a kol., 2013)

V případě mentální anorexie může u nemocných docházet, vlivem chybějící energie v důsledku značných metabolických změn, ke ztrátě zájmu o školu i o schopnost se soustředit na učení. Ačkoliv v počátcích se mohl jedinec jevit jako aktivní, čilý a bez ztráty svých hlavních zájmů. (Vágnerová, 1997)

Na rizikové jídelní chování u českých adolescentek upozornila studie Krcha, Csémyho a Drábkové (2003). Ze souboru 725 dívek mělo 10,5 % zkušenost se zvracením z dietních důvodů, 60 % si přálo zhubnout a významně častěji uvádělo také „dietování“ sester a matek či neuspokojivé rodinné poměry. I Polivy a Herman (1992) v článku uvádějí, že mezi dívkami a mladými ženami převládá držení redukčních diet nad běžným jídlem bez hubnutí a strachu z otylosti.

Mentální bulimie u dospívajících

Kocourková a Koutek (2002) uvádějí, že typickým věkem pro počátek této jídelní poruchy bývá rozmezí 17 až 19 let. Dle zmiňovaných autorů hrají významnou roli následující rizikové faktory:

- stresující životní události;
- nedostatky rodičovské péče o dítě - zanedbávání, zneužívání;
- afektivní porucha v rodině, obezita, alkoholismus.

Krch, Csémy a Drábková (2003) ve své studii ukázali, že nejméně u dvou procent deseti až patnáctiletých českých dívek jsou přítomny příznaky bulimie purgativního typu, což znamená, že nemocný jedinec pravidelně zvrací, zneužívá laxativa nebo diuretika¹¹ a ve většině případů i nadměrně cvičí.

¹¹ *Diuretika* patří k lékům, které napomáhají ke zvýšenému vylučování vody z těla. Jedinci s PPP je zneužívají za účelem snížení tělesné hmotnosti.

2 Prevence poruch příjmu potravy

Pacienti s poruchami vztahu k jídlu se do lékařské péče dostávají ve stále nižším věku. Prevence je proto cílena již na děti na základních školách. Řada z nich totiž neví, jaká je jejich optimální tělesná váha a zejména dívky se v průběhu dospívání obtížně smiřují se vzrůstem hmotnosti. Diety jsou pak především ve starším školním věku považovány za normu. Tato kapitola se zabývá prevencí ve smyslu včasné ochrany před problémy spojenými s výskytem rizikového chování, dále v kapitole zmiňujeme základní dělení prevence dle času, zaměření na cílové skupiny a možnosti intervence. Pozornost poté věnujeme zejména předcházení poruchám příjmu potravy nejen z obecného hlediska, ale i v rámci prevence tohoto onemocnění ve školním prostředí, včetně výuky. V neposlední řadě předkládáme pohled na významný aspekt školní prevence, a to směřování ke zdravému životnímu stylu žáků a studentů.

2.1 Prevence

Slovo „prevence“ má latinský původ a znamená opatření učiněné předem, včasnou obranu nebo ochranu. (Nešpor a kol., 1998)

Pedagogický slovník definuje prevenci jako „*soubor opatření zaměřených na předcházení nežádoucím jevům, zejm. onemocnění, poškození, sociálně patologickým jevům.*“ (Průcha, Walterová, Mareš, 2009, s. 218) Prevence a podpora zdraví je činnost, která by měla vést k upevnění zdraví, zabránění vzniku nemocí, a především k prodloužení délky života. Uskutečňuje se na úrovni jednotlivce nebo celé společnosti.

Prevence se u nás dělí zpravidla podle času. Podle tohoto hlediska rozlišujeme v prevenci tři úrovně – primární, sekundární a terciární. **Primární prevence** se obrací na populaci jako celek či na vybrané skupiny uvnitř této populace, tzv. cílové skupiny. (Bém in Kalina, 2003). Její podstatou je předcházení vzniku rizikového chování u osob, u kterých se ještě rizikové jednání nevyskytlo. Cílem primární prevence je především celkově zdravější chování populace a předcházení škodám na tělesném a duševním zdraví. I Machová (2009, s. 14) ve své knize uvádí, že „*primární prevence je součástí podpory zdraví.*“

Dle Marádové (2006) se jedná o konkrétní aktivity realizované s cílem předcházet určitým problémům a jejich následkům, popřípadě minimalizovat jejich dopad, a především zamezit jejich rozšíření. Primární prevence má programově podporovat zdraví jedince tak, aby co nejbezpečněji zvládl cestu hledání vlastní identity.

Také by měla rozvíjet jednotlivé předpoklady biopsychosociálního celku člověka. Biologickým předpokladem je myšlena například starost o výživu, fyzické zdraví, včasná léčba nemocí a prevence úrazů. Mezi psychologické předpoklady řadíme kupříkladu učení se asertivitě, hranicím, otevřené komunikaci, sdílením hodnot s druhými a zvládání volného času. Sociálními předpoklady rozumíme zejména rozvoj prosociálního chování, soucítění s druhými, komunitní cítění, dobrovolnost a dobročinnost. (Kudrle S. in Kalina, 2002)

Předcházení vzniku a rozvoji problémového chování je označováno jako **sekundární prevence**. Jde o včasnou intervenci, poradenství a samotné léčení. Řadíme sem například i preventivní prohlídky (např. gynekologické prohlídky u žen, zubní prohlídky), jejichž smyslem je zjistit rané stadium nemoci už v jejím počátku. (Machová, 2009)

Terciární prevencí se rozumí předcházení trvalému či vážnému zdravotnímu a sociálnímu poškození, které vyplývá z probíhajícího rizikového chování. Zaměřuje se na prevenci následků nemocí, různých vad, dysfunkcí a handicapů, které by vedly k invaliditě a imobilitě pacienta. Cílem terciární prevence je tedy dle Machové (2009, s. 14) *„omezit na nejnižší míru následky nemocí a jejich pracovní i sociální důsledky a co nejdéle udržet kvalitu života.“* Lze sem zařadit například sociální rehabilitaci, doléčování či podporu v abstinenci v případech užívání drog. (Marádová, 2006)

Při utváření programů primární, sekundární a také terciární prevence by vždy měl být reflektován úvodní předpoklad, což znamená, aby byly respektovány „přirozené“ zákonitosti vývoje dané problematiky. (Kudrle S. in Kalina, 2002)

Specifická a nespecifická prevence

Preventivní činnost má v rámci primární prevence dvojí charakter, dělí se na nespecifickou a specifickou. Nyní budou stručně charakterizovány.

Nespecifická neboli také všeobecná preventivní činnost se zaměřuje převážně na podporu zdravého způsobu života a vytváření příznivého životního prostředí, které lze chápat jako součást podpory zdraví. Do nespecifické primární prevence řadíme především aktivity, které nemají bezprostřední souvislost s rizikovým chováním a také činnosti, které napomáhají snižovat riziko vzniku rizikového chování prostřednictvím prospěšněji využívaného volného času. Lze mezi ně zařadit např. sportovní, zájmové a další volnočasové aktivity a programy, které usilují o zdravý rozvoj osobnosti,

dodržování určitých společenských pravidel a také o odpovědnost za sebe a své jednání. (Miovský, 2010)

Specifická preventivní činnost se cíleně zaměřuje na prevenci vzniku určité choroby, případně jejích následků, jako příklad lze uvést očkování či konkrétní změny v životosprávě rizikového jedince. Za specifickou primární prevencí rizikového chování pokládáme takové programy či aktivity, které jsou úzce orientovány na některou z konkrétních forem rizikového chování. Snahou je působit selektivně, specificky. (Specifické x nespecifické programy primární prevence, 2014, online). „*Programy specifické primární prevence jsou všechny takové programy, které by neexistovaly, kdyby neexistoval problém rizikových projevů chování.*“ (MŠMT, 2019, online)

Specifickou prevencí dále rozdělujeme do tří úrovní. Tyto úrovně jsou vymezeny v závislosti na tom, jak intenzivně probíhá daný program, které prostředky a nástroje program využívá, popřípadě na jaké úrovni zapojení se nachází cílová skupina apod. Obecně platí, že čím větší je hloubka a intenzita programu, tím více využívá různých speciálně pedagogických, psychologických a psychoterapeutických technik a postupů. (Gallà, 2005)

Zatímco **všeobecná prevence** se zaměřuje na běžnou populaci dětí a mládeže bez rozčleňování na méně či více rizikové skupiny, **prevence selektivní** se zabývá dětmi a dospívajícími se zvýšeným rizikem vzniku rizikového chování. (Nešpor, 2007) Patří sem různé intenzivní sociálně-psychologické skupinové programy posilující např. sociální dovednosti, komunikaci, vztahy atd. Poslední zmiňovaná, **indikovaná prevence**, se zaměřuje na jedince, u kterých není možné diagnostikovat rizikové chování, ale vykazují určité varovné známky. (Komárek a kol., 1998) Dle Miovského (2010) jsou tyto jedinci vystaveni působení výrazně rizikových faktorů, případně se u nich již vyskytly určité projevy rizikového chování. Snahou je podchytit problém co nejdříve, správně posoudit a vyhodnotit potřebnost specifických zásahů a neprodleně tyto intervence zahájit.

Mezi výhody všeobecné prevence patří zejména zasažení velkého počtu populace a nestigmatizace jednotlivých účastníků. Nevýhodou naopak může být, že výhody pro jednotlivé účastníky jsou malé a jejich neosobní povaha je mnohdy velmi obtížně motivuje ke změně. Naproti tomu výhodou selektivní a indikované prevence bývá profit skupiny a jednotlivců z cíleného programu. (Mrazek and Haggerty, 1994)

Jiné dělení prevence může být podle toho, kdo ji poskytuje, a to na prevenci **zdravotnickou, společenskou** nebo **osobní**. (Machová, 2009)

Důležitost prevence uznává většina lidí a zároveň chápe, že lepší bývá nemocem předcházet než jimi poté trpět. Jakékoli kvalitní preventivní opatření či preventivní prohlídky vedou ve svém důsledku ke zvýšení kvality života, zároveň i k jeho prodloužení. Ne vždy však lidé přijímají dobře míněná preventivní opatření ochotně, zatímco třeba i často nepříjemnému léčení se podrobují běžně. Významnou roli hraje *výchova ke zdraví* (viz třetí kapitola), která má důležitý úkol změnit chování lidí tak, aby si uvědomili nutnost přechodu z oblasti léčení nemocí do oblasti podpory zdraví a prevence.

Rizikové a protektivní faktory v primární prevenci ve školním prostředí

Faktory rizikovými označujeme výzkumem ověřené činitele nebo podmínky spojované se zvyšující se pravděpodobností výskytu rizikového chování u jedince. Přítomnost takového faktoru však nemusí v každém případě znamenat rozvoj rizikového chování. (Jessor et al., 1995) Mezi **rizikové faktory** ve školním prostředí můžou patřit např. nekvalitně zpracované školní vzdělávací i preventivní programy, dále také nezdravé školní klima, nízké očekávání pedagogů či přílišné zaměření na výkon žáků či studentů.

Jako faktory protektivní neboli ochranné označujeme ty, které následky a účinky rizikových faktorů zmírňují, kompenzují nebo působí proti nim. Chápeme je jako samostatné jevy, které mohou buď působit přímo na rozvoj rizikového chování, anebo ovlivňovat působení rizikových faktorů. Přítomnost ochranného faktoru však nemusí v každém případě znamenat ochranu jedince před rizikovým chováním či jeho následky. (tamtéž, 1995) Mezi **ochranné faktory** ve školním prostředí řadíme například celkově zdravé školní prostředí, dobré vztahy s učiteli, srozumitelně stanovená pravidla, dále včasnou systematickou a efektivní specifickou primární prevenci a v neposlední řadě i participaci žáků a rodičů.

Základní pedagogické principy primární prevence ve výuce

Mezi hlavní pedagogické principy primární prevence patří dle Skácelové (in Kalina, 2003) především **požadavek na stanovení cílů**, kdy je předpokládáno jasné vymezení a formulace konečných, ale i dílčích cílů primární prevence. Pokud není od počátku ujasněno, čeho chce pedagog ve svém programu dosáhnout, ztrácí celá často velmi náročná práce učitele i žáka smysl a význam. Dalším principem je **soustavnost** a **dlouhodobost**, kdy by veškeré informace a aktivity primární prevence měly být

uspořádány do zdůvodněného funkčního systému, nemělo by jít o nahodilé či jednorázové akce. Princip **přiměřenosti** má svůj základ v přiměřených nárocích z pohledu obsahu sdělení preventivního programu a věku cílové skupiny. Dle Nešpora a kol. (1998) platí, že čím nižší věk žáka, tím méně specifická by měla být prevence. Ta by se v tom případě měla orientovat na obecnou ochranu zdraví. Čím je však žák starší, tím by se měla prevence zaměřovat konkrétněji, v našem případě na problematiku PPP, na jednotlivé formy poruch vztahu k jídlu, na možná rizika apod.

Mezi další principy patří obecný pedagogický princip **názornosti**, kdy jsou v prevenci využívány zejména pozitivní modely, s nimiž se může cílová skupina ztotožnit a jejichž způsoby reagování na podněty může uplatňovat v situacích každodenního života. Opomenout nelze ani princip **aktivnosti**. Jde o požadavek, aby program primární prevence byl malý a interaktivní. V tomto případě se osvědčily interaktivní programy (např. peer programy¹²), které jsou pokládány za účinnější než programy zaměřené na pouhé předávání informací. Za podstatné považujeme aktivizaci poznávacích, volních a citových procesů žáků, stavět tak na jejich zájmu a očekávání. Opomenout nesmíme ani stimulaci žáků prostřednictvím vhodné motivace. Poslední princip **uvědomělosti** klade důraz na to, aby mladí lidé pochopili úlohu a význam získaných dovedností a vědomostí a uměli je poté uplatnit v každodenním životě. (Skácelová in Kalina, 2003)

Instituce v systému prevence

Do systému prevence v resortu školství, mládeže a tělovýchovy patří jednotlivé instituce a organizace veřejné správy a další subjekty:

- Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy a jeho vybrané přímo řízené organizace;
- odbory školství, mládeže a tělovýchovy na krajských úřadech;
- základní, střední a speciální školy;
- školní družiny, školní kluby a domovy mládeže;
- střediska pro volný čas dětí a mládeže;
- pedagogicko–psychologické poradny a střediska výchovné péče;
- školská zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy. (Tyšer, 2006)

¹² Z angl. *peer* = osoba v souřadném postavení sociálním, profesním či věkovém, tedy i vrstevník, je to někdo, s nímž se může cílová skupina ztotožnit. Principem *peer programů* je aktivní účast předem připravených vrstevníků, kteří mají vlastní zkušenost s duševním onemocněním. (Komárek a kol., 1998)

Instituce pomáhající při řešení školních problémů

Mnohé potíže, zejména jestliže jsou závažnějšího či trvalejšího charakteru, nemohou zvládnout sami pedagogové a vyžadují pomoc dalších odborníků. V prostorách školy zajišťuje základní úroveň poradenského systému tým pedagogických pracovníků tvořený výchovným poradcem, školním metodikem prevence (viz níže), školním psychologem, popřípadě i školním speciálním pedagogem. Nazýváme ho **školní poradenské pracoviště**. (Skácelová in Martanová a kol., 2007)

V oblasti řešení školních problémů působí také zmiňované pedagogicko-psychologické poradny, střediska výchovné péče a speciálně pedagogická centra, které mohou pedagogům poskytnout odbornou konzultaci. Jednotlivé aktivity realizované těmito poradenskými zařízeními jsou směřovány do základních, střední i speciálních škol. K jejich hlavním úkolům patří další vzdělávání pedagogických pracovníků, dále zpracovávání minimálních preventivních programů a také participace na jejich realizaci a v neposlední řadě vytváření systému hodnocení účinnosti preventivních programů. (Tyšer, 2006; Vágnerová, 2005)

2.2 Předcházení poruchám příjmu potravy

Mentální anorexie, bulimie, záchvatovité přejídání a další specifická narušení vztahu k jídlu patří mezi poruchy, které u nás stále většímu počtu mladých lidí velmi omezují a znehodnocují život. V mnoha případech bývá nutná i odborná léčba, ta ovšem může trvat velmi dlouho a není u ní zaručen jistý výsledek. Za nejjistější a nejlepší léčbu považujeme tu, která vůbec nemusí proběhnout. **Ideální péčí je tedy PPP předcházet**. A právě tomuto se věnuje primární prevence. Široká veřejnost zná prevenci z oblasti péče o zdraví například v podobě očkování. V rámci poruch jídelního chování nejsou k dispozici žádná očkování, ale do jisté míry jim však předcházet lze. (*Primární prevence na školách* in Zpravodaj Anabell č. 22, 2009)

Zatímco všeobecná prevence směřuje na celou populaci, selektivní prevence se orientuje na osoby se zvýšeným rizikem vzniku PPP, které však nevykazují jejich symptomy. Může se jednat například o dospívající dívky či potomky pacientů s poruchami vztahu k jídlu. Další úroveň předcházení představuje indikovaná prevence, která se zaměřuje na ty, u kterých není, prozatím, možné diagnostikovat jednu z PPP, ale vykazují známky narušeného vztahu k jídlu nebo ke své postavě. Může se jednat

o chronické dietáře. Poslední úroveň prevence představuje léčba, která se orientuje na jedince, kteří už poruchou vztahu k jídlu trpí.

Prevence PPP by měla začínat již od dětského věku. V raném dětství, v období tzv. primární socializace, má největší vliv **rodina**. Právě ta určuje v prvních letech způsob stravování, ale i denní režim dítěte. Mužík (2007) uvádí, že odměna a trest pomocí potravy by neměla být příliš častá, namísto toho pokládá za velmi důležitou jinou funkci jídla, konkrétně společné stolování celé rodiny. U jídla však není vhodné, aby docházelo k hádkám či prudkým výměnám názorů, dítě by si totiž velmi rychle mohlo společné stolování spojit s nepříjemnými zážitky a jedení by se mohlo začít záměrně vyhýbat. V dětském věku by také rodiče neměli své dítě za každou cenu nutit vše sníst, později by mohlo získat k danému jídlu určitý odpor.

S postupným vývojem a osamostatňováním dítěte, především v období předškolního a školního věku, nabývá na významu **působení školní výchovy**, ale také školního prostředí a vliv spolužáků, tedy vrstevníků. (Fialová, 2012) Právě rodiče a učitelé ve škole by měli děti pečlivě připravit na změny, které u nich nastanou v období puberty. (Mužík, 2007)

2.3 Prevence poruch příjmu potravy ve školním prostředí

Přestože za základ prevence PPP považujeme již zmiňovanou rodinu, tedy především pozitivní komunikaci a dobré vztahy mezi rodiči a dětmi, ale i postoje k jídlu a vhodné stravovací zvyklosti, neměla by být tato problematika zanedbávána ani ve škole. Ve školním prostředí děti tráví mnohdy více času než doma a setkávají se zde s předáváním nejen školních znalostí, ale také společenských hodnot. Učitelé navíc mohou napravit to, co rodiče v určitých ohledech nezvládli. Například pokud kladli velký důraz na výkon či vzhled, prosazovali autoritativní styl výchovy, který mohl podlamovat sebevědomí dítěte nebo pokud příliš nedohlíželi na jeho optimální stravovací návyky.

Právě pedagog může být tím prvním, kdo poskytne potřebné informace, popř. může dokonce jako první nabýt podezření, že se u některého z žáků projevují rysy PPP. (Mertin a Krejčová, 2016) Jelikož ve školním prostředí existuje opravdu celkem vysoká pravděpodobnost včasného zachycení PPP, je přínosné znát **konkrétní projevy** narušeného jídelního chování. Ty mohou být, dle Švédové a Mičové (2010), následující:

- **změny v hmotnosti**, např. výrazné zhubnutí po prázdninách, v případě, že se nejednalo o vážnější onemocnění spojené s úbytkem hmotnosti a nechutenstvím;
- **nápadná izolace od ostatních**, obzvláště v případě, že dívka byla dříve do kolektivu bez problémů zapojena;
- **ztráta zájmů**;
- **introverze, posmutnělost, zamyšlenost, vážnost**;
- **snaha o precizní výkony**, což se obvykle projevuje ve všech předmětech, později ale dochází ke zhoršení prospěchu, nesoustředěnosti, únavě a apatii;
- **aktivní pohyb** spjatý s nadměrným cvičením při tělocviku, neklidem při sezení v lavici, nápadným vyběháním schodů či se zvýšenou potřebou neustále se hýbat;
- **výrazný důraz na vzhled**, společně s nejistotou a studem před ostatními, např. při návštěvě bazénu, v tělocviku;
- **zhoršení zdravotního stavu**, častější nemocnost, zhoršení kvality vlasů a pleti, v souvislosti s anorexií se může objevit lanugo (nadměrné množství jemných chloupků), nápadná bývá také zimomřivost;
- **zhoršení psychického stavu**, což zapříčiňuje depresivní nálady, podrážděnost, přecitlivělost;
- **změny v chování při jídle**, např. vynechávání svačín (bývají vyhazovány do koše), obědů ve školní jídelně, vyhýbání se společným aktivitám kvůli jídlu, např. výletům, školním akcím, kde je společné stravování, odmítání jíst před ostatními, různé výmluvy, proč nemocná nemůže jíst, v případě problémů s přejídáním může dívka sníst jídlo velmi rychle, hltavě, zatímco v případě anorexie jí dívka velmi pomalu, po malých soustech;
- **změny ve složení jídelníčku**, což lze rozpoznat např. na školním výletě, mohou si jich všimnout spolužáci, dívky odmítají tučné, sladké, energeticky vydatné pokrmy, ale i potraviny běžné jako např. pečivo a maso a často argumentují tím, že jsou to jídla „nezdravá“, mnohdy jí pouze pro ně dietní potraviny (např. light jogurty, zeleninu), velmi dobře znají kalorickou hodnotu potravin a pečlivě studují etikety a obaly na potravinách;
- **mentální bulimie** může být velmi těžko rozpoznatelná, bulimii lze odhalit při častých a dlouhých návštěvách toalety, ztracení jídla a při vysledování výše uvedených příznaků.

Předpokladem kvalitní prevence by měla být i dobrá školní jídelna, jelikož jídlo v ní podávané může mít pozitivní preventivní význam. Praxe v českých školách to však ne vždy potvrzuje. Děti si z nabídky jídel nevybírají pokaždé racionálně, i když se školní kuchyně snaží připravovat všechna jídla dle zásad zdravé výživy, které mají k dispozici. (Fraňková a kol., 2013) V České republice funguje na vysoké úrovni systém školního stravování, který je zakotven v legislativě¹³ a dotován ze státního rozpočtu. (Fialová, 2012) Úspěšnosti školních preventivních programů brání mnohdy potravinové a nápojové automaty umístěné ve školách i různé marketingové akce. Co se týče stravování, škola může ovlivnit zejména hlavní jídlo dne, tedy oběd. Svačiny, snídaně a večeře opět zůstávají na rodičích.

Zejména tam, kde dětem vaří opravdu pestrou a chutnou stravu, bývá velká šance naučit je jíst zdravější potraviny. V této rovině by i učitelé měli jít příkladem a motivovat děti ke správným stravovacím návykům. Což může představovat velký úkol především na prvním stupni školní docházky. Švédová a Mičová (2010, s. 20) ve své publikaci zmiňují: *„Pokud mají děti vštípeny dobré základy výživy a stravování, mnohem méně v období dospívání podléhají vlivu vrstevníků. Ten bývá v oblasti jídla evidentní, stravování dospívajících se často poddává reklamám, tomu, co je módní nikoli zdravé.“*

V rámci všeobecné prevence se dle Metodického doporučení rizikového chování dětí, žáků a studentů, které se zaměřuje konkrétně na PPP, jedná o výchovu k přiměřenosti a umírněnosti v postojích. (MŠMT, 2010, online) Nespecifická prevence podle těchto pokynů zahrnuje všechny činnosti, které podporují harmonický rozvoj osobnosti, **zdravý způsob života** a osvojení si pozitivního sociálního chování. (Fraňková a kol., 2013) Měl by být také kladen důraz na nebezpečí jednostranných či extrémních postojů ve výživě, ale i v životním stylu a také ve sportu.

Z hlediska specifické prevence je nezbytné děti poučit o nebezpečí a neúčinnosti redukčních diet a poskytnout nejen jim, ale i jejich rodičům či zákonným zástupcům obecné informace o problematice PPP. Například Krch a Marádová (2003) vypracovali příručku pro učitele k problematice výchovy ke zdraví se zaměřením na prevenci PPP s konkrétními metodickými návrhy a cvičeními pro žáky. Jejich cílem bylo poskytnout informace o zdravotních rizicích nevhodné výživy, rozvíjet sebevědomí žáků a sociální dovednosti, které jim mohou pomoci zvládat psychologické problémy období dospívání

¹³ Školský zákon č. 561/2004 stanovuje, že dětem, žákům a studentům je poskytována dotace na mzdové a věcné režie školního stravování, a to po dobu jejich pobytu ve škole. (MŠMT, 2013)

bez ohrožení mentální anorexií či bulimií. Žáci či studenti by měli také vědět, kam se obrátit v případě problémů s hmotností a trápením se svým vzhledem. (MŠMT, 2010, online)

2.3.1 Prevence poruch příjmu potravy ve výuce

Učitel, který tráví s dětmi v průběhu celého rizikového období mnohdy více času než jejich rodiče, by měl mít k dispozici informace o tom, jak PPP rozpoznat, ale také jak účinně zasáhnout, chovat se k nemocnému žákovi a preventivně působit tak, aby se poruchy vztahu k jídlu objevovaly v co nejmenší míře. Prevence ve vyučování spočívá v předávání informací o jednotlivých typech PPP, jejich dopadu na zdraví jedince, a to z krátkodobého, ale i dlouhodobého hlediska, dále v poskytnutí informací o možných rizicích spojených s nevhodnými stravovacími návyky. Tyto poznatky jsou zařazovány do různých předmětů, například v rámci výchovy ke zdraví, občanské a rodinné výchovy, biologie člověka, základů společenských věd aj. (Švédová a Mičová, 2010)

Pedagogové, případně výchovní poradci a školní psychologové, by měli mít dostatek informací o příčinách i důsledcích PPP a následně je zprostředkovat vhodným a komplexním způsobem. Tedy nezastrašovat, nepřehánět, nezdůrazňovat pouze určité aspekty této problematiky. Za důležité považujeme připravit děti v rizikovém období na tělesné i psychické změny, které je v průběhu dospívání čekají a také žáky poučit o různých tělesných typech a rozdílech mezi lidmi. Zabránit tak šíření předsudků vůči odlišnostem, což znamená naučit děti mít rády sebe i ostatní takové, jací jsou.

Dále by vyučující měli varovat děti před nevhodnými jídelními zvyklostmi a rizikovými způsoby kontroly hmotnosti, dbát na prevenci obezity a vést je ke správným stravovacím návykům. Což znamená umožnit jim konzumovat plnohodnotné obědy, omezit prodej sladkostí a dalších pochutin ve škole, zajistit pestrou stravu, pravidelnost v jídlu a zároveň u dětí neposilovat obavy z nadváhy a některých potravin. Škola by měla žákům zprostředkovat informace o významu jednotlivých složek potravy pro správnou funkci organismu a též o zásadách zdravé výživy. (Machová a Kubátová, 2009)

Podstatné je také vytvářet pozitivní sociální klima ve třídě tak, aby se tam mohli cítit dobře všichni žáci, vytvářet podmínky pro jejich zdravý osobnostní růst a sebedůvěru a podporovat jejich sociální dovednosti. Což znamená učit žáky asertivitě, umění se zdravě prosadit a řešit konflikt. Neméně podstatné se jeví ukazovat dětem, jak

adekvátně reagovat na stres, neúspěch, kritiku, a celkově podporovat sebepoznání a skupinové aktivity ve třídě. (Krch, 1999; Papežová, 2003) Train (2001) též zmiňuje důležitost skupinové podpory, děti totiž mnohdy reagují pozitivněji na jednoho ze svých vrstevníků než na dospělého. V tom případě lze vhodně využít skupinu, tedy školní třídu či jednotlivce k tomu, aby podporovali svého spolužáka, který má nějaké potíže.

Skácelová (in Kalina, 2003) uvádí, že mezi nejčastější formy primární prevence patří **přednášky** a **besedy**, které se konají v uvolněných vyučovacích hodinách a jsou ve většině případů realizovány externími odborníky. Efektivita těchto aktivit bez propojení s dlouhodobým působením je však nízká, jelikož se tyto akce konají převážně nárazově a mnohdy i pro velký počet posluchačů. (Skalík in Kalina, 2003) Jedna přednáška či beseda o PPP může žáky informovat o tom, že toto onemocnění existuje, což jistě pokládáme za významné, ale pro prevenci těchto nemocí je potřebné s dětmi dále pracovat, zachytit rizikové okamžiky v období dospívání, které mohou vést k propuknutí nemoci.

Jako efektivnější bývají hodnoceny zejména **interaktivní programy** pro žáky a studenty, které jsou vedené peer aktivisty, odborníky a proškolenými pedagogy. Pro děti a dospívající bývá právě peer neboli vrstevník mnohdy významnější autoritou než rodiče a učitelé. I Skácelová (in Kalina, 2003, s. 308) uvádí: *“jestliže se cílová populace s nositeli preventivního programu ztotožní, poměrně snadno nabyté dovednosti a postoje uplatní v praxi.”* Mezi další formy činností primární prevence řadíme například i vzdělávací **semináře**, **práci ve skupinách** či dlouhodobé a komplexní programy (tzv. **bloky**) s tematikou PPP. Za zásadní považujeme i možnost **individuální konzultace**. (Manuál pro tvorbu MPP, 2010, online)

2.4 Zdravý životní styl jako součást prevence

Na kvalitě lidského zdraví se společně s genetickým vybavením podílejí ve vysoké míře i další faktory, z nichž jsou nejčastěji uváděny zejména způsob života, životní prostředí a zdravotní péče. Vliv těchto tří faktorů má zásadní význam pro harmonický vývoj dětí a mládeže. Specifické postavení má životní styl, který je možno v průběhu života relativně snadněji měnit, než je tomu například u zmiňovaného životního prostředí. Marádová (2006, s. 5) dodává: *“zdravý způsob života je nejvýznamnějším faktorem, který může pozitivně ovlivňovat tělesnou, duševní a sociální pohodu člověka.”*

Již od útlého věku by se dítě mělo dozvídat proč, jak čím a také kdy může své zdraví ovlivňovat, pokud možno pozitivním způsobem. Jaké základy zdraví a celkový způsob života si během dospívání vytvoří, takové zdraví může očekávat v dalších fázích svého života. I Kubátová (2009) ve své publikaci uvádí, že zdraví jedince je z velké části ovlivněno tím, jak sám jedná a že se jednotlivé návyky, dovednosti a postoje vytvářejí již od dětství a při patřičné motivaci a posilování přetrvávají i v dospělosti.

Také **správná výživa a pitný režim** velmi významně ovlivňují zdraví, a to od početí až do smrti. Z potravy a některých nápojů získáváme energii, kterou tělo potřebuje pro svou funkci. Stravování podle zásad správného stravování napomáhá k dobré funkci organismu, a tedy i k pocitu svěžesti. Je potřeba si uvědomit, že prakticky každá potravina má své výhody a nevýhody. U některých potravin převažují nevýhody, u jiných převažují výhody pro organismus. (Suchopárová a Forejt 2010) Právě vyvážená strava s dostatečným obsahem antioxidantů, vlákniny, stopových prvků a s vyváženým obsahem všech druhů tuků může vykazovat protektivní účinky před různými typy onemocnění. Důraz je kladen především na dostatečný přísun kvalitních potravin, a to převážně z přírodních zdrojů. (Provazník a Komárek, 1999) Mezi přínosy zdravé výživy patří zejména pozitivní změny v oblasti zdraví, kondice, vzhledu a celkové ozdravení organismu (zvýšení imunity, zrychlení metabolismu, snížení nemocnosti, únavy a stresu apod.). Dále může dojít například ke zvýšení výkonu v práci, ve škole, ale i při sportu, ke zklidnění mysli i těla a v neposlední řadě i k prodloužení aktivního věku. (Lojková, 2012)

Zajištění správné výživy dítěte vnímáme nejen jako předpoklad pro jeho zdravý vývoj, ale i pro jeho zdraví v dospělosti. Zabezpečení optimálního vývoje dítěte jednotlivými složkami výživy však nemusí být vždy snadné a mnohdy vyžaduje specifický přístup. (*Škola in Zpravodaj Anabell č. 21, 2009*)

Ke správné výživě neoddelitelně patří **pohybová aktivita**, která má výrazně protektivní vliv na zdraví člověka. V současné době však žijeme v podmínkách přetechnizované společnosti, která potřebu pohybu omezuje na minimum. Tělesná nečinnost a sedavý způsob života jsou pak spojeny s množstvím zdravotních poruch včetně kardiovaskulárních nemocí, zvýšeným krevním tlakem, osteoporózou a v neposlední řadě chronickými poruchami pohybového a opěrného aparátu. Dostatečným pohybem lze například redukovat riziko vzniku onemocnění srdce a cév, zlepšovat psychický stav a schopnost vyrovnat se se stresem a vyčerpáním, zabraňovat vzniku osteoporózy atp. Pohyb funguje též jako prevence proti obezitě a zároveň vyšší

tělesná zdatnost snižuje celkovou úmrtnost. Jak uvádí ve své knize Provasník a Komárek (1999, s. 14): „*střední a vysoký stupeň kardiovaskulární zdatnosti má ochranný vliv nejen proti jednotlivým rizikovým faktorům, ale i proti předčasným úmrtím.*“ Tělesná aktivita by měla dle preventivních doporučení trvat nejméně 30 minut o mírné intenzitě každý den a o střední intenzitě alespoň 30 až 45 minut třikrát až pětkrát týdně. Základními pravidly pro zvýšení a udržení fyzické kondice jsou dle Lojkové (2012) pravidelnost, přiměřenost, pestrost a připravenost.

Neméně důležitá se jeví také **spánková hygiena**, neboť spánek je pro existenci organismu naprosto nepostradatelný. Ve spánku dochází v organismu k regeneraci, ke změnám v rychlosti metabolismu, centrální nervové soustavy, k hormonálním změnám apod. Unavené a neodpočaté tělo znamená nejen snižující se výkonnost jedince, ale také disharmonii na fyzické a psychické úrovni. Spánek tedy považujeme za základ pro rovnováhu na všech úrovních, přichází s ním i optimální tělesná váha a výkon. Nejčastěji doporučovaná délka spánku čítá osm hodin. (Lojková, 2012) Mezi zásady spánkové hygieny patří kupříkladu pravidelnost, kdy je důležité každý den chodit spát a vstávat ve stejnou dobu, dále dobře vyvětraná místnost na spaní, příjemné prostředí ke spánku, večere dostatečně dlouho před spánkem apod.

Opomenout nelze ani **dodržování zásad duševní hygieny**, které učí člověka předcházet psychickým obtížím a v případě, že již nastaly, ukazují mu, jak je co nejlépe zvládat. Zároveň poskytují návod, jak racionálně upravovat životní styl a životní podmínky tak, aby se zabránilo nežádoucím vlivům a zároveň, aby se co nejvíc uplatnily vlivy, které podporují duševní kondici a duševní rovnováhu člověka. (Nováková, 2012)

Při práci s dětmi a dospívajícími bývá prioritním a často nejobtížnějším úkolem motivace k jakékoliv aktivitě, která umožňuje změnu životního stylu. (Broža in Kalina, 2003) Nerespektování těchto zásad zdravého životního stylu může způsobit velké a občas i nenapravitelné škody ve vývoji a růstu dětského organismu a nepříznivě tak zasáhnout do celostního pojetí zdraví. Zatímco dospělí jedinci mají možnost volby a mohou si vybrat vlastní způsob chování a jednání na základě získaných zkušeností, děti jsou mnohem náchylnější k ovlivňování, jelikož ještě nemají dostatek potřebných informací a zkušeností. (Škola in Zpravodaj Anabell č. 21, 2009)

3 Podpora zdraví v preventivních programech škol

Třetí kapitola pojednává o charakteristice minimálních preventivních programů, včetně zásad, dle kterých lze posuzovat jejich efektivitu. Tvorbou školního preventivního programu bývá pověřen školní metodik prevence, jehož standardní činnosti a náplň práce též objasňujeme. V rámci všech pořádaných preventivních aktivit školy směřují k podpoře zdravého životního stylu svých žáků či studentů, která se stala i nezbytnou složkou základního vzdělávání, neboť se problematika zdraví prolíná celým rámcovým vzdělávacím programem. I z tohoto důvodu v kapitole zmiňujeme, jak mohou školy přispět ke zdravému životnímu stylu dětí a dospívajících, například výukou předmětu výchova ke zdraví či v rámci programu Škola podporující zdraví, který systematicky včleňuje podporu zdraví do všech aktivit, které škola vyvíjí.

3.1 Charakteristika minimálních preventivních programů

Všechny školy v České republice realizují v současné době tzv. minimální preventivní program (dále jen MPP). Tyšer (2006, s. 51) ve své knize definuje tento program jako *„základní nástroj prevence v resortu školství, mládeže a tělovýchovy, který je komplexním systémovým prvkem v realizaci preventivních aktivit v základních školách středních školách a speciálních školách“*.

Preventivní program školy vychází z příslušného rámcového vzdělávacího programu (dále jen RVP). Základní dokument pro realizaci prevence na školách, který slouží jako výchozí bod pro tvorbu preventivního programu školy představuje **školní preventivní strategie**. Tato strategie musí být součástí školního vzdělávacího programu (dále jen ŠVP) a reagovat vždy na konkrétní školní prostředí. Tvoří dlouhodobý a komplexní preventivní program, který je vytvořen tak, aby reagoval na podmínky dané školy. MPP definuje dlouhodobé a krátkodobé cíle a aktivity školy a obsahuje programy zaměřené na jednotlivé formy rizikového chování. Měl by být také založen na podpoře vlastní aktivity žáků, pestrosti forem preventivní práce se žáky, zapojení celého pedagogického sboru školy a spolupráci se zákonnými zástupci žáků. Obsahem je také pomoc jedincům při ochraně jejich lidských práv a podpora zdravého životního stylu. (Miovský a kol., 2012)

MPP vypracovává **školní metodik prevence** na období jednoho školního roku a podléhá kontrole České školní inspekce, měl by tedy být průběžně vyhodnocován. Sledována bývá především celková **účinnost** MPP, zda bylo dosaženo stanovených cílů,

ale i **průběh**, jak program postupoval. Měří se rovněž efektivita jednotlivých aktivit, které byly v rámci MPP realizovány. Toto vyhodnocení je součástí výroční zprávy o činnosti školy. (Tyšer, 2006)

Program **musí vycházet z aktuálního stavu školy**, což znamená respektovat počet dětí ve škole, sociální strukturu rodin dětí a zejména výskyt rizikového chování na dané škole. Jeví se jako podstatné, aby metodik získával a vyhodnocoval zpětnou vazbu. Jen díky tomu může zjistit, zda je program efektivní. V opačném případě je v kompetencích školního metodika prevence program změnit a přizpůsobit daným podmínkám. (Krestová, 1998).

Martanová a kol. (2007) považují mapování situace ve škole za efektivní, je-li prováděno týmově, v nejlepším případě, když se na něm podílí celý pedagogický sbor. Nejdůležitější úlohu však mají třídní učitelé, kteří dennodenně sledují dění ve své třídě a řeší s žáky potřebné záležitosti, a to zejména během třídnických hodin, které se konají přibližně jednou do měsíce.

Výchovně vzdělávací působení v oblasti prevence by mělo být neoddělitelnou součástí výuky a života škol, ale i dalších školních zařízení. Preventivní programy školy by měly být **zaměřeny především na podporu zdravého životního stylu**, tak aby žáci i studenti byli schopni převzít odpovědnost za své zdraví, ale i zdraví ostatních. Dále by měly zvyšovat sociální kompetence dospívajících, zejména pak rozvíjení sociálních dovedností i v náročných životních situacích. Opomenout nelze ani dovednosti komunikační, kterými si dospívající a mladí lidé zvyšují schopnost řešit problémy a konflikty. Učí se také adekvátně reagovat na určitý podnět a snášet kritiku.

Mezi další úlohy preventivních programů škol patří **vytváření pozitivního sociálního klimatu**, kdy je třeba žákům a studentům nabídnout důvěryhodné a bezpečné prostředí, které bude patřičně rozvíjet a zvyšovat jejich sebevědomí a také posilovat jejich schopnost umět se vyrovnat s případným neúspěchem. Dalším významnou oblastí působení představuje odstraňování nedostatků v psychické regulaci chování, kdy je třeba zvyšovat schopnost žáků efektivně ovládat své emoce a umět reagovat na stres. Úlohou preventivních programů je i napomáhat dětem a mládeži formovat jejich postoje, které se vztahují k významu společensky obecně uznávaných hodnot, tedy posilování právního vědomí, budování úcty k zákonům a zdravé postoje ke společenským pravidlům. (Marádová, 2006)

Desatero pro vypracování MPP

Účinná preventivní strategie pomáhá optimalizovat sociální klima školy a zajistit, aby se zaměření proti sociálně nežádoucím jevům stalo součástí školní kultury. A aby všichni, či alespoň naprostá většina žáků a pracovníků školy, vzali za své cíle, které si preventivní program stanovil. Skácelová (in Martanová a kol., 2007, s. 33-35) v literatuře popisuje jeden z možných přístupů při zpracování efektivní školní preventivní strategie. Představuje deset základních bodů, na které je třeba se při tvorbě MPP zaměřit:

1. zajištění garanta programu (odpovědný výběr školního metodika prevence);
2. získání podpory ředitele školy;
3. vybudování týmu spolupracovníků;
4. příprava preventivních aktivit pro žáky
5. obstarání metodických pomůcek, informací, potřebných kontaktů;
6. uspořádání aktivit i pro rodiče žáků;
7. spolupráce s ostatními odborníky (střediska výchovné péče, pedagogicko-psychologické poradny, lékaři, Policie ČR a další);
8. spolupráce i s dalšími orgány státní správy a místní samosprávy;
9. propagace – školní časopis a rozhlas, místní a regionální tisk, internet;
10. evidence záznamů o realizovaných krocích a aktivitách v průběhu školního roku a také efektivita (viz text níže).

Při tvorbě programu se ŠMP řídí základními přístupy v MPP, mezi něž patří především aktivity spjaté s poskytováním informací v rámci vzdělávacího procesu, např. téma zdraví, zdravý životní styl, rizikové chování apod. Řadíme k nim i programy aktivního sociálního učení či projekt Škola podporující zdraví (viz níže) a také smysluplnou nabídku volnočasových aktivit ve školách, ale i v rámci mimoškolních činností v podobě zájmových kroužků či nepovinných předmětů. Nelze opomenout ani poradenské činnosti, které se odehrávají přímo ve školním prostředí či ve spolupráci se speciálními zařízeními (např. s pedagogicko-psychologickou poradnou). (Krestová, 1998) Nyní budeme věnovat pozornost tomu, jak lze rozpoznat efektivní preventivní program.

3.1.1 Posouzení efektivity minimálního preventivního programu

Skalík (in Kalina, 2003, s. 288) udává, že „*vyhodnocování efektivity preventivního působení je klíčovou otázkou pro zavádění prevence v praxi.*“

Martanová a kol. (2007) popisují, že efektivní program by měl splnit zadané cíle s nejnižšími časovými, personálními a finančními investicemi. Dále by měl být měřitelný, transparentní a užívat náležité metody **monitorování** a **evaluace**.

Z hlediska časového plánování se ukazují jako efektivnější ty programy, které jsou zpracovány na dobu delší než jeden školní rok a se zahájením každého školního roku jsou aktualizovány a konkretizovány. Zajistíme tak návaznost cílů v jednotlivých oblastech preventivní výchovy a strategií pro jejich naplňování z jednoho roku na rok následující. (tamtéž, 2007)

Obecné charakteristiky efektivního preventivního programu lze podle Béma (in Kalina, 2003) definovat takto:

- **Včasný začátek preventivních aktivit**, v ideálním případě již v předškolním věku, jelikož osobnostní orientace, názory a postoje se vytvářejí již v raném dětském věku. Čím dříve se s prevencí začíná, tím bude ve výsledku efektivnější.
- **Kombinace více strategií**, které působí na určitou cílovou skupinu – škola, rodina, vrstevníci, masmédia, komunita. Preventivní programy je nutné sestavovat komplexně jako souhrn faktorů a jako koordinovanou spolupráci různých institucí.
- **Cílenost a přiměřenost** informací i forem působení vzhledem k cílové skupině a jejím sociokulturním, ale i demografickým charakteristikám. Je velmi důležité definovat, na jakou cílovou skupinu daný preventivní program cílí. Zohledněn musí být věk, úroveň vědomostí, míra rizikovosti, sociokulturní zázemí atp.
- **Kontinuita působení a systematičnost plánování**. Nemělo by se jednat o jednorázové aktivity, bez ohledu na rozsah a náklady, ty se nejeví jako příliš efektivní. Zjednodušující a jednostranné informace k dané problematice mohou být i škodlivé.
- **Pozitivní orientace** primární prevence a **nabídka konkrétních možností**. Součástí každého preventivního programu v příslušné cílové skupině by měla být **podpora zdravého životního stylu** a nabídka pozitivních alternativ.

Pro posouzení efektivity programu lze využít také *Zásady efektivity primární prevence*, tak jak je vymezují Nešpor, Csémy a Pernicová (1999). Dle nich program:

- A. Začíná pokud možno co nejdříve a odpovídá věku; čím nižší věk žáka, tím má být prevence méně specifická a více orientovaná na obecnou ochranu zdraví.
- B. Je malý a interaktivní; optimální počet posluchačů, interaktivní program se jeví jako účinnější než program čistě vzdělávací.
- C. Zahrnuje podstatnou část žáků a obsahuje i získávání relevantních sociálních dovedností a dovedností potřebných pro život včetně dovedností odmítání, zvládání stresu atd.
- D. Bere v úvahu místní specifika - zmapování situace, reálných a aktuálních rizik.
- E. Využívá pozitivních (např. vrstevnických) modelů; proces napodobování představuje osvědčený postup používaný nejen v psychoterapii, ale také v pedagogice.
- F. Pojímá i snižování dostupnosti návykových rizik, v tomto případě je důležitá spolupráce s rodinou.
- G. Je soustavný, dlouhodobý a komplexní, neboť nahodilé a jednorázové akce se nejeví jako efektivní, byť jsou dobře míněny; má být prezentován kvalifikovaně a důvěryhodně, protože jedinci, kteří program vedou, mohou významně ovlivnit jeho efektivitu.
- H. Počítá s komplikacemi a nabízí vhodné možnosti, jak je zvládat.

Uvedené zásady jsou sice definovány pro oblast protidrogové prevence, jejich platnost je však obecně přijatelná v celé oblasti rizikového chování. Nešpor a kol. (1998, s. 5) uvádí, že „*nejdůležitějším ukazatelem efektivity preventivního programu je změna chování.*“ K efektivitě MPP významně přispívá také **pestrost forem a metod** využívaných při jeho realizaci. (Martanová a kol., 2007)

Za vhodnou doplňkovou formu komplexních preventivních programů považujeme například **kontakt poradců** (psychologů, sociálních pracovníků aj.) s dětmi a rodiči na základních a středních školách. Šířit tak informovanost o možnostech pomoci specializovaných pracovišť ve složitých životních situacích jako jednu z možných cest pomoci. (Skalík in Kalina, 2003) Seznam institucí a organizací, na které se lze obrátit například v případech osobních či vztahových problémů žáků a různých životních krizí, by měl být pravidelně aktualizován a obsahovat stručnou náplň jejich činností, včetně kontaktních adres a telefonních čísel.

Pro úspěšnost preventivního programu školy je podstatný jeho soulad s režimem školy, ale i s dalšími školními aktivitami. Za důležité považujeme i **motivování žáků a pedagogů ke vzájemné spolupráci**. (Suchopárová a Forejt, 2014)

Pedagogové začleňují preventivní témata do výuky svých předmětů. Začlenění jednotlivých témat by mělo být uvedeno v ŠVP, popř. i v MPP. (tamtéž, 2014)

Kvalitní preventivní program s dlouhodobým vlivem na hodnotový systém dětí a adolescentů bývá dle Papežové (2010) v této oblasti velmi vzácný, na rozdíl od prevence drog či alkoholu, kde většina populace je ochotna připustit škodlivost jejich nadužívání zejména pro dětský organismus. V oblasti PPP bývá odůvodňování daleko obtížnější.

Specifika preventivního programu pro šestý až devátý ročník

Dle Nešpora a kol. (1998) by se měl obsah preventivního programu základní školy, ale také i jeho cíle, zaměřovat na vývojová témata, jímž čelí školní děti tohoto věkového pásma. Dochází u nich k rychlému tělesnému rozvoji, který u nich může často vyvolat nepohodu, pocit, že nejsou atraktivní. Právě tyto faktory spolu se změnami v kognitivní a sociální rovině dítě či dospívajícího mnohdy dostávají do situací, které jsou z hlediska riskování a experimentování velmi rizikové. Prevence by se měla zaměřovat především na rozvíjení zdravého sebevědomí a sebepojetí, asertivitu a schopnost čelit tlaku vrstevníků, vytváření zdravých vztahů, budování osobní zodpovědnosti, rozhodování se a kritické uvažování.

Specifika preventivního programu pro ročníky středních škol

Základem preventivního programu v této věkové kategorii by měla být myšlenka, že mladí lidé v tomto věku se brzy stanou dospělými jedinci. Jejich primární zájem se soustřeďuje zejména na utváření osobní identity, prohlubování vztahů, osamostatňování se od rodiny, finanční nezávislost a sebeovládání. (tamtéž, 1998)

3.2 Role školního metodika prevence

Součástí priorit primární prevence ve školách a školských zařízeních je pověření vhodného pedagoga funkcí školního metodika (dále jen ŠMP). Metodikem prevence může být jmenován kterýkoli učitel školy. *„Žádný zákon, vyhláška nebo nařízení nestanoví přímo povinnost být kvalifikován pro funkci školního metodika prevence.“*

(*Primární prevence na školách* in Zpravodaj Anabell č. 22, 2009, s. 10) Toto rozhodnutí je v kompetenci ředitele školy.

Standardní činnosti metodika prevence upravuje vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních. (MŠMT, 2013, online) Jednotlivé činnosti ŠMP budou popsány v textu níže. Pedagog s touto funkcí **nemá sníženou vyučovací povinnost**, a to i přesto, že úkolů, jež má ve škole plnit, přibývá. Po úspěšném absolvování specializačního studia pro ŠMP má však nárok na specializační příplatek ve výši jeden až dva tisíce korun.

Hlavním úkolem ŠMP je **tvorba minimálního preventivního programu školy a koordinace jeho naplnění**. Cílem jeho práce je tedy předcházet rozvoji rizikových projevů chování žáků. V současné době se v činnosti ŠMP preferuje zaměření na primární prevenci rizikového chování u dětí, žáků a studentů. Legislativně se oblastí prevence zabývá Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí, žáků a studentů ve školách a školních zařízeních. (Vacková a Ondráčková in Knotová, 2014; MŠMT, 2010, online)

Preventivní působení na děti a mládež do 18 let věku vychází ze zajištění včasnosti řešení počínajících vážnějších problémů jednotlivců, ale i skupin. Zároveň má svou obecnou i specifickou platnost v oblasti **primární a sekundární prevence**, jelikož s rizikovými skupinami problémové mládeže je možné se setkat na školách všech typů. Proto je důležité vymezit si úlohu školního metodika prevence a jeho nezastupitelnost při výchově rizikových jedinců.

Profil školního metodika prevence

ŠMP musí splňovat podmínky odborné kvalifikace pro přímou pedagogickou činnost učitele příslušného stupně a typu školy. (Skácelová in Martanová a kol., 2007; Zákon č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících, MŠMT ČR, 2013, online)

Zároveň by měl být pedagogickým pracovníkem, který má zájem o tuto práci a splňuje odborné předpoklady pro její vykonávání. Jedná se o odbornou připravenost pro výchovné poradenství v oblasti prevence, resp. sledování chování dětí a mládeže z hlediska pedagogické, psychologické a sociální normy, zjišťování negativních jevů, poruch a jejich následné napravování. Mezi další požadavky pro výkon této pozice patří minimálně dvouletá pedagogická praxe, schopnost vybudovat si důvěru dětí a také přirozenou autoritu u kolegů. Měl by být také schopen dále na sobě pracovat, vzdělávat se a věnovat své funkci dostatek času. Dovednosti metodiků prevence jsou výsledkem

jejich průběžného vzdělávání (akreditované kurzy, semináře, výcviky apod.). Je rovněž příhodné kontaktovat předchozího školního metodika a získat od něj co nejvíce potřebných informací. (Tyšer, 2006)

3.2.1 Standardní činnosti a náplň práce

Zapojení školního metodika prevence do systému preventivních aktivit předpokládá jeho **činnost v oblasti metodické, koordinační, informační a poradenské**. O veškerých činnostech si ŠMP vede písemnou dokumentaci.

Dle Marádové (2006), ale i Vackové a Ondráčkové (in Knotová, 2014) se konkrétně jedná o tyto činnosti:

- koordinace tvorby a kontroly realizace minimálního preventivního programu školy;
- podílení se na samotné realizaci jednotlivých aktivit školy zaměřených na prevenci závislostí, záškoláctví, násilí, vandalismu, prekriminálního a kriminálního chování, sexuálního zneužívání, rizikových projevů sebepoškozování a dalších sociálně nežádoucích jevů, **včetně poruch příjmu potravy**;
- zajišťování a předávání odborných informací o problematice sociálně nežádoucích jevů, dále o nabídkách programů a projektů, v neposlední řadě o metodách a formách specifické primární prevence;
- metodické vedení činnosti učitelů školy v oblasti prevence sociálně nežádoucích jevů (např. preventivní práce s třídními kolektivy apod.);
- zabezpečení vzdělávání pedagogů školy v oblasti prevence rizikového chování;
- koordinace spolupráce školy s orgány místní správy a samosprávy, s okresním metodikem preventivních aktivit, popřípadě krajským koordinátorem prevence a odbornými pracovišti (poradenskými, preventivními, krizovými, terapeutickými), zároveň vedení a průběžná aktualizace databáze spolupracovníků školy v oblasti prevence sociálně nežádoucích jevů;
- vedení písemných záznamů umožňující doložit rozsah a obsah samotné činnosti metodika prevence s případnými návrhy a realizovaným opatřením;
- vyhledávání a orientační šetření žáků s projevy či rizikem sociálně nežádoucího chování, včetně poskytování poradenských služeb těmto žákům a také jejich zákonným zástupcům, případně pak i zajištění péče odborného pracoviště, a to

i ve spolupráci třídních učitelů, kteří spolupracují při samotném zachycování varovných signálů možného rozvoje sociálně nežádoucích jevů u jednotlivých žáků a studentů;

- v neposlední řadě mezi činnostmi ŠMP patří prezentace výsledků preventivní práce dané školy a získávání nových informací a zkušeností.

Popis standardních činností by měl být východiskem pro stanovení pracovní náplně ŠMP. Například Tyšer (2006) ve své publikaci *Školní metodik prevence* rozděluje **náplň práce** školního metodika do těchto tří oblastí:

1. **Metodická a informační činnost** – usměrňování a sjednocování prevenční činnosti třídních učitelů, vlastní prevenční činnost u žáků, sledování změn v předpisech týkajících se problematiky prevence, další vzdělávání v oblasti nových a alternativních výchovných a prevenčních trendů apod.
2. **Práce se žáky s výukovými a výchovnými problémy** – vyhledávání a sledování problematických žáků, pomoc učitelům pro shromažďování podkladů pro psychologická a speciálně pedagogická vyšetření, podílení se na zpracování individuálního plánu a další dokumentace pro žáky integrované, problémové i pro žáky pocházející ze složitých rodinných podmínek apod.
3. **Specifické oblasti** – pomoc při řešení konfliktních situací ve škole (rodiče–učitel, učitel–žák, žák–žák), sledování projevů zneužívání návykových látek a ostatních rizikových jevů, návrhy nápravných opatření, koordinace a spolupráce při osvětových a konzultačních akcích vztahujících se k problematice rizikového chování, zajišťování spolupráce s orgány státní správy a samosprávy, zejména s orgány péče o dítě, sociálním kurátorem, sociálně právní komisí na ochranu dítěte, s Policií ČR, krizovým centrem apod.

Při preventivní činnosti školy se metodici prevence řídí souborem metodických pokynů a dalších materiálů, jež jsou zveřejněny na webových stránkách Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy v sekci Vzdělávání/Prevence rizikového chování u dětí a mládeže.

ŠMP jsou začleněni do sítě koordinátorů a metodiků prevence. Spolupracují s odbornými službami v resortu školství, především s pedagogicko-psychologickými poradnami. Pedagogicko-psychologická poradna zajišťuje prostřednictvím okresního metodika prevence, který je zaměstnancem poradny, specifickou prevenci rizikového

chování, realizaci preventivních opatření a koordinaci školních metodiků prevence v oblasti územní působnosti vymezené krajským úřadem. Dále organizuje pravidelné porady, semináře, poskytuje odborné individuální konzultace. Na žádost školy pomáhá řešit aktuální problémy související s rizikovým chováním u dětí a mládeže. Významnými partnery jsou také výchovní poradci a školní psychologové. Poradny poskytují odbornou pomoc nejen školám a jejich žákům, ale i jejich rodičům či zákonným zástupcům. Udržují kontakt se všemi subjekty, jež se zabývají prevencí v kraji. (*Primární prevence na školách* in Zpravodaj Anabell č. 22, 2009)

Bohužel v některých školách se stále vyskytuje situace, kdy ŠMP zastává také funkci výchovného poradce, což vzhledem k relativně rozsáhlému spektru činností není situace příliš vhodná, jelikož skutečné náplně práce pak bývají redukovány jen na nezbytné činnosti.

3.3 Podpora zdravého životního stylu ve školním prostředí

Významnou roli při podpoře zdraví a zdravého způsobu života hraje také škola, neboť má možnost systematicky a v delším časovém úseku ovlivňovat postoje dítěte ke zdraví a přispívat tím k minimalizaci negativních jevů. I proto se problematika zdraví stala nezbytnou součástí základního vzdělávání, prolíná se celým RVP. Podpora a ochrana zdraví je zde chápána v širších a hlubších souvislostech celostního pojetí zdraví, tj. „*vyvážený stav zdraví fyzického, psychicko-emočního, sociálně-osobnostního a duchovního.*“ (Marádová, 2006, s. 26)

Navržené osnovy předpokládají, že v návaznosti na jejich naplňování ve výuce se samotná podpora zdraví stane přirozenou součástí každodenního života celé školy, resp. budou vytvářeny podmínky pro zdravé učení žáků, pro pohodu při jejich pobytu ve škole apod. Zvolenou koncepcí jednotlivé školy usilují o to, aby žáci na základě získaných znalostí a osvojených sociálních dovedností zaujali trvalé postoje k celoživotní podpoře a také ochraně zdraví.

Výchova ke zdravému životnímu stylu zahrnující témata sexuální a protidrogové výchovy, hygienická, režimová a zdravotně preventivní témata, je v dokumentech českých škol důkladně rozpracována nikoli jen na základě požadavků RVP, ale školy se těmito tématům intenzivně věnují také s ohledem na povinný MPP, který každá škola musí mít formulován a **veřejně prezentován.** (Fialová, 2012)

3.3.1 Výchova ke zdraví

Vzdělávací obsah oboru *Výchova ke zdraví* lze do ŠVP rozpracovat jak formou samostatného předmětu, tak i formou předmětu integrovaného, který je tvořen tematickými okruhy ze dvou či více vzdělávacích oborů (např. přírodopis, výchova k občanství, tělesná výchova aj). (Marádová, 2006)

Výchova ke zdraví tedy bývá zahrnuta v různých předmětech či oblastech v průběhu celé základní školní docházky. Podporu v této oblasti poskytuje mj. metodický internetový portál RVP.¹⁴ (Fialová, 2012) Vzdělávací obsah předmětu mají školy podrobně rozpracován do jednotlivých ročníků v cyklickém uspořádání. Základní tematické okruhy se v každém ročníku opakují, avšak jejich obsahová náplň by měla být vždy širší a hlubší, přiměřeně věku a potřebám žáků.

Obsah a očekávané výstupy **samostatného** předmětu výchova ke zdraví významným způsobem přispívají k utváření a rozvíjení klíčových kompetencí (tj. kompetence k učení, řešení problémů, komunikativní, sociální a personální, občanské a pracovní). Při jejich osvojování se klade důraz na vyváženost podílu postojů, znalostí a dovedností, které jsou nezbytné pro praktický život. Marádová (2006, s. 27) dodává: „*samotný předmět by měl reagovat na současné potřeby týkající se podpory a ochrany zdraví u dětí a dospívajících.*“ Zdraví je zde chápáno ve dvou základních složkách, a to jak zdraví negativní (nemoci), tak pozitivní (rozvoj pohody, zdatnosti i odolnosti). (Holčík, 2010)

Výchova ke zdraví by měla být dle Fialové (2012) systematická, dlouhodobá a také otevřená spolupráci s rodinami i odborníky. Velmi důležitou roli při výchově ke zdraví hraje osobní příklad. Zaměstnanci školy by měli být pro žáky či studenty pozitivním vzorem v oblastech hygienických a stravovacích návyků, přes aktivní životní styl, pravidelné provozování nejrůznějších sportů, respektování biologických rytmů a času pro odpočinek, až po psychohygienu a zdravé sociální chování. Dosažení očekávaných výsledků vzdělání předpokládá též týmovou spolupráci všech pedagogů, kteří si pro své působení vytváří ŠVP a kolektivně vyhledávají vhodné strategie pro jeho naplnění. Společně by také měli hodnotit dosažené výsledky.

¹⁴ Internetové stránky metodického internetového portálu *rvp.cz*.

Cílové zaměření předmětu výchova ke zdraví podle Marádové (2006):

- utváření pozitivního vztahu k vlastnímu zdraví a také celoživotní odpovědnosti za podporu a ochranu zdraví nejen vůči sobě, ale i vůči druhým lidem;
- formování pozitivních mezilidských vztahů v rodině, ale i širším společenství, založených zejména na úctě, empatii a toleranci;
- osvojení sociálních dovedností a modelů chování, a to v souvislosti se společensky nežádoucími jevy;
- utváření odpovědného chování vůči sobě, ostatním, přírodě a životnímu prostředí, předvídání a analyzování důsledků vlastního chování a jednání v různých situacích.

Jak uvádí ve své publikaci Fialová (2012, str. 41): „*Součástí výchovy ke zdraví nejen jako vyučujícího předmětu, ale hlavně jako komplexního formování dětí po celou dobu jejich školní docházky, by měla být i výchova ke správné výživě a zdravému životnímu stylu.*“

Pozitivní roli ve výchově ke zdraví i ve vytvoření příznivého klimatu pro všechny, kteří školu navštěvují nebo v ní pracují, má vzdělávací program Škola podporující zdraví (dále jen ŠPZ), do kterého se může zapojit každá mateřská, základní i střední škola. Dohromady tvoří tzv. *Národní síť škol podporující zdraví*. Nyní se zaměříme právě na tento program, který má za cíl podpořit zdraví ve školním prostředí.

3.3.2 Škola podporující zdraví

Na školy se již během 80. let začalo více pohlížet jako na instituce potenciálně vhodné pro podporu zdraví, zahrnující zmiňovanou výchovu ke zdraví a všechny další činnosti, které by školy mohly provádět v rámci ochrany a zlepšení zdraví jedinců patřících do školní komunity. Na počátku 90. let byl tedy přijat evropský projekt škol podporujících zdraví. Tento úspěšný projekt je založen na holistickém pojetí zdraví ve smyslu definice zdraví podle Světové zdravotnické organizace (WHO). (Komárek a kol., 1998) Toto pojetí lze představit následující citací: „*Zdraví člověka totiž neznamená jen nepřítomnost nemoci, ale je výslednicí vzájemných interakcí celého člověka, všech jeho systémů a složek na úrovni biologické, duševní, sociální, duchovní a environmentální.*“ (Program Škola podporující zdraví, SZÚ, 2007, online)

Garantem tohoto programu je v České republice Státní zdravotní ústav, který zabezpečuje metodickou pomoc, konzultace, odbornou literaturu a vzdělávání učitelů. Pomáhá také jednotlivým školám s tvorbou vzdělávacích programů, ale i se získáváním grantových příspěvků. (Fialová, 2012)

Program podpory zdraví ve školním prostředí má svou filozofii a orientuje se na systematické včlenění podpory zdraví do všech aktivit, které škola vyvíjí. Zaměřuje se konkrétně na zdravý životní styl u všech členů komunity, kde dominuje příkladná role rodičů, učitelského sboru a jiných dospělých autorit. Důraz je kladen také na kultivaci vztahů uvnitř školy, konkrétně vytváření pozitivní atmosféry a sociálních vazeb. Důležitá bývá rovněž neformální spolupráce školy s rodiči a samotnou obcí. V neposlední řadě jsou v rámci projektu zaváděny a užívány takové metody vyučování, které podporují zdravý rozvoj dítěte po tělesné, duševní, společenské, kognitivní, emotivní a dovednostní stránce. (Havlíková a Vildová, 1999)

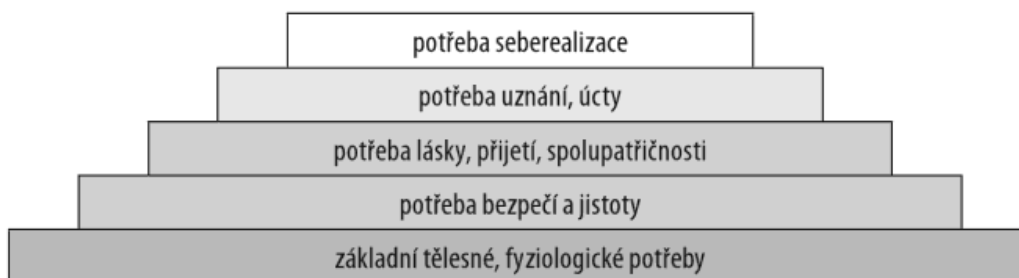
ŠPZ řeší otázky a problémy v oblasti zdraví systematicky s využitím srozumitelně sepsaného školního projektu podpory zdraví. Zaměřuje se na konkrétní kroky a předpokládá aktivní účast žáků, učitelů, ale i nepedagogických zaměstnanců a rodičů jak na rozhodování, tak i na realizaci činností. (Havlíková, 2006)

Obsahem programu podpory zdraví ve škole jsou tyto tři pilíře: **pohoda prostředí** (věcného, sociálního a organizačního prostředí pro zajištění fungování kvalitního vzdělávání), **zdravé učení** (smysluplná, přiměřená a efektivní výuka; i spoluúčast a spolupráce všech zaangażovaných subjektů; motivující hodnocení) a **otevřené partnerství** (škola jako kulturní a vzdělávací středisko obce a zároveň jako model demokratického společenství s návazností na širší komunitu obce). (Machová a Kubátová, 2009; Fialová, 2012)

Sjednocující principy činnosti ŠPZ dle Havlíkové (2006), které se vzájemně doplňují:

- **Respekt k přirozeným potřebám jednotlivce** se jeví jako nejdůležitější postoj, který ŠPZ kultivuje jak u žáků, tak učitelů a rodičů. Tento postoj bývá považován za klíč k uskutečňování obecnějšího postoje, tedy úcty k člověku, lidským společenstvím a přírodě na naší planetě. Předpokladem pro respektování těchto přirozených lidských potřeb je jejich znalost. Existuje několik modelů potřeb, mezi nejosvědčenější však patří Maslowova pyramida lidských potřeb (viz Obrázek 1). Podle Komárka a kol. (1998) má škola možnost snížit nebo dokonce předcházet frustracím z nerespektovaných individuálních

a vývojových potřeb žáků tím, že se snaží, aby byly respektovány v celém pedagogickém procesu.



Obr. 1 Maslowova pyramida potřeb (Šamánková, 2011, s. 26)

- **Rozvíjení komunikace a spolupráce** představuje proces osvojování stěžejních dovedností, jejichž prostřednictvím ŠPZ dokáže uspokojovat potřeby jednotlivce v kontextu společnosti a světa a současně žáky efektivněji vzdělávat. ŠPZ se touto praxí sama stává modelem komunikace a spolupráce. (Program Škola podporující zdraví, SZÚ, 2007, online)

V rámci ŠPZ se využívá například projektová výuka, kdy si žáci tříd či celé školy vytvoří určitý projekt a pak podle něho pracují nebo probíhá sloučené tematické vyučování, během něhož výuka určité skupiny předmětů bývá spojena jedním ústředním tématem. (Havlínová a Vildová, 1999)

Výhodou, která dle Fialové (2012) zvyšuje celkovou kvalitu školy i její angažovanost v prevenci a výchově ke zdraví, se ukázala být **pravidelná autoevaluace**¹⁵ a zpětnovazebné dotazníky každoročně posílané rodičům, a to u škol zapojených do ŠPZ, ale také u škol, které do programu zapojeny nejsou, avšak snaží se být „zdravou školou“ i bez něj. Samotné zapojení školy do vzdělávacího programu ŠPZ nemusí být zárukou kvalitnější výchovy ke zdraví, přesto tam, kde program zaujme vedení školy, její zaměstnance, děti i rodiče, se stává značným přínosem a pomocí.

¹⁵ *Autoevaluace* v tomto případě znamená vlastní hodnocení jednotlivých škol.

4 Výzkumné šetření

Následující kapitola obsahuje popis výzkumu v rámci diplomové práce a jeho stanovený cíl, ke kterému jsou nápomocny stanovené výzkumné otázky. Uvádíme také konkrétní metodologii, z níž budeme vycházet, tedy především metody a způsob získávání potřebných dat. Nechybí ani popis výzkumného vzorku a prostředí, ve kterém se sběr dat uskuteční.

4.1 Popis výzkumu

Výzkum diplomové práce se zakládá na kvalitativním šetření, které bude realizováno prostřednictvím metody rozhovoru se školními metodiky prevence a dále podrobnou analýzou minimálních preventivních programů vybraných škol. V závěru kapitoly bude předložen souhrn doporučení pro praxi vyplývající z výsledků výzkumného šetření.

4.2 Cíl výzkumu

Hlavním cílem výzkumu diplomové práce je **zjistit a analyzovat, jak probíhá prevence poruch příjmu potravy na základních a středních školách na Královédvorsku.**

Dílčí cíle jsou:

- Zjistit, zda školy věnují dostatečnou pozornost problematice narušeného jídelního chování.
- Zaznamenat, jestli jsou minimální preventivní programy škol pravidelně vyhodnocovány a odpovídají tak aktuálnímu stavu.
- Popsat vnitřní a vnější zdroje škol využívané v rámci prevence.
- Vymezit, jaké formy preventivních činností zaměřených na problematiku poruch příjmu potravy a podporu zdravého životního stylu metodici prevence realizují.
- Charakterizovat, jak školy podporují zdravý životní styl svých žáků.
- Určit, jakým způsobem se školy snaží předcházet nevhodným poznámkám mezi žáky, které mohou značně narušovat jejich sebevědomí.

Cílem výzkumu bude tedy získat podrobné a komplexní informace o všeobecné, resp. nespécifické preventivní činnosti, která se zaměřuje na celkovou podporu

zdravého způsobu života. Především však bude pozornost zaměřena na prevenci specifickou, konkrétně na předcházení poruchám příjmu potravy ve školním prostředí.

4.3 Výzkumné otázky

Hlavní výzkumná otázka:

Jak probíhá prevence poruch příjmu potravy na jednotlivých základních a středních školách ve Dvoře Králové nad Labem a okolí?

Dílčí výzkumné a tazatelské otázky:

DVO1: Věnují školy dostatečnou pozornost problematice poruch příjmu potravy?

- Můžete zhodnotit, jak působí prevence v rámci výuky na školách? Je podle vás dostatečná?
 - Jeví se vám prevence poruch příjmu potravy v rámci preventivní strategie Vaší školy jako dostačující?
- Na jaké typy rizikového chování se MPP školy zaměřuje?
 - Zahrnuje i problematiku poruch příjmu potravy?
 - Jsou podle Vás učebnice dostatečným zdrojem informací o stravování, zdravém a vyváženém jídelníčku, případně o PPP?

DVO2: Odpovídají minimální preventivní programy škol jejich aktuálnímu stavu, jsou pravidelně vyhodnocovány?

- Odpovídá MPP aktuálnímu stavu školy?
 - Respektuje preventivní program počet dětí ve škole, výskyt rizikového chování, aktuální dění ve škole apod.?
 - Dochází ke změnám v konceptu MPP v případě, že je třeba se zaměřit na aktuální problematiku řešenou ve školním prostředí?
- Jakým způsobem je preventivní program vyhodnocován?

DVO3: Které vnitřní a vnější zdroje školy v rámci prevence využívají?

- Probíhá spolupráce uvnitř školy? Funguje školní poradenské pracoviště?
- S jakými vnějšími zdroji škola spolupracuje?
- Myslíte si, že rodina se školními metodiky v rámci prevence spolupracuje, nebo se setkáváte spíše s negativním ohlasem?

DVO4: Jaké aktivity školy/metodici prevence realizují?

- Jaké formy preventivních činností (zaměřené na poruchy příjmu potravy a zdravý životní styl) jsou ve škole využívány?
- Uskutečňují se na škole preventivní programy, které jsou zajišťovány organizacemi z vnějšku?

DVO5: Podporují školy zdravý životní styl svých žáků?

- Jsou žáci vedeni ke zdravému životnímu stylu? Jakým způsobem?
- Jak se žáci ve škole stravují – dá se říci, že je školní stravování v oblibě?
- V jakých konkrétních předmětech je obsažena výchova ke zdraví?
- Je škola zapojena do programu Škola podporující zdraví? Či do jiných komplexních preventivních programů zaměřených na podporu zdravého životního stylu žáků?

DVO6: Jakým způsobem školy předchází nevhodným poznámkám mezi žáky, které mohou působit na jejich sebevědomí?

- Setkáváte se s poznámkami žáků na účet jiných, kteří jsou např. výrazně obézní, nebo naopak hubení?
- Jaké diagnostické metody jsou využívány pro měření klimatu ve škole nebo ve třídě?
- Funguje ve škole například schránka důvěry či jiná možnost, jak by mohl žák požádat o pomoc?

4.4 Výzkumný vzorek a prostředí

Výběrový soubor tvoří celkem **6 škol** (4 základní školy a 2 střední školy). Výzkumný vzorek je tedy tvořen šesti respondenty, se kterými byl uskutečněn polostrukturovaný rozhovor. Konkrétně se jedná o školní metodiky prevence vybraných základních a středních škol na Královédvorskú. Respondenti byli také požádáni o poskytnutí školního preventivního programu, aby mohla být provedena jeho obsahová analýza. V rámci naprostého zachování anonymity nejsou uváděna jména respondentů, názvy škol ani žádné jiné údaje, které by mohly napomoci k jejich identifikaci. Místo názvů základních škol jsou uvedena označení „ZŠ 1, 2, 3 a 4“. Namísto názvů škol středních používáme označení „SŠ 1 a 2“. Respondenti, resp. zástupci vybraných škol, jsou v textu označováni např. jako „respondentka ZŠ1“, „respondentka SŠ1“ apod., neboť jsou všichni účastníci výzkumu ženského pohlaví.

V rámci výzkumného šetření **bylo osloveno celkem 9 škol** umístěných na území Královédvorská, resp. 7 škol základních a 2 školy střední. S poskytnutím rozhovoru však souhlasilo pouze šest z nich. Dvě základní školy nereagovaly na e-mail s prosbou o poskytnutí rozhovoru a v jedné základní škole došlo k odmítnutí „tváří v tvář“ s odůvodněním, že školní metodička dané školy nemá na takové věci čas.

Rozhovory se odehrávaly přímo v prostředí základních a středních škol na území Dvora Králové nad Labem a okolí, přesněji v pracovním zázemí školních metodiků prevence, se kterými byl rozhovor uskutečněn.

4.5 Metody získávání dat

Pro výzkumnou práci byl vzhledem k povaze řešené problematiky a zvoleného cíle vybrán kvalitativní výzkum, který nám umožní prozkoumat současnou situaci v oblasti prevence poruch příjmu potravy a celkové podpory zdravého životního stylu na základních a středních školách ve vybraném regionu, resp. zmapovat preventivní programy a zaměřit se na práci školních metodiků prevence zkoumaných škol.

Kvalitativní metody jsou dle Strausse a Corbinové (1999) používané nejen k odhalení a porozumění podstaty jevů, o nichž toho ještě není příliš známo, ale také k získávání nových a neobvyklých názorů na jevy, o nichž už něco víme. V tomto případě nás zajímá názor na průběh prevence poruch příjmu potravy na vybraných základních a středních školách z pohledu hlavních aktérů, resp. školních metodiků prevence, kteří mají předcházení společensky nežádoucím jevům ve školním prostředí na starost. Zatímco údaj, jak by měla (účinná) prevence PPP ve školách probíhat, si již lze snadno dohledat například v metodikách vydaných MŠMT.¹⁶

Prvním zdrojem informací pro výzkumné šetření budou polostrukturované rozhovory se školními metodiky prevence. Z jednotlivých rozhovorů se pořídí audiozáznamy, které budou převedeny do písemné podoby a následně kódovány. Doplnujícím zdrojem budou údaje získané z písemných materiálů, prostřednictvím podrobné obsahové analýzy minimálních preventivních programů škol. Pozornost bude zaměřena na oblast prevence poruch příjmu potravy a zdravý životní styl.

Polostrukturovaný rozhovor

Tento typ rozhovoru bývá pokládán za zřejmě vůbec nejrozšířenější podobu metody rozhovoru. Oproti nestrukturovanému rozhovoru vyžaduje náročnější

¹⁶ MŠMT neboli Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy.

technickou přípravu, jelikož si tazatel vytváří určité schéma v podobě specifikovaných okruhů otázek, které jsou pro něho závazné a které bude v průběhu rozhovoru respondentům klást. Obvykle je možné dle potřeby a možností zaměřovat pořadí těchto okruhů tak, aby bylo získáno co největší množství informací. Při polostrukturovaném rozhovoru bývá dle Miovského (2006) vhodné použít následné upřesnění a vysvětlení odpovědi respondenta, což znamená, že si tazatel nechává například vysvětlit, jak respondent danou věc myslí. Tím si ověří, že danou informaci správně pochopil a interpretoval. Dále může tazatel klást různé doplňující otázky a dané téma tak rozpracovávat podrobněji, vzhledem ke stanoveným cílům a definovaným výzkumným otázkám. I již zmiňovaný autor (2006, s. 161) považuje za výhodu tohoto typu rozhovoru, že díky němu lze „dosáhnout vyšší přesnosti a výtěžnosti než při klasickém plně strukturovaném rozhovoru.“

U polostrukturovaného rozhovoru máme předem definované tzv. jádro rozhovoru, které tvoří minimum témat a otázek, jež má tazatel za povinnost projít. Dostává se nám tak určitého stupně jistoty, že všechna předem stanovená témata budou skutečně probrána. V rámci výzkumu byly využity osvědčené zásady efektivního vedení rozhovoru, které ve své knize uvádí Hendl (2008, s. 168).

Kódování rozhovorů

Přeepsané rozhovory budou následně zpracovány prostřednictvím otevřeného kódování, které dle Strausse a Corbinové (1999) představuje důležitou část analýzy, jež se zabývá označováním a kategorizací pojmů pomocí důkladného studia získaných údajů. Během otevřeného kódování mají být tyto údaje, dle výše zmíněných autorů (1999, s. 43), „rozebrány na samostatné části a pečlivě prostudovány, porovnáním jsou zjištěny podobnosti a rozdíly, a také jsou kladeny otázky o jevech údají reprezentovaných.“ Dochází tedy k postupnému třídění získaných pojmů, jejich organizaci a k případnému doplňování dalších témat v průběhu následující analýzy. Právě během tohoto procesu bývají zvažovány a zkoumány naše i cizí domněnky o zkoumaném jevu, což může vést k novým objevům. Za velmi důležité pokládáme, aby byla v každém případě respektována výzkumná otázka a stanovený cíl.

Obsahová analýza (školního) dokumentu

Obsahová analýza se zaměřuje na věcnou charakteristiku, tedy na obsah dokumentu či jeho částí. V širším kontextu patří k výzkumným metodám využívaným

v kvantitativním i kvalitativním výzkumu v humanitních a sociálních vědách. Takové dokumenty mohou tvořit jediný datový podklad daného výzkumu či studie nebo doplňují data, jako v tomto případě, získaná pozorováním či rozhovory. Jak uvádí ve své publikaci Hendl (2008, s. 130): „rozmanitost dokumentů znamená první výhodu této strategie zkoumání“. Otevírá totiž přístup k informacím, které by byly jiným způsobem velmi těžko dosažitelné. Cílem obsahové analýzy je původnímu textu porozumět, co nejrychleji a nejpřesněji proniknout k jeho podstatě, zkrátit ho a vybrat z něj potřebné informace. Při analýze dokumentů se obvykle postupuje podobně jako při analýze rozhovorů nebo záznamů pozorování. Navrhne se kategorizační systém (viz níže) a postupně se vyhledávají výskyty představitelů dané kategorie.

Analýza dokumentů může být jednoduchou metodou použitelnou ve školním prostředí samotnými pedagogy. Ve školním prostředí je možné provádět např. analýzu školní dokumentace (žákovská knížka, třídní kniha, záznamy z výchovných komisí, záznamy četnosti výskytu rizikového chování a zkoumání běžných záznamů jako kupříkladu slohové práce žáků na témata, která byla součástí preventivního programu atd.). Z těchto dokumentů lze **zjistit výskyt daného rizikového chování**, prospěch dětí, docházku do školy, agresivní projevy žáků atd. Data získaná analýzou dokumentů mohou vést pedagoga k potřebě realizovat či zajistit pro dané třídy preventivní program. Opakovaným sledováním dokumentace je možné získat informace o účinnosti dané intervence (např. zda se snížil výskyt rizikového chování, zlepšila docházka, prospěch žáka apod.).

Dle Miovského (2006, str. 103) a Hendla (2008, s. 130) je vhodné při aplikaci analýzy dokumentů využít následujících kroků:

1. Jasně formulovat problém, cíle a výzkumné otázky (viz hlavní výzkumná otázka a dílčí tazatelské výzkumné otázky).

Zjištění, zda jsou minimální preventivní programy škol na Královédvorskú, v rámci prevence poruch příjmu potravy a celkové podpory zdravého životního stylu žáků dostačující, či nikoliv.

Výzkumné cíle obsahové analýzy:

- Analyzovat **strukturu MPP** vybraných základních a středních škol.
- Zjistit, jak jsou jednotlivé MPP **tematicky zaměřené**. Pozornost bude věnována problematice PPP a zdravému životnímu stylu.

- U vybraných ZŠ a SŠ analyzovat, jaké **formy realizace prevence PPP** převažují.
- Uvést, se kterými **vnitřními a vnějšími zdroji** jednotlivé školy spolupracují.
- Analyzovat užívanou **terminologii v MPP** škol.
- Zjistit, jaké **zdroje** byly při tvorbě MPP využívány.

2. Definovat, co jsou naše zdroje. Jaké dokumenty analyzujeme.

Minimální preventivní programy základních a středních škol z oblasti Královédvorská.

3. Shromáždění dokumentů a jejich revize.

4. Kritika pramenů.

5. Analýza a interpretace dokumentů ve smyslu formulovaného problému a otázek.

V dokumentech bude věnována pozornost následujícím **kategoriím**:

- **Struktura**
→ kvalitně strukturovaný x průměrně strukturovaný x nestrukturovaný.
- **Tematická zaměřenost**
→ orientace na prevenci poruch příjmu potravy a celkovou podporu zdravého životního stylu ve školním prostředí.
- **Formy realizace prevence**
→ v běžné výuce či dlouhodobé, jednorázové, volnočasové, tematické preventivní aktivity apod.
- **Spolupráce - vnitřní a vnější zdroje**
→ spolupráce v rámci školního poradenského pracoviště, kooperace s rodiči žáků, s neziskovými organizacemi, odborníky, bezpečnostními složkami, lékaři aj.
- **Terminologie**
→ nadužívání odborných pojmů, srozumitelnost využívaných termínů.
- **Zdroje legislativy, literatury, internetu.**

6. Zpětná reflexe a kontrola.

7. Návrh a realizace závěrečné zprávy, resp. shrnutí výsledků výzkumného šetření.

4.6 Způsoby získávání dat

Průběh celého rozhovoru byl nahráván na záznamník. Právě zvukový záznam fáze získávání dat představuje pro tazatele během výzkumného šetření velikou podporu a pomoc, neboť si nemusí zaznamenávat obsah celého rozhovoru. Může si však dělat poznámky výhradně pro své potřeby, zapisovat si například určité poznatky a zajímavosti, které zaznamenal v průběhu nahrávání.

Takový záznam je i zcela nestranný, jelikož na něm uslyšíme vše tak, jak se to skutečně odehrálo. Včetně veškerých kvalit mluveného slova, tedy síly hlasu, délky pomlky a různých doprovodných zvuků. Právě tyto kvality nám záznam psaný ručně nenabídne. (Miovský, 2006)

Před samotným rozhovorem byly respondentky požádány o podepsání *Informovaného souhlasu s rozhovorem a jeho užitím*, resp. s přepsáním do textové podoby a následným kódováním. Svým podpisem tak udělily souhlas s nahráváním rozhovoru na záznamové zařízení. V samotném souhlasu je také uvedeno, že nahrávání může být na žádost respondenta kdykoliv přerušeno, ani jedna z respondentek však tuto možnost nevyužila. Respondentky byly také ujištěny, že nahrávka nebude nikde zveřejněna, stejně tak jako jejich jméno a potenciálně identifikující údaje.

V rámci výzkumného šetření byly respondentky, resp. ŠMP, požádány, zda by bylo možné nahlédnout do preventivního programu školy, aby mohlo dojít k realizaci obsahové analýzy těchto školních dokumentů. Jelikož pouze dvě školy měly tento dokument uveřejněn na svých webových stránkách, bylo nutné zažádat ostatní respondentky o jeho zaslání.

4.7 Charakteristika zkoumaných základních a středních škol

Zkoumané školy byly do výzkumu vybírány na základě požadovaných charakteristik. Základními parametry pro výběr škol bylo umístění v regionu Královédvorskou a druh školy podle poskytovaného vzdělávání, kdy byly preferovány školy základní a střední (gymnázia, střední odborné školy či střední odborná učiliště).

Aby byla dodržena anonymita jednotlivých škol, uvádíme jejich stručnou charakteristiku v přehledné tabulce (viz Tabulka č. 1). Lze v ní snadno dohledat, v jaké části města je škola umístěna či zda se nachází na venkově, tedy v okolí Dvora Králové nad Labem. Dále v tabulce pro přehled předkládáme, kolik žáků a pedagogů danou školu navštěvuje. Bylo také zjišťováno, zda mají školy vlastní jídelnu, tělocvičnu

a venkovní hřiště, a to zejména z důvodu rozpoznání, jaké protektivní podmínky, které potencionálně mohou podporovat zdravý životní styl žáků, škola poskytuje. Zohledněno bylo také zapojení školy do programu Škola podporující zdraví a zahrnutí předmětu výchova ke zdraví do ŠVP.

Tabulka č. 1: Charakteristika jednotlivých základních a středních škol

	ZŠ 1	ZŠ 2	ZŠ 3	ZŠ 4	SŠ 1	SŠ 2
Umístění	centrum města	venkov	okrajová část města	obě budovy blízko centra města	centrum města	blízko centra města
Počet žáků/ pedagogů	75/25	150/15	326/29	810/50	268/30	418/35
Vlastní školní jídelna	NE, žáci dochází do jídelny jiné školy	ANO	ANO, ale jedná se spíše o výdejnu, obědy se vozí	ANO	NE, žáci dochází do jídelny jiné školy	ANO
Tělocvična	ANO	ANO	ANO, i s horolezeckou stěnou	ANO	ANO	ANO
Venkovní hřiště	NE, navštěvují blízký městský stadion	ANO	NE vlastní, v okolí se však nachází	ANO	ANO, poblíž i městský a zimní stadion	ANO, i na plážový volejbal
Výchova ke zdraví	ANO	součástí jiných předmětů - OV, RV, PŘ, TV	ANO	součástí jiných předmětů - OV, PŘ, TV	součástí jiných předmětů - OV, ZSV, PSY, BIO, TV	součástí jiných předmětů - ZSV, CHE, PSY
Preventivní program ŠPZ	ANO	NE	ANO	NE	NE	NE

4.8 Výsledky výzkumného šetření

V této podkapitole nalezneme výsledky výzkumného šetření, které byly získány prostřednictvím otevřeného kódování polostrukturovaných rozhovorů se šesti respondenty, resp. se zástupci zkoumaných škol. Dále uvádíme výsledky obsahové analýzy školních preventivních programů čtyř základních a dvou středních škol umístěných v oblasti Královédvorská. Součástí této kapitoly je i souhrn doporučení pro praxi, který vyplývá z výsledků výzkumného šetření.

Výsledky kódování rozhovorů se ŠMP jednotlivých zkoumaných škol

Na základě otevřeného kódování šesti provedených rozhovorů bylo vytvořeno celkem šest kategorií, což odpovídá počtu dílčích výzkumných otázek. Ke každé otázce je sepsáno shrnutí zjištěných poznatků, které se k ní váží a vychází též z rozhovorů všech respondentů, resp. školních metodiků prevence vybraných základních a středních škol. Tyto poznatky jsou v textu doplněny o vybrané citace výpovědí respondentů, které se k nim úzce vztahují. V závěru kapitoly se nachází celkové shrnutí výsledků výzkumného šetření, ve kterém najdeme i odpověď na hlavní výzkumnou otázku. Ukázka jednoho z rozhovorů je umístěna v příloze A.

DVO1: Věnují školy dostatečnou pozornost problematice poruch příjmu potravy?

Kategorie č. 1: problematika PPP spíše okrajově

Kódy: nedostatek času

- administrativa
- ve výuce (vychází z RVP)
- v rámci ZŽS
- role rodiny

Z rozhovorů s respondentkami, resp. školními metodičkami prevence zkoumaných základních a středních škol, vyplývá, že se problematice poruch příjmu potravy nevěnují v rámci prevence příliš do hloubky, ale spíše okrajově. Všem respondentkám byla v úvodu rozhovoru položena otázka, zda považují všeobecnou prevenci na školách za dostatečnou. Čtyři z nich odpověděly, že ano, dvě, že nikoliv. Důvodů bylo uvedeno hned několik. Například jedna z respondentek uvedla: „*My jako metodici prevence nemáme snížený úvazek, nemáme tak dostatek času na preventivní činnost.*“ Další se k tomu vyjádřila následovně: „*Jsmo učitelé, učitelky a máme plný*

úvazek, takže kolikrát se na ty preventivní programy ani nedostane a musíme zkoumat, jestli ty programy fakt stojí za to, zda rozvíjí děti, ale i učitele.“ Dokonce respondentka ZŠ 2 uvedla, že: *„Jsem zavalena prací, mám náročně předměty, takže abych cíleně dělala nějakou prevenci, na to nemám často čas ani síly.*“ Lze tedy usuzovat, že časová vytíženost ŠMP má značný dopad na jejich preventivní práci. Nadměrná administrativa též zjevně zatěžuje činnost školních metodiků prevence, jelikož ji zmínily čtyři z šesti dotazovaných respondentek. Potvrzuje to i výrok: *„Určitě největší problém, co se objevuje, je administrativa. To se říká tak všeobecně, že nám ztěžuje tu naši preventivní práci.*“ Ve většině dotazovaných škol probíhá hojné množství preventivních programů s různou tematikou, to potvrzuje i odpověď respondentky ZŠ 4: *„Opravdu se snažíme, aby ta prevence byla na nějaké úrovni, aby to byl takový průřez všemi těmi tématy.*“ Zároveň však dodává: *„Ono je ale pak těžký, když tyhle programy zasahují do výuky, učitelé se často zlobí, že jim odpadají hodiny.*“ Respondentka ZŠ 1 se k tomu vyjádřila takto: *„Pokud se ten čas někde najde, programy probíhají místo výuky, tak to je vždy na úkor něčeho jiného.*“

Zatímco tedy všeobecnou, resp. nespecifickou prevenci, zaměřující se na podporu zdravého způsobu života, považuje většina respondentů za dostatečnou, specifickou preventivní činnost, která se cíleně zaměřuje na prevenci vzniku PPP, pokládají spíše za neuspokojivou. Respondentky uváděly, že právě tématu zdravého životního stylu se ve školách věnují, dle jejich názoru, ve vyhovující míře. Podle výpovědí také velmi záleží na tom, jak s tímto tématem pracují jednotliví učitelé, zda vůbec do svého předmětu téma ZŽS zahrnují a v případě, že ano, v jakém rozsahu. U všech respondentek se objevila odpověď, že prevence probíhá zejména ve výuce, která vychází z tematických bloků ŠVP. Problematika poruch příjmu potravy se na zkoumaných základních školách probírá až na 2. stupni, nejčastěji v 7. třídě, což je patrné z výpovědi: *„Poruchy příjmu potravy probíráme více jenom v sedmičkách.*“ V ZŠ 4 projevila děvčata v sedmé třídě zájem o sestavování jídelníčku. Metodička prevence tedy zajistila přednášku od odbornice na výživu. Byla však překvapena, že se žákyň vyptávaly na informace, které by už dávno měly vědět. Jednalo se například o dotaz, co tedy mají snídat, svačit apod. Zároveň respondentka z této školy uvedla: *„Přišlo mi, že tyto základní znalosti opravdu nemají.*“ Vyšlo najevo, že během výuky jsou nejčastěji zmiňovány jednotlivé druhy tohoto duševního onemocnění, včetně jeho následků. Bohužel, pouze jedna ze zkoumaných škol využívá specifické preventivní materiály s tematikou PPP. Žáci se o této problematice dozívají zejména v předmětech

jako je občanská a rodinná výchova, přírodopis, tělesná výchova. Pouze dvě základní školy mají výchovu ke zdraví jako samostatný předmět, ve kterém se spektrum PPP též probírá. Respondentka ZŠ 3 uvedla: „*Nejvíce se tomuto tématu věnujeme právě ve výchově ke zdraví, máme na to vymezených několik hodin a využíváme různé filmy, které jsou určeny přímo pro školy. Mají k tomu moc pěkně udělané metodiky.*“ Z výpovědí respondentek také vyplývá, že školy, které nemají výchovu ke zdraví jako samostatný předmět, nedisponují dostatečným počtem vyučovacích hodin, ve kterých by se učitelé mohli podrobněji věnovat problematice PPP. Na obou středních školách, které se zapojily do výzkumného šetření, probírají toto téma také pouze v průběhu výuky, nejčastěji pak v psychologii a biologii, kdy se učí o trávicí soustavě, látkovém metabolismu a výživě člověka. SŠ 2 dokonce disponuje předmětem příprava pokrmů, v rámci kterého se zabývají zdravým stravováním a narušeným jídelním chováním, tedy PPP. Pouze polovina dotazovaných považuje učebnice, které jsou využívány ve výuce v rámci vybraných předmětů, za dostatečný zdroj informací o stravování, zdravém, vyváženém jídelníčku a problematice poruch příjmu potravy. V těchto školách využívají učebnici *Výchova ke zdravému životnímu stylu*, která je obsahově v souladu se vzdělávací oblastí Člověk a zdraví dle RVP. Velmi zajímavým zjištěním bylo, že většina dotazovaných pokládá za stěžejní působení rodiny. Můžeme tedy potvrdit text z teorie, že největší vliv na stravování, ale i denní režim dítěte má právě rodina, resp. rodinné návyky, jelikož prevence PPP by měla začínat v raném dětském věku, nikoli až v období školní docházky. I dotazovaná ze SŠ 2 toto tvrzení potvrdila: „*Velkou roli hraje v této oblasti především rodina a její návyky. Ta může nejlépe podchytit problémy s jídlom.*“ Z odpovědí také vyplynulo, že ve školním prostředí se většina zaměstnanců, pedagogických i nepedagogických, snaží o to, aby šli žákům příkladem a byli tak pozitivním vzorem v oblastech hygienických a stravovacích návyků, včetně aktivního životního stylu, což považujeme za zásadní, neboť to uvádíme i v teoretické části práce.

DVO2: Odpovídají minimální preventivní programy škol jejich aktuálnímu stavu, jsou pravidelně vyhodnocovány?

Kategorie č. 2: pravidelně vyhodnocovány a aktualizovány

Kódy: odpovídá současnému stavu

upravuje se

každý rok

téma dle potřeby (nová témata)

kolektivní evaluace

U všech respondentek se objevila odpověď, že minimální preventivní program školy odpovídá aktuálnímu stavu, respektuje tedy počet dětí ve škole, sociální strukturu rodin dětí a zejména výskyt rizikového chování, tak jak uvádí v teoretické části Krestová (1998). Například respondentka SŠ 1 během rozhovoru uvedla: „*Preventivní program aktualizujeme a předěláváme každý rok. Každoročně se tedy pročte, co je zastaralé a nefunkční, se vyřadí. Mění se to, doplňuje.*“ Další z respondentek se k tomu vyjádřila následovně: „*Každý rok ho upravujeme na základě zkušeností z loňského roku. Pokud se však vyskytne nějaký akutní problém, tak měníme program dle potřeby a důležitosti.*“ Z rozhovorů tedy vyšlo najevo, že školy pravidelně, ve většině případů jednou ročně, aktualizují MPP školy, resp. kontrolují počet dětí, které školu navštěvují, analyzují problémy, které se ve školním prostředí vyskytují, a věnují jim zvýšenou pozornost. Dále do programu vsunují nová témata a upravují ho dle aktuálních změn v legislativě. Co se týče úprav v legislativě, respondentka ZŠ 3 zmínila: „*Člověk musí na změny reagovat, v rámci legislativy se ale o změnách špatně dozvídáte, protože vám nikdo nepošle výčet těchto změn. Já na to často přijdu náhodou, když si čtu časopis Prevence.*“ Respondentka SŠ 2 též uvedla problém s informovaností o legislativních změnách, které se týkají úprav MPP: „*Dlouho někdy trvá, než se to ke mně dostane.*“ U ostatních respondentů nebyl zaznamenán problém, o veškerých změnách se údajně dozvídají pohotově, nejčastěji od okresního metodika prevence, což potvrzuje i výrok respondentky ZŠ 4: „*Podklady a informace o změnách v legislativě získáváme v rámci pravidelných setkání školních metodiků prevence, okresní metodička nám předává informace o koncepci a aktuálních trendech v prevenci rizikového chování.*“ Aktualizace preventivního programu úzce souvisí s jeho vyhodnocováním. Z většiny výpovědí vyplynulo, že školní preventivní program je vyhodnocován jednou ročně, a to školním poradenským pracovištěm, které tvoří metodik prevence a výchovný poradce. Školní psycholog, který obvykle bývá též členem tohoto týmu, se nachází pouze na jedné ze zkoumaných škol. Hodnocení MPP se ve většině případů účastní i vedení školy, resp. ředitel/ka. V některých školách jsou do procesu evaluace zapojeni i ostatní pedagogičtí pracovníci, což potvrzuje kupříkladu i výrok respondentky ZŠ 1: „*Každoročně rozdávám anonymní evaluační dotazníky všem učitelům. Mohou se tak vyjádřit k tomu, co by třeba chtěli změnit či zaktualizovat.*“ Až na dvě výjimky, kde evaluaci realizuje pouze metodik prevence s výchovným poradcem, je tedy

vyhodnocování účinnosti MPP kolektivní akcí, na které se podílí většina pedagogických pracovníků školy. Nejčastěji probíhá ústní formou, kterou doplňují údaje získané z dotazníků, které měli možnost vyplnit i ostatní pedagogičtí pracovníci. Respondentka ZŠ 4 však zmínila, že dotazníky nevyužívá: „*Nedělali jsme žádné evaluační dotazníky, nejsem si totiž jistá tím, zda bych je uměla správně vyhodnotit.*“ Není stanoveno, že by metodici prevence měli povinnost získávat zpětnou vazbu o efektivnosti školního preventivního programu od ostatních pedagogických pracovníků školy. Považujeme to však za příhodné, jelikož i ostatní pedagogové se významně podílí na prevenci sociálně nežádoucího chování žáků ve školním prostředí, i proto je velmi důležitá jejich spolupráce se školním metodikem prevence.

Zda skutečně MPP zkoumaných škol odpovídají aktuálnímu stavu, bylo zjišťováno prostřednictvím obsahové analýzy tohoto školního dokumentu. Výsledky této analýzy jsou uvedeny v textu níže.

DVO3: Které vnitřní a vnější zdroje školy v rámci prevence využívají?

Kategorie č. 3: zejména ŠPP a okresní metodik prevence

Kódy: školní poradenský tým

potřeba školního psychologa

zapojování třídních učitelů

okresní metodik

rodiče

Z rozhovorů lze tvrdit, že na všech zkoumaných základních i středních školách funguje školní poradenské pracoviště, které v prostorách školy zajišťuje základní úroveň poradenského systému. Pokud bychom nahlédli do textu výše, dočetli bychom se, že jde (dle Skácelové, 2007) o tým pedagogických pracovníků tvořený výchovným poradcem, školním metodikem prevence, školním psychologem, popřípadě i školním speciálním pedagogem. Ve vybraných školách však tento tým tvoří pouze výchovný metodik a školní metodik prevence, popřípadě vedení školy. Jak již bylo zmíněno, pouze v jedné ze šesti škol mají „svého“ školního psychologa. Respondentka z této školy uvedla: „*Ano, tady je výhoda, že máme paní psycholožku. Věnuje se žákům v průběhu toho, co my učíme. To je její náplň práce.*“ Další tři školy spolupracují s externím školním psychologem, který do škol pravidelně dojíždí. Respondentka ZŠ 3 se vyjádřila následovně: „*Využíváme školní psycholožku, ne teda přímo naši, ale*

dochází k nám z městského úřadu. Pracuje i pro jiné školy, ale když mám problém a už si s ním nevím rady, tak se s ní radíme.“ Další z dotazovaných uvedla: „Paní psychologka, která k nám chodí, vždy uklidní i mě, nepracuje jen s dětmi. Vždy nás podpoří, že jsme neudělali nic špatně, že to v daném věku děti prostě dělají.“ Z tohoto výroku je patrné, že školní psycholog má ve školním prostředí opravdu velmi důležitou roli, neboť se věnuje nejen samotným žákům, ale i členům pedagogického sboru. I respondentka SŠ 2 zmínila potřebnost školního psychologa: „Pan psycholog se na naší škole zaměřuje především na stmelování třídních kolektivů, často poskytuje i individuální konzultace pro žáky a rodiče.“ Respondentka SŠ 1 dokonce hned v úvodu rozhovoru pronesla: „Každá větší škola by měla mít svého psychologa. Vidím, co se děje, dokážu to i pojmenovat, ale psycholog už by přímo jednal a řešil daný problém, individuálně.“ Z výpovědi respondentky ZŠ 4 také vyšlo najevo, že důvodem, proč školy nemají svého školního psychologa, může být nedostatek finančních prostředků na pokrytí této pracovní pozice. Jako podstatné se jeví zmínit, že pouze v jedné ze šesti zkoumaných škol se vyskytuje školní speciální pedagog. Jde o tu stejnou školu, která má jako jediná i vlastního školního psychologa. Dále respondentky uváděly, v rámci vnitřní spolupráce, důležitost kooperace s třídními učiteli, kteří každý den mapují situaci ve své třídě a řeší potřebné záležitosti se svými žáky. V případě, že se vyskytne nějaký problém, obrací se třídní učitelé na členy školního poradenského pracoviště. Je to patrné i z odpovědi respondentky ze ZŠ 1: „Snažím se často komunikovat s třídními učiteli, protože ti s dětmi tráví nejvíce času, tak vědí nejlépe, co je potřeba. A já s tím pak můžu pracovat.“

V rámci vnější spolupráce školy nejvíce kooperují s okresním metodikem prevence. Výpověď respondentky ZŠ 2: „Okresní metodik například hlídá aktuálnost našich preventivních programů a kontroluje, zda naplňujeme vše, co bychom naplňovat měli.“ Další uvádí: „Máme pravidelné schůzky (dvě až tři setkání za rok), na kterých pokaždé obdržíme různé metodiky, kontakty na organizace zabezpečující preventivní programy a jiné odborníky, návrhy na projektové dny, besedy apod.“ Všechny zkoumané školy, základní i střední, spolupracují také s rodiči žáků, a to zejména v případě, když je potřeba řešit problém týkající se žáka nebo když nastane určitá vyhraněná situace. Potvrzuje to i výrok jedné z respondentek: „S rodiči určitě komunikujeme, docela často je zveme i přímo do školy.“ Dále všechny školy kooperují s okresní pedagogicko-psychologickou poradnou, Policií ČR, Hasičským záchranným sborem ČR atd.

Veškeré vnitřní i vnější spolupráce, které probíhají v rámci školní prevence, byly zjišťovány také podrobnou analýzou školních preventivních programů, jejichž výsledky se nachází v textu níže.

DVO4: Jaké aktivity v rámci prevence PPP školy/metodici prevence realizují?

Kategorie č. 4: jednorázové aktivity zasahující do výuky

Kódy: přednášky, besedy

výuka

preventivní dny

volnočasové aktivity

finanční náročnost

Z rozhovorů plyne, že na všech zkoumaných školách převažují jednorázové preventivní aktivity, které se zaměřují na předcházení poruchám příjmu potravy. Potvrzuje to i odpověď jedné z respondentek: „*Dlouhodobé aktivity se v rámci tohoto tématu tolik neobjevují, spíše ty jednorázové, ty se často opakují.*“ Zařazeny jsou nejčastěji besedy nebo přednášky s externími odborníky. Ve většině případů se jedná o specialisty na výživu či například studenty zdravotnických škol, kteří si pro žáky připraví přednášku o vlivu nezdravého stravování na člověka, i s ukázkami, kolik kostek cukru se nachází kupříkladu v oblíbených slazených nápojích, sladkostech apod. Jak se již ukázalo v textu výše, problematika narušeného jídelního chování se nejčastěji objevuje v běžné výuce, neboť je součástí RVP v oblasti prevence rizikového chování. Ve vybraných předmětech se žáci dozvídají o PPP, základech zdravého stravování a v rámci praktických činností si připravují zdravé pokrmy. Ve školách, kde neprobíhá výuka praktických činností v podobě přípravy pokrmů, mají žáci možnost účastnit se zájmových kroužků zaměřených na vaření, kde se též zabývají přípravou nutričně vyváženého jídla. Jak vyplývá z teoretické části práce (Mužík, 2007), zejména v období dospívání potřebují žáci stravu velmi pestrou, bohatou na vitaminy, minerální látky a plnohodnotné bílkoviny, proto se jeví jako nezbytně nutné předkládat žákům zásady zdravého stravování, což lze považovat i za velmi významnou součást prevence PPP. V odpovědích respondentek byly zmiňovány i preventivní dny, které se především zaměřují na celkovou podporu zdravého způsobu života. Jelikož tyto akce značně zasahují do běžné výuky, vyšlo najevo, že je od nich spíše upouštěno. Respondentka ZŠ 3 uvedla: „*Kdysi jsme chystali i různé preventivní dny, ale ukázalo se, že těch dnů je již*

tolik, že se na problematiku PPP a celkově zdravý životní styl zaměříme spíše v běžné výuce.“

Na všech základních i středních školách, které se zapojily do výzkumného šetření, probíhají volnočasové aktivity, nejčastěji ve formě kroužků (vaření, pohybové aktivity) a sportovních akcí, které jistě mohou v určité míře napomoci předcházet narušenému vztahu k jídlu a podporovat žáky ke zdravému způsobu života. Polovina zkoumaných škol pravidelně využívá preventivní programy, které jsou zajišťovány organizacemi z vnějšku. Například jedna z respondentek uvedla: *„Čtyřikrát až pětkrát do roka do školy dojíždí organizace zajišťující preventivní programy na vybraná témata. Jsou schopni připravit jakékoliv téma, včetně PPP.“* V jedné ze základních škol však tyto preventivní programy probíhají spíše z povinnosti, což lze usuzovat z výroku: *„Občas si objednáme nějaký ten preventivní program, ale je to spíš tak, abychom si to mohli odfajfkovat, ale efekt to nemá vůbec žádný.“* V zápětí respondentka dodává: *„Akorát to stojí většinou hodně peněz, objednáváme tedy spíše to, co je zadarmo.“* I z výpovědi ostatních respondentů vyplynulo, že objednané preventivní programy jsou finančně náročné a škola si je mnohdy nemůže dovolit. Respondentka SŠ 2 zmínila: *„Taky samozřejmě záleží, jestli je to placený program, v tom případě musíme zkonzultovat, zda nám na něj škola dá peníze.“* Školy, které nemají dostatek finančních prostředků, využívají nabídku preventivních programů, které poskytuje okresní pedagogicko-psychologická poradna, resp. okresní metodik prevence, neboť jsou zdarma. Respondentka ZŠ 4 se k tomu vyjádřila takto: *„Udělám vždy takovou objednávku, co bych si představovala pro ty jednotlivé ročníky a poté s paní okresní metodičkou hledáme termíny, kdy by se akce uskutečnila, vždy to nějak vymyslíme.“* Základní a střední školy, které se nachází v regionu Královédvorskou, tedy mají možnost zajišťovat preventivní programy i s tematikou PPP, aniž by pro školu byly finančně příliš nákladné. Problémy však nemusí být pouze v nedostatku financí, nýbrž i v celkové časové dotaci, jelikož téměř všechny preventivní programy zasahují do výuky, což se příliš nezamlouvá učitelům, kteří přicházejí o vyučovací hodiny a musí tak často probíranou látku dohánět. Potvrdila to i jedna z respondentek: *„Zabere to spoustu času, pak se učitelé zlobí i na mě, že přišli o matiku, fyziku...“*

Preventivní aktivity, které školy během školního roku uskutečňují, byly rozpoznávány i v rámci doplňující obsahové analýzy MPP jednotlivých škol. Více níže.

DVO5: Podporují školy zdravý životní styl svých žáků?

Kategorie č. 5: usilují o ZZS žáků, mnohé neovlivní

Kódy: učitelé příkladem

tělesná výchova

školní stravování

výchova ke zdraví

podpora zdravé výživy

Respondentky během rozhovorů uváděly, že naprostá většina členů pedagogického sboru se snaží jít žákům příkladem a zároveň je vést ke zdravému životnímu stylu. Vyplývá to například z následující výpovědi: „*Myslím si, že mezi námi není nikdo, kdo by byl příliš obézní. Jezdíme na kolech, hýbeme se, vybíráme si zdravější varianty jídel... zkrátka žijeme zdravě a snažíme se být pro žáky jakýmsi vzorem.*“ Vyšlo také najevo, že se jednotlivé školy zaměřují především na podporu pohybových činností a zdravé stravování. Respondentka ZŠ 3 se zmínila: „*Řešíme především stravování žáků, jsou také vedeni k přirozenému pohybu.*“ Během rozhovorů byla vyzdvihována zejména tělesná výchova, v rámci které jsou žáci podněcováni k pohybové aktivitě, což je patrné například z výpovědi respondentky ZŠ 1: „*Během TV se žáci učí, jak se zdravě pohybovat, tak aby si neublížili při cvičení.*“ Respondentka SŠ 1 dokonce provedla výzkum pomocí dotazníku, ve kterém zjišťovala, jak jsou na tom žáci s pohybovou aktivitou. Uvedla: „*Vyšlo najevo, že 60 % dětí pravidelně cvičí, což považuji za celkem příznivý výsledek.*“ Naopak respondentka druhé zkoumané střední školy vidí situaci jinak: „*Pořád tady máme mnoho žáků, které k pohybu prostě nepřinutíme. Když se někam jede třeba na kole, tak mají omluvenku od rodičů.*“ I respondentka ZŠ 2 vypověděla: „*Děti k pohybu vedeme, ale rodiče nás v tom ne vždy podpoří.*“ Problém s častými omluvenkami od rodičů zmínila polovina z dotazovaných škol. Z čehož můžeme usoudit, že ačkoliv se školy snaží přispívat k pohybové aktivitě svých žáků, ať výukou tělesné výchovy či mimo ni, nejsou mnohdy podporovány ze strany rodičů. Směřování žáků k zvládnutí náročných životních situací, resp. duševní hygieně, která též velmi významně napomáhá ke zdravému způsobu života, respondentky příliš nezmiňovaly. Pouze v jednom případě respondentka ZŠ 4 uvedla: „*Co se týká zvládnutí obtížných životních situací, to žáci probírají především ve výchově ke zdraví, ve které je zahrnuto přímo téma zvládnutí stresových situací.*“

Všechny respondentky byly dotazovány, zda vnímají, že je školní stravování v oblibě či nikoliv. Odpovědi si byly velmi podobné: „*Někdy jsou spokojeni a někdy zase ne. Když je třeba čočka nebo ryba, tak moc nadšení nejsou, protože na to nejsou z domova zvyklí.*“ Další z respondentek odpověděla: „*Jsou tady samozřejmě tací, kteří se ofrňují a chodí do jídelny s tím, co zas bude za blaf.*“ Pro příklad uvádíme i výpověď dotazované ze střední školy: „*Někteří teda umí remcat, ale to tak asi vždycky bude.*“ Z odpovědí lze usuzovat, že nejspíše nelze zajistit stoprocentní spokojenost žáků, co se týče jídel ve školních jídelnách, přece jen každý člověk preferuje jiné pokrmy, ale velkou roli hrají jistojistě i stravovací návyky, které žáci pochytili od svých rodičů. Vyplývá to i z následující odpovědi jedné z respondentek: „*Je to opravdu o tom, jak jsou naučení z domova, to my tady moc nezměníme. My si tady můžeme vykládat o zdravých svačinkách, ale oni pak druhý den stejně přijdou s kolou a pytlíkem brambůrků...*“ Je důležité zmínit, že ačkoliv pouze polovina ze zkoumaných základních a středních škol má svou vlastní jídelnu, i ty které ji nemají, využívají jídelnu jiné školy ve městě, či se jídlo do školy dováží. Vyšlo najevo, že čím jsou děti starší, tím přibývá žáků, kteří jídelnu nenavštěvují, zejména na druhém stupni. Možný důvod uvedla respondentka ZŠ 1: „*U těch starších dětí už to hodně nechávají rodiče na nich, nevyberou si ze dvou jídel a často si jdou radši do města koupit pizzu.*“ Dalším důvodem může být i fakt, že většina žáků prvního stupně základní školy navštěvuje jídelnu se školní družinou, na stupni druhém už do jídelny chodí žáci sami. Na středních školách je situace velmi podobná, neboť žáci jsou již samostatní a volba, kde a jak se budou stravovat, je pouze na nich. Přesto respondentka SŠ 1 zmínila: „*Jídelnu navštěvuje zhruba 80 % žáků. Zbytek chodí do města na pizzu a tak podobně.*“

Významným pomocníkem podpory zdraví ve školním prostředí je především výchova ke zdraví, která byla představena v teoretické části práce. Pouze dvě ze šesti zkoumaných škol disponují výchovou ke zdraví jako samostatným předmětem. Není náhodou, že tyto dvě základní školy jsou zároveň zapojeny do programu Škola podporující zdraví, neboť dle požadavků WHO, formulovaných v tomto programu, by měla být výchova ke zdraví, správné výživě a zdravému životnímu obsažena v ŠVP. Ostatní školy, které nejsou zapojeny do programu ŠPZ, ji mají obsaženou v rámci jiných oblastí a předmětů (viz tabulka č. 1 výše v textu). Respondentka ZŠ 3 popsala výuku tohoto předmětu následovně: „*Výchova ke zdraví probíhá v 6. a 7. třídě. Zatímco v šestce je to vedeno spíše tím pozitivním způsobem, mluvíme o benefitech zdravého životního stylu, ve třídě sedmé probíráme i ty stinné stránky, tam se bavíme právě*

*o poruchách příjmu potravy, drogách, ... co s tím a na koho se obrátit.“ Zároveň respondentka představila, jak na jejich škole probíhá program ŠPZ: „Prolíná se to do všech oblastí, prostředí ve škole, bezpečnost na chodbách, aktivní využití přestávek... základ tedy není jen v předmětech, ale i v těch aktivitách.“ Školy se v rámci zdravého životního stylu nezabývají jen tím, že podporují žáky ve zdravém stravování a přirozeném pohybu, důležité jsou i vzájemné vztahy, což vyplývá z výpovědi respondentky ze školy, která je též zapojená do programu: „Odkazujeme děti i na jejich prarodiče, samozřejmě i rodiče, kteří jim mají ze svých zkušeností co předat.“ Tato škola je také zapojena do projektu Rodiče vítáni, který usiluje o spolupráci a partnerskou komunikaci škol a rodičů. Což je jistě prospěšné oběma stranám. Respondentka ze školy, která se neúčastní programu ŠPZ, během rozhovoru zmínila: „Jednou jsem obdržela nabídku na tento program, vypadalo to docela hezky, ale asi s tím je taky kupa práce. Jsme velká škola, takže si úplně nedokážu představit, jak bychom to zvládli.“ Nepochybně je důležité zvážit zapojení školy do tohoto programu, pokud totiž škola nepojme tento preventivní program jako svoji komplexní strategii, jeho dosah a celková účinnost se zaručeně výrazně oslabí. Všechny zkoumané základní i střední školy se účastní různých preventivních akcí a specializovaných preventivních programů, kterými též přispívají ke zdravému životnímu stylu žáků. Nejčastěji respondentky zmiňovaly celorepublikové projekty *Ovoce a zelenina do škol* a *Mléko do škol*, které mají podporovat zdravou výživu žáků a zvýšenou spotřebu ovoce, zeleniny, mléka a mléčných výrobků. Respondentky se však shodly ve výpovědích a uváděly, že žáci si těchto produktů příliš neváží. Výrok jedné z respondentek to potvrzuje: „Jakmile jsou mandarinky, tak je pak nacházíme rozmačkané po všech koutech školy. Jsou však i tací, kteří si to ani neodeberou, což je možná lepší varianta, než aby s tím šeredili.“ Z odpovědí též vyplynulo, že se žákům snaží domluvit, ale ne vždy to zabere. V jedné ze zkoumaných středních škol tyto projekty zrušili, respondentka to okomentovala slovy: „Neujalo se to a pak to i ztroskotalo, protože nám sem začali vozit prošlé mléko. Třeba to byl omyl, ale to se prostě nemůže stát.“ Je tedy otázkou, zda jsou tyto projekty opravdu účinné a napomáhají k lepšímu stravování žáků.*

DVO6: Jakým způsobem školy předchází nevhodným poznámkám mezi žáky, které mohou působit na jejich sebevědomí?

Kategorie č. 6: sledují klima tříd a naslouchají

Kódy: výjimečně se objevují

umí být krutí
diagnostika tříd
třídní učitelé
výhoda malých škol

Z odpovědí respondentek lze usuzovat, že na zkoumaných základních školách se s nevhodnými poznámkami na účet jiných, kteří jsou např. výrazně obézní nebo naopak hubení, setkávají pouze ojediněle. Jen respondentka ZŠ 4 zmínila, že: „*Člověk je občas svědkem toho, že si občas dělají srandu z těch, co jsou takoví trochu kulatější. Taky jsem nedávno poslouchala žákyně, které se navzájem porovnávaly. Prostě si v pubertě hodně všimají toho, jak vypadají.*“ Tato odpověď potvrzuje text uvedený v teoretické části, že dospívající začínají výrazně vnímat souvislost vzhledu s tělesnou hmotností. Ačkoliv se na vybraných školách neshledávají s nevhodnými poznámkami na vzhled, vyšlo najevo, že žáci na sebe umí být velmi zlí. Patrné je to například z odpovědi respondentky ZŠ 3: „*Spíš se setkáváme s tím, že když je kluk třeba slušný, tak mají děti narážky, že je gay.*“ Poznámky tohoto typu mohou nepochybně také narušit sebevědomí žáka. Zajímavým poznatkem bylo, že na obou středních školách se pedagogové nesetkávají s nevhodnými poznámkami žáků na účet jiných. Respondentka SŠ 2 uvedla: „*Starají se o jiné věci, než jak kdo vypadá, koho kdo štve... Nemůžeme si tu nikdo stěžovat.*“ Respondentky byly v průběhu rozhovoru dotazovány, zda jsou ve škole využívány diagnostické metody, které měří klima třídy či celé školy. Těmito metodami lze mj. rozpoznat vztahy a kvalitu interakcí mezi žáky navzájem, ale i žáky a učiteli, identifikovat konflikty mezi žáky atd. Ze všech výpovědí vyplynulo, že na školách, ve většině případů i pravidelně, diagnostikují klima tříd, případně celé školy. Diagnostika však probíhá především u tříd, které se jeví jako problémové. Využívané bývají nejčastěji různé dotazníky či testy, které žákům předkládá buď sám metodik prevence či školní psycholog. Respondentka ZŠ 1 vypověděla: „*Pokud se objeví nějaký problém, zavčas se řeší i v rámci třídnických hodin.*“ Žáci, kteří chtějí ve školním prostředí řešit svůj osobní problém, se dle odpovědí respondentek, nejčastěji obrací na své třídní učitele, případně na školního metodika prevence. Na základní škole, kde funguje školní psycholog, se žáci obrací přímo na něj. Respondentka z této školy řekla: „*Děti se za paní psycholožkou naučily chodit. Když mají problém, vědí, že za ní mohou jít prakticky kdykoliv.*“ V každé ze zkoumaných škol se nachází schránka důvěry. Pouze ve dvou z nich je však využívána. Respondentka ze základní školy, kde se schránka využívá,

během rozhovoru vypověděla: „*Schránku máme, žáci ji využívají. Vedu si podrobné záznamy, které zprávy se v ní objevily, vždy se na ně snažím pohotově reagovat.*“ Vyšlo však najevo, že žáci nepotřebují řešit problémy spojené s tělesnou váhou či s narážkami na vzhled od ostatních žáků, ale spíše vyhledávají pomoc kvůli vztahově - rodinným problémům. Mají potřebu se svěřit, poradit se o tom, co se děje v jejich rodinném prostředí. Bylo zajímavé zjištění, že dvě respondentky (ZŠ 2 a SŠ1) se shodly v názoru, že vnímají malou školu, resp. školu s nižším počtem žáků, jako velkou výhodu. Respondentka ze základní školy, která se nachází na venkově, uvedla: „*Dost tady o problémech komunikujeme, i s rodiči, často totiž vidíme i do toho rodinného prostředí.*“

Obsahová analýza minimálních preventivních programů zkoumaných škol

Výsledky jednotlivých obsahových analýz MPP zkoumaných škol jsou pro přehlednost uvedeny v tabulkách. V levém sloupci nalezneme dopředu navržené kategorie, které jsou uvedeny v textu výše a úzce souvisí se stanovenými výzkumnými cíli obsahové analýzy. Právě na tyto kategorie byla během analýzy školních preventivních programů zaměřena pozornost. Ve sloupci pravém poté uvádíme vyhledané výskyty představitelů daných kategorií. Pod každou tabulkou se nachází shrnutí zjištěných poznatků společně s informací, jak byl školní preventivní program získán. Zda byl vyhledán, resp. veřejně prezentován na webových stránkách dané školy či nikoli. Ve shrnutí pod každou tabulkou zároveň uvádíme, které údaje v analyzovaném preventivním programu chyběly. V tomto případě bylo vycházeno z *Doporučené struktury písemného zpracování MPP* (viz Příloha B) tak, jak ji uvádí Slavíková (2011).

Tabulka č. 2: Obsahová analýza preventivního programu ZŠ č. 1

	ZŠ 1
STRUKTURA	Úvod Cíle Úkoly Popis spolupráce s rodiči, městskou policií Témata pro žáky zařazená v rámci výchovně vzdělávacího procesu Plán činností na jednotlivé měsíce (září až červen) Přílohy: Školní smlouva a Podpisový arch pro potřebu třídní smlouvy

TEMATICKÁ ZAMĚŘENOST	všeobecná prevence ve výuce (RVP) cíl „ <i>Rozvoj a podpora zdravého životního stylu</i> “ cíl bezpečnost a ochrana zdraví PPP nejsou zmíněny předpoklad, že PPP jsou zmiňovány ve výuce v rámci výše zmíněného cíle
FORMY REALIZACE PREVENCE	kombinace různých forem preventivních činností obsahuje téměř všechny zejména v běžné výuce celodenní projekty besedy exkurze volnočasové aktivity týden prevence rizikového chování
SPOLUPRÁCE S VNITŘNÍMI A VNĚJŠÍMI ZDROJI	spolupráce s vnějšími zdroji s rodiči a městskou policií OSPOD, RIAPS, lékaři, kurátoři instituce pro volnočasové aktivity spolupráce s vnitřními zdroji s vedením školy, třídními učiteli
TERMINOLOGIE	jasné vymezení termínů pro laickou veřejnost nejsou nadužívány odborné pojmy termín rizikové chování
VYUŽÍVANÉ ZDROJE	nezmíněny žádné zdroje

Preventivní program nebyl nalezen na webových stránkách školy, muselo být tedy zažádáno o jeho zaslání. Dokument obsahuje celkem 9 stran a jeví se jako **průměrně strukturovaný**, jelikož postrádá spoustu důležitých informací. Například popis aktuálního stavu rizikového chování ve škole, resp. zmapování současné situace. Není tedy jasné, zda preventivní program reaguje na aktuální dění ve školním prostředí či nikoli. V MPP dále chybí kontakt na ŠMP a identifikační údaje školy, což považujeme za vážný nedostatek. Stejně tak v dokumentu nenajdeme ani způsoby hodnocení efektivity MPP, což Skalík (in Kalina, 2003), jehož poznatek uvádíme v teoretické části, považuje za klíčové pro zavádění prevence v praxi, v tomto případě ve školním prostředí. Jak lze vyčíst z tabulky výše, dokument se zaměřuje převážně na všeobecnou prevenci, která je obsažena především ve výuce a vychází z RVP. Jedním z cílů je „*Rozvoj a podpora zdravého životního stylu*“ (pitný režim, otužování, sportovní a pohybové aktivity, pobyt venku, jídelníček). Dalším cílem je bezpečnost a ochrana zdraví, což lze také považovat za jeden z faktorů zdravého životního stylu.

PPP nejsou zmíněny, ale je předpokládáno, že se probírají ve výuce v rámci výše zmíněného cíle. MPP **obsahuje kombinaci různých forem** preventivních činností, zejména v běžné výuce (etická výchova, občanská výchova, tělesná výchova, příprava pokrmů apod.), dále jsou pořádány celodenní projekty (př. Den proti drogám), besedy, exkurze (HZS), volnočasové aktivity - dopravní a ekologická výchova, pobyt v přírodě, pohybové aktivity, týden prevence rizikového chování - Den zdraví, Den sportu apod. Lze tedy usuzovat, že nespécifická a specifická prevence je vyvážená z hlediska četnosti témat a aktivit. V dokumentu lze nalézt podrobně popsanou spolupráci pouze s rodiči a městskou policií. Další spolupráce popsány bez popisu – OSPOD, RIAPS, okresní pedagogicko-psychologická poradna, lékaři, kurátoři (vnější zdroje), spolupráce s vedením školy, třídními učiteli (vnitřní zdroje), ale dokonce i s institucemi zabývajícími se využitím volného času dětí a mládeže apod. Co se týče užívané terminologie, dokument jasně vymezuje termíny, kterým porozumí nejen odborníci, ale i laická veřejnost. V dokumentu nejsou nadužívány odborné pojmy. Bohužel bylo zjištěno, že nejsou zmíněny **žádné zdroje**, ze kterých bylo při tvorbě MPP školy čerpáno.

Tabulka č. 3: Obsahová analýza preventivního programu ZŠ č. 2

	ZŠ 2
STRUKTURA	Charakteristika školy Personální zajištění primární prevence Informační zdroje Analýza "současné" situace Cíle a úkoly (na školní rok 2017/2018!) Témata prevence a stručný popis problematiky Činnosti nutné k dosažení cíle Popis zapojení pedagogů a rodičů Přílohy: Krizový plán školy, Plán proti šikaně, Přehled kontaktů spolupracujících organizací
TEMATICKÁ ZAMĚŘENOST	všeobecná prevence ve výuce (RVP) cíl zlepšení vztahů v třídním kolektivu/šikana kouření/ zdravý životní styl všechna stěžejní témata včetně poruch příjmu potravy
FORMY REALIZACE PREVENCE	kombinace různých forem preventivních činností zejména v běžné výuce dlouhodobé aktivity v podobě projektů jednorázové činnosti přednášky, besedy, exkurze volnočasové a pohybové aktivity

<p style="text-align: center;">SPOLUPRÁCE S VNITŘNÍMI A VNĚJŠÍMI ZDROJI</p>	<p>spolupráce s vnitřními zdroji mezi zaměstnanci (malá škola) spolupráce s vnějšími zdroji se zřizovatelem s okresní a krajskou metodičkou prevence spolupráce s rodiči s HZS, ZS, OSPOD, apod.</p>
<p style="text-align: center;">TERMINOLOGIE</p>	<p>jasné vymezení termínů pro laickou veřejnost nejsou nadužívány odborné pojmy výraz rizikové chování</p>
<p style="text-align: center;">VYUŽÍVANÉ ZDROJE</p>	<p>literatura videotéka internetové stránky schránka legislativa nezmíněna</p>

Školní preventivní program byl celkem snadno dohledán na webových stránkách školy, je tedy **dostupný pro veřejnost**, bohužel jako jeden z mála. Vzápětí po otevření dokumentu byla zjištěna zásadní informace, že se jedná o preventivní program vypracovaný na školní rok 2017/18. Považujeme ho tedy za **neaktuální**, jelikož správně by měl být vyhotoven na aktuální školní rok 2019/20. Tento poznatek týkající se aktuálnosti MPP, se shoduje s tvrzením autorky Krestové (1998) uvedeným v teoretické části, že program musí vycházet z aktuálního stavu školy (respektovat počet dětí, sociální strukturu rodin dětí a zejména výskyt rizikového chování na dané škole). Předpokládáme tedy, že preventivní program školy není pravidelně každý rok vyhodnocován a aktualizován. Samotný dokument má celkem 28 stran a na první pohled se jeví jako **velmi kvalitně strukturovaný**, jelikož obsahuje téměř všechny potřebné údaje. Chybí však jedna velmi podstatná informace, která může velmi úzce souviset s neaktuálností tohoto školního dokumentu. Jedná se o absenci popisu způsobů, kterými škola (pravidelně, resp. jednou ročně) vyhodnocuje efektivitu školního preventivního programu. Tematicky se MPP zaměřuje především na všeobecnou prevenci, která je obsažena zejména ve výuce (RVP). Témata ZŽS a PPP jsou v dokumentu přehledně rozepsána do jednotlivých ročníků, včetně časové dotace a popsaných cílů. Preventivní program **zahrnuje kombinaci různých forem** preventivních činností, především v běžné výuce (rodinná výchova, občanská výchova, tělesná výchova, přírodopis, prvouka apod.). Jsou organizovány i dlouhodobé aktivity v podobě projektů (př. Celoškolní projektový den věnovaný tematice ZŽS), jednorázové v podobě přednášek, besed, exkurzí, ale i například aktivity volnočasové a pohybové -

plavání, bruslení, pěší výlety po okolí apod. V dokumentu lze vyhledat popis spolupráce mezi zaměstnanci celé školy (vnitřní spolupráce). Dále probíhá vnější spolupráce se zřizovatelem, resp. obecním úřadem. Metodická prevence kooperuje s okresní a krajskou metodickou prevence. Škola pořádá akce pro rodiče s dětmi, dochází tedy i ke spolupráci s rodiči (upřednostněn okamžitý telefonický kontakt). Při vážnějších kázeňských problémech jsou rodiče zváni do školy. Nechybí popis spolupráce s HZS, ZS, okresní pedagogicko-psychologickou poradnou, OSPOD apod. Bylo zjištěno, že v dokumentu nejsou nadužívány odborné pojmy, termíny jsou jasně vymezené. Textu tedy snadno porozumí i laická veřejnost. Při tvorbě preventivního programu bylo údajně čerpáno z odborné literatury, webových stránek, podkladů ze schránky důvěry a z informací od okresní metodicky prevence. **Legislativa**, ze které by měl dokument vycházet, bohužel **uvedena není**.

Tabulka č. 4: Obsahová analýza preventivního programu ZŠ č. 3

	ZŠ 3
STRUKTURA	Úvodní strana Charakteristika školy Současný stav školy a stanovení cílů Cílové skupiny Plán aktivit na daný školní rok Systém primární prevence a její začlenění do ŠVP Metody a formy preventivní práce Spolupracující instituce a organizace Evaluace Závěr Přílohy: Krizový plán školy, Program proti šikanování, Strategie předcházení školní neúspěšnosti
TEMATICKÁ ZAMĚŘENOST	všeobecná prevence ve výuce (RVP) i mimo výuku včetně spektra poruch příjmu potravy PPP ve výuce cíl „Chovat se podle zásad ŠPZ“ cíl „Zařadit témata ZŽS napříč předměty“
FORMY REALIZACE PREVENCE	rozmanité metody preventivní práce ve výuce výklad, četba výchova ke zdraví preventivní programy mimo výuku exkurze projekty přednášky celoškolní akce

<p style="text-align: center;">SPOLUPRÁCE S VNITŘNÍMI A VNĚJŠÍMI ZDROJI</p>	<p>spolupráce s vnitřními zdroji s vedením školy školní poradenské pracoviště s třídními učiteli i s vnějšími zdroji s okresní metodičkou prevence s rodiči DDM, knihovna, městská policie, PČR, HZS apod.</p>
<p style="text-align: center;">TERMINOLOGIE</p>	<p>srozumitelné vymezení termínů pro laickou veřejnost nejsou nadužívány odborné pojmy termín rizikové chování</p>
<p style="text-align: center;">VYUŽÍVANÉ ZDROJE</p>	<p>základní legislativa platné dokumenty v oblasti prevence jiné zdroje neuvedeny</p>

Preventivní program nenalezen na webových stránkách školy, muselo být požádáno o jeho zaslání. Dokument obsahuje 20 stran textu a považujeme ho za **velmi kvalitně strukturovaný**, jelikož je aktuální, zahrnuje všechny potřebné informace, včetně použitých zdrojů (zákonů, vyhlášek apod.). Uvedeno je i rozvržení preventivních témat do jednotlivých předmětů. Nechybí ani přesný popis metod preventivních aktivit, krátkodobé i dlouhodobé cíle a seznam spolupracujících subjektů s kontakty (i na dětské lékaře). Velmi kladně hodnotíme i výčet aktivit pro jednotlivé cílové skupiny, tedy konkrétně pro žáky, pedagogický sbor a rodiče. MPP se zaměřuje na všechny typy rizikového chování, včetně spektra poruch příjmu potravy. PPP jsou zařazeny především do výuky. Toto téma vychází i ze vzdělávacích okruhů RVP. Prevenci škola realizuje i mimo výuku, např. v rámci akcí, které škola během celého školního roku pořádá. ZŠ 3 se zapojuje do programu ŠPZ a snaží se, dle uvedeného cíle, *chovat podle jeho zásad*. Také usiluje o *zařazování tématu ZŽS napříč předměty*. MPP **obsahuje rozmanité metody** preventivních činností, které jsou využívány především během výuky. Školní poradenské pracoviště úzce navazuje na výuku především v předmětech výchovného charakteru a v předmětech, ve kterých se začleňují tematické okruhy RVP Lidé kolem nás, Člověk a jeho zdraví, Biologie člověka a Společnost a chemie. Při výuce se využívá zejména výklad, četba moderních učebních materiálů, filmy s následným rozborem pomocí metodik. Dále je v hodinách výchovy ke zdraví používán soubor komiksových preventivních příběhů nadace Volání naděje, preventivní programy z nabídky okresní metodičky prevence, exkurze, práce s výpočetní technikou, práce na projektech, přednášky aj. Nechybí ani pestrá nabídka zájmových kroužků

(např. horolezecký, taneční aerobik a jiné, nejen sportovně zaměřené). Metodik prevence nepůsobí na škole osamoceně, ale v týmové spolupráci s vedením školy a VP, kteří tvoří školní poradenské pracoviště. Dále spolupracuje s třídními učiteli a ostatními pedagogy, kteří začleňují preventivní témata do výuky svých předmětů, toto začlenění následně zapracovávají do ŠVP. Škola také úzce kooperuje s okresní metodičkou prevence, která zajišťuje metodikovi prevence metodické vedení, také s rodiči (i v rámci ŠPZ), DDM, městskou knihovnou, městskou policií, PČR a HZS Královéhradeckého kraje, místním NZDM apod. Veškeré spolupráce i s kontakty jsou v dokumentu vypsány v přehledné tabulce. Co se týče používané terminologie, dokument srozumitelně vymezuje pojmy, kterým porozumí nejen odborníci, ale i neodborná veřejnost. MPP vychází ze **základní legislativy** a platných dokumentů v oblasti prevence (včetně metodických pokynů). Jiné zdroje, ze kterých bylo při tvorbě preventivního programu čerpáno, nejsou uvedeny.

Tabulka č. 5: Obsahová analýza preventivního programu ZŠ č. 4

	ZŠ 4
STRUKTURA	Úvodní strana Obsah Charakteristika školy Školní poradenské pracoviště Krátkodobé a dlouhodobé cíle Prolínání preventivního programu a ŠVP Aktivity pro žáky, pedagog. sbor i rodiče Plán aktivit na školní rok Evaluace Kontaktní adresy Závěr Přílohy: Prevence školní neúspěšnosti, Program proti šikanování, Krizový plán školy
TEMATICKÁ ZAMĚŘENOST	všeobecná prevence ve výuce (RVP) téměř všechny typy rizikového chování nenalezena problematika PPP ani ZŽS
FORMY REALIZACE PREVENCE	kombinace různých forem preventivních činností ve výuce v rámci třídnických hodin volnočasové sportovní akce projektové dny exkurze besedy mimoškolní aktivity

<p style="text-align: center;">SPOLUPRÁCE S VNITŘNÍMI A VNĚJŠÍMI ZDROJI</p>	<p>vnitřní kooperace školní poradenské pracoviště školní psycholog vnější spolupráce s rodiči SPC, SVP s městskou policií, PČR OSPOD, ambulance RIAPS, aj.</p>
<p style="text-align: center;">TERMINOLOGIE</p>	<p>jasné vymezení termínů nejen pro odbornou veřejnost nejsou nadužívány odborné pojmy termín sociálně patologické jevy</p>
<p style="text-align: center;">VYUŽÍVANÉ ZDROJE</p>	<p>základní legislativa platné dokumenty v oblasti prevence jiné zdroje neuvedeny</p>

Škola nemá MPP uveřejněn na svých webových stránkách, bylo tedy požádáno o zaslání tohoto dokumentu. Preventivní program má dohromady 35 stran, i s přílohami. Po analýze byl shledán jako **velmi kvalitně strukturovaný**, neboť obsahuje všechny nutné informace, včetně použitých zdrojů. Nechybí ani popis krátkodobých a dlouhodobých cílů, které se zaměřují nejen na žáky, ale i na pedagogické pracovníky a jejich vzdělání. V preventivním programu je také popsáno, do jakých předmětů prevence zasahuje (v rámci ŠVP) a jakými konkrétními preventivními aktivitami se zabývají žáci, celý pedagogický sbor, včetně ostatních zaměstnanců školy. Nejsou opomenuti ani rodiče žáků. Preventivní program se zaměřuje na téměř všechny typy rizikového chování. Bohužel v MPP **nebyla nalezena problematika PPP** (ani v rámci krizového plánu) či zmínka o směřování žáků ke zdravému životního stylu, který není zmíněn ani v krátkodobých a dlouhodobých cílech. Prevence je realizována hlavně ve výuce (RVP), ale i mimo výuku, např. během sportovního dne, lyžařského výcviku apod. Preventivní program **zahrnuje kombinaci různých forem** preventivních činností. Probíhá například prevence v rámci třídnických hodin, volnočasové sportovní akce (i dlouhodobé - plavání, bruslení na zimním stadionu), jednorázové projektové dny, návštěvy a exkurze na výstavy, do muzeí, knihoven, divadel či firem. Školní metodik organizuje i besedy, např. s Policií ČR, HZS či záchrannou službou apod. Žáci školy mají možnost účastnit se i mimoškolních aktivit. Navštěvují především dům dětí a mládeže, základní uměleckou školu, Sokol aj. Kombinaci více preventivních strategií považuje za velmi důležitou a efektivní i Bém (in Kalina, 2003), kterého uvádíme v teoretické části práce. Vnitřní spolupráce probíhá v rámci školního poradenského

pracoviště, které tvoří výchovní poradci, metodici prevence, školní speciální pedagog a **školní psycholog**. Celkově má škola ve dvou budovách 4 výchovní poradce (zvlášť pro 1. a 2. stupeň) a 2 metodiky prevence. Standardní činnosti poradenských pracovníků školy jsou v preventivním programu přehledně vypsány, včetně konzultačních hodin. Vnější součinnost probíhá s okresní pedagogicko-psychologickou poradnou, SPC, SVP, městskou policií, PČR, OSPODem a ambulancí RIAPS. Škola spolupracuje i rodiči či zákonnými zástupci žáků. Bylo analyzováno, že v dokumentu nejsou nadužívány odborné pojmy, termíny jsou srozumitelně vymezené. Textu tedy snadno porozumí i laická veřejnost. Preventivní program školy **vychází ze základní legislativy** a platných spisů v oblasti prevence (včetně metodických doporučení). Jiné zdroje v MPP nejsou uvedeny.

Tabulka č. 6: Obsahová analýza preventivního programu SŠ č. 1

	SŠ 1
STRUKTURA	Úvodní strana Identifikační údaje školy Charakteristika školy Charakteristika ŠVP Hlavní úkoly primární prevence na škole Základní legislativa a platné dokumenty v oblasti prevence Metody (preventivní) práce Rámcový program v jednotlivých předmětech Metodické, učební materiály a další pomůcky Rozpis akcí v jednotlivých ročnících dle ŠVP Kontakty na odbornou pomoc
TEMATICKÁ ZAMĚŘENOST	všeobecná prevence ve výuce (RVP) všechny typy rizikového chování přidávány "nové a aktuální" problematiky včasná intervence nezdravého životního stylu prevence poruch příjmu potravy cíl: „ <i>Výchova žáků ke zdravému životnímu stylu ...</i> “
FORMY REALIZACE PREVENCE	kombinace různých forem preventivních aktivit výklad besedy s učiteli či pozvanými odborníky diskusní kluby kurzy aktivního sociálního učení poznávací exkurze párová a skupinová práce osvětová a poradenská činnost VP a ŠMP dotazníkové akce sledování žáků

<p style="text-align: center;">SPOLUPRÁCE S VNITŘNÍMI A VNĚJŠÍMI ZDROJI</p>	<p>vnitřní spolupráce mezi zaměstnanci celé školy VP s ŠMP kooperace s vnějšími zdroji s rodiči s okresním metodikem prevence městský úřad, RIAPS psycholog</p>
<p style="text-align: center;">TERMINOLOGIE</p>	<p>srozumitelné vymezení pojmů nejen pro odborníky nejsou nadužívány odborné termíny výraz sociálně patologické jevy</p>
<p style="text-align: center;">VYUŽÍVANÉ ZDROJE</p>	<p>základní legislativa platné dokumenty v oblasti prevence odborná literatura časopisy odborné webové stránky spolupracující odborníci</p>

Preventivní program má střední škola **veřejně prezentován** na svých webových stránkách. Obsahuje celkem 13 stran a pokládáme ho, po provedené obsahové analýze, za **velmi kvalitně strukturovaný**. Je vytvořen na aktuální školní rok (2019/2020), zahrnuje všechny potřebné informace včetně použitých zdrojů (zákonů, vyhlášek apod.) a také uvádí rozvržení preventivních témat do jednotlivých předmětů s přehledným popisem používaných metod. Za nedostatek však považujeme, že dokument neobsahuje popis způsobů hodnocení efektivity školního preventivního programu. Předpokládáme však, že MPP zkoumané školy je efektivní, jelikož splňuje *Zásady efektivity primární prevence*, tak jak je vymezují Nešpor, Csémy a Pernicová (1999) v teoretické části. Tematicky cílí především na všeobecnou prevenci, která je obsažena hlavně ve výuce (RVP), ale je realizována i mimo výuku, například v rámci akcí jednotlivých ročníků (např. sportovně-turistický kurz, tematické exkurze apod.). Dokument se zaměřuje na všechny typy rizikového chování. Navíc jsou průběžně přidávány „nové a aktuální“ problematiky současné mládeže - např. elektronické cigarety, kyberšikana apod. Preventivní program tedy zahrnuje všechna stěžejní témata, **včetně včasné intervence nezdravého životního stylu a prevence PPP**. To potvrzuje i jeden z preventivních cílů, který zní *„Výchova žáků ke zdravému životnímu stylu, k osvojení pozitivního sociálního chování, dospět v harmonickou osobnost.“* Školní preventivní program **obsahuje kombinaci různých forem** preventivních aktivit, zejména v běžné výuce (občanská výchova, základy společenských věd, psychologie, biologie). Dále **vypsány všechny metody preventivní práce**: výklad, besedy s učiteli či pozvanými odborníky,

diskuze, diskusní kluby ve třídách (o současných společenských problémech), filmová a divadelní představení, samostatná práce žáků, adaptační kurzy, kurzy aktivního sociálního učení (př. komunikace, asertivita, autoevaluace), poznávací exkurze - povinné, sportovní soustředění a kurzy - povinné, sportovní vyžití ve škole, párová a skupinová práce ve třídě, individuální přístup k žákům, konzultace, pomoc starších žáků mladším při učení, využívání moderních metod učení, osvětová a poradenská činnost VP a ŠMP (nástěnky, propagační materiály, výstupy v hodinách, působení na žáky), dotazníkové akce, sledování žáků, namátkové kontroly (vzhledem na požívání alkoholu, nikotinismu), osvětová a poradenská činnost odborníků, projektová a grantová činnost aj. Co se týče spolupráce, ta vnitřní probíhá mezi zaměstnanci celé školy, metodik prevence úzce kooperuje s výchovným poradcem (chybí školní psycholog). Vnější spolupráce s rodiči (během třídních schůzek, konzultací), okresní pedagogicko-psychologickou poradnou, dále také s okresním metodikem prevence, městským úřadem, RIAPSem, **psychologem**, pozvanými odborníky, osobnostmi apod. Bylo zjištěno, že v dokumentu nejsou nadužívány odborné pojmy, termíny jsou srozumitelně vymezené. Textu tedy snadno porozumí i neodborná veřejnost. Při tvorbě preventivního programu bylo **čerpáno z legislativy** a platných dokumentů v oblasti prevence. Dále metodik prevence využil odbornou literaturu, webové stránky, časopisy a další dostupné materiály s problematikou rizikového chování. V případě potřeby se ŠMP obrací i na spolupracující odborníky.

Tabulka č. 7: Obsahová analýza preventivního programu SŠ č. 2

	SŠ 2
STRUKTURA	Úvod Řízení a realizace preventivních aktivit Vzdělávání Primární prevence v rámci jednotlivých předmětů Nadstavbové aktivity v rámci školy Aktivity ve spolupráci s externími subjekty Volnočasové činnosti Informování rodičů Spolupráce s institucemi a odborníky Materiální zázemí
TEMATICKÁ ZAMĚŘENOST	všeobecná prevence ve výuce (RVP) nenalezena problematika PPP v předmětech témata zaměřená na zdraví zdravá výživa jako prevence režim dne

<p>FORMY REALIZACE PREVENCE</p>	<p>rozmanité metody preventivní práce situační scénky dotazníky přednášky diskuze exkurze skupinové práce psychosociální techniky mimoškolní aktivity</p>
<p>SPOLUPRÁCE S VNITŘNÍMI A VNĚJŠÍMI ZDROJI</p>	<p>vnitřní spolupráce s výchovným poradcem vedení školy s třídními učiteli kooperace školy s vnějšími zdroji s okresní pedagogicko-psychologickou poradnou PČR, sociální kurátoři s rodiči</p>
<p>TERMINOLOGIE</p>	<p>srozumitelně vymezená pojmenování laická veřejnost nejsou nadužívány odborné pojmy velmi stručný text termín sociálně patologické jevy</p>
<p>VYUŽÍVANÉ ZDROJE</p>	<p>základní legislativa platné dokumenty v oblasti prevence jiné zdroje neuvedeny</p>

Preventivní program druhé zkoumané střední školy nebyl dohledán na webových stránkách, bylo tedy zažádáno o jeho zaslání, aby mohla být následně provedena obsahová analýza. MPP má pouze 6 stran a celkově se oproti ostatním analyzovaným dokumentům jeví jako velmi stručný. Po obsahové analýze byl shledán jako **průměrně strukturovaný**, neboť v dokumentu chybí zásadní informace, a to jméno a kontakt na školního metodika prevence. Lze dohledat na webu školy, nikoliv však v MPP. Stejně tak v dokumentu nenajdeme ani způsoby, jakými je vyhodnocována efektivita tohoto dokumentu, ačkoli se v textu dozvíme, že na konci školního roku bývá jeho účinnost vyhodnocována. Nedočteme se však, jakými metodami. Jak lze vyčíst z tabulky výše, dokument cílí převážně na všeobecnou prevenci, která je zahrnuta především ve výuce a vychází z RVP. **PPP však nejsou zmíněny**, a to ani v přehledu tematických bloků v jednotlivých předmětech a ročnících. V blocích jsou však **uvedena témata zaměřená na zdraví**, konkrétně na zdravou výživu, pitný režim, zásady zdravého způsobu života, režim dne, tělesnou a duševní hygienu, škodlivost návykových látek apod. Lze předpokládat, že jsou PPP zmiňovány v některých předmětech, jako např. v přírodovědě

či rodinné výchově během prezentování tématu zásad zdravé výživy. Pravděpodobně však nebude této problematice věnován dostatečný časový prostor. Preventivní program zahrnuje popis využívaných metod preventivní práce, která probíhá zejména ve výuce. Jedná se o referáty, situační scénky, dotazníky, testy, přednášky, diskuze, skupinové práce, psychosociální techniky aj. Při škole působí i zájmové kroužky různého zaměření. Žáci tedy mají možnost mimoškolních aktivit. Metodik prevence komunikuje v rámci vnitřní spolupráce zejména s výchovným poradcem, vedením školy, ale také s třídními učiteli, kteří též hrají velmi důležitou roli, jelikož monitorují dění ve svých třídách a mohou často jako první zaznamenat potencionální riziko rozvoje určitého problému. Potvrdilo se nám tedy tvrzení od Martanové a okol. (2007) uvedené v teorii výše, že velmi významnou úlohu mají právě třídní učitelé, kteří dennodenně sledují dění ve své třídě a řeší s žáky potřebné záležitosti, a to zejména během třídnických hodin. Co se týče vnější kooperace, škola v dokumentu uvádí pouze spolupráci s rodiči, okresní pedagogicko-psychologickou poradnou, Policií ČR a sociálními kurátory. Výčet vnějších spoluprací se též jeví, oproti ostatním zkoumaným dokumentům, jako dosti stručný. Dokument obsahuje jasně vymezená pojmenování, kterým porozumí nejen odborníci, ale i laická veřejnost. Nejsou nadužívány odborné pojmy. MPP také **vychází ze základní legislativy** a platných dokumentů v oblasti prevence. **Jiné zdroje**, ze kterých metodik prevence při tvorbě preventivního programu čerpal, **nejsou uvedeny**.

Shrnutí

Cílem diplomové práce bylo zjistit, jak probíhá prevence poruch příjmu potravy na základních a středních školách na území Královédvorská. Tento cíl byl spojen s hlavní výzkumnou otázkou. Za pomoci dílčích výzkumných (a tazatelských) otázek byly získávány potřebné informace prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů se školními metodiky vybraných základních a středních škol, dále byla využita doplňková metoda k získání dat v podobě obsahové analýzy minimálních preventivních programů zkoumaných škol.

Díky výsledkům výzkumného šetření bylo možné nahlédnout, jak v jednotlivých školách předchází narušenému jídelnímu chování a jakým způsobem podporují zdravý životní styl svých žáků. V tabulce č. 8, umístěné níže, najdeme shrnutí výsledků kódování rozhovorů. V levém sloupci jsou uvedeny dílčí výzkumné otázky, ve středním vzniklé kategorie, v pravém poté slova či slovní spojení, která se nejčastěji objevovala ve výpovědích respondentek získaných prostřednictvím rozhovoru.

Tabulka č. 8: Shrnutí výsledků kódování rozhovorů

DÍLČÍ VÝZKUMNÉ OTÁZKY	KATEGORIE	KÓDY
1. PROBLEMATIKA PPP	problematika PPP spíše okrajově	nedostatek času administrativa ve výuce v rámci ZŽS role rodiny
2. AKTUÁLNOST A VYHODNOCOVÁNÍ MPP	pravidelně vyhodnocovány a aktualizovány	odpovídá současnému stavu upravuje se každý rok téma dle potřeby kolektivní evaluace
3. VNITŘNÍ A VNĚJŠÍ ZDROJE SPOLUPRÁCE	zejména ŠPP a okresní metodik prevence	školní poradenský tým potřeba školního psychologa zapojování třídních učitelů okresní metodik rodiče
4. POŘÁDANÉ AKTIVITY V RÁMCI PREVENCE PPP	jednorázové aktivity zasahující do výuky	přednášky, besedy výuka preventivní dny volnočasové aktivity finanční náročnost
5. PODPORA ZDRAVÉHO ŽIVOTNÍHO STYLU ŽÁKŮ	školy usilují o ZŽS žáků, mnohé neovlivní	učitelé příkladem tělesná výchova školní stravování výchova ke zdraví podpora zdravé výživy
6. REAKCE ŠKOL NA NEVHODNÉ POZNÁMKY MEZI ŽÁKY	sledují klima tříd a naslouchají	výjimečně se objevují umí být krutí diagnostika tříd třídní učitelé výhoda malých škol

Z výsledků kódování rozhovorů vyplývá, že **zkoumané základní a střední školy** z regionu Královédvorská se věnují **problematice poruch příjmu potravy v rámci specifické prevence spíše okrajově**. Ukázalo se, že tato prevence probíhá na školách **zejména ve výuce**. Tímto tvrzením jsme si odpověděli na hlavní výzkumnou otázku této práce a potvrdili tak i předem stanovenou domněnku, kterou lze nalézt v úvodu práce.

Na základních školách věnují této problematice pozornost především na druhém stupni. Na školách středních je téma PPP též součástí vybraných předmětů a probírá se s žáky pouze povrchně, neboť pedagogové na středních školách očekávají, že žáci mají alespoň základní informace o spektru poruch příjmu potravy, zdravém stravování apod. Pouze polovina respondentek ze škol, které byly zapojeny do výzkumného šetření, považuje učebnice, které jsou využívány ve výuce, za dostatečný zdroj informací o narušeném jídelním chování, správném jídelním režimu atp. Ukázalo se, že ve školách, kde probíhá výuka předmětu výchova ke zdraví, mají vyučující větší časovou dotaci, resp. více vyučovacích hodin, na seznámení žáků s problematikou PPP. Speciální preventivní materiály s touto tematikou nejsou na zkoumaných školách příliš využívány. Výsledky také poukazují na velmi významnou roli rodiny a rodinných návyků, neboť právě rodina určuje, zejména v prvních letech života dítěte, způsob jeho stravování. Značný vliv má rodina na dítě samozřejmě i později, v období školního věku. Zároveň na významu nabývá i působení školní výchovy.

Zatímco všeobecnou (nespecifickou) prevenci považují metodičky prevence na vybraných školách za dostatečnou, zmiňovanou specifickou prevenci zaměřenou na předcházení patologickému jídelnímu chování, vnímají spíše jako neuspokojivou. Vyšlo také najevo, že časová vytíženost a nadměrná administrativa značně zatěžuje práci školních metodiků prevence, jelikož se jedná o pedagogy, kteří nemají sníženou vyučovací povinnost.

Kódováním rozhovorů bylo zjištěno, že minimální preventivní programy škol jsou pravidelně, minimálně jednou ročně, vyhodnocovány a v případě potřeby i aktualizovány, aby odpovídaly současnému stavu. ŠMP také získávají zpětnou vazbu od ostatních pedagogů. Zejména proto, aby zjistili, zda je program efektivní, či nikoliv.

Na všech zkoumaných školách jsou v rámci prevence využívány vnitřní i vnější zdroje spolupráce. Všechny respondentky jsou součástí týmu školního poradenského pracoviště, které funguje na každé základní i střední škole zapojené do výzkumného šetření. Metodičky prevence pak úzce kooperují s okresním metodikem prevence, se

kterým se zpravidla dvakrát do roka scházejí. Ten jim poskytuje důležité informace týkající se prevence ve školním prostředí, hlídá aktuálnost preventivních programů aj. Ve výpovědích respondentky zdůrazňovaly potřebu školního psychologa, který na školách nepracuje pouze se žáky, ale i s členy pedagogického sboru. I třídní učitelé jsou velmi podstatnými spolupracovníky ŠMP, neboť právě oni tráví s dětmi nejvíce času a mohou tak monitorovat dění ve své třídě, eventuálně zachytit i první známky PPP včas. Nedílnou součástí je i spolupráce s rodiči žáků. Vyšlo však najevo, že k ní dochází, až když je potřeba řešit určitý problém týkající se žáka.

Výsledky šetření ukazují, že na školách jsou nejčastěji pořádány jednorázové preventivní aktivity (přednášky, besedy), které ve většině případů zasahují do výuky. Dlouhodobé preventivní činnosti nebyly během rozhovorů zmiňované. Žáci však mají možnost využívat volnočasových aktivit v podobě kroužků (vaření, pohybové aktivity) a sportovních akcí pořádaných nejen školou, ale i jinými institucemi. Z výpovědí respondentek také vyplynulo, že preventivní programy, které jsou zabezpečovány organizacemi z vnějšku, jsou pro školy finančně náročné a mnohdy si je nemohou dovolit. Školy proto využívají nabídku preventivních programů, které poskytuje okresní pedagogicko-psychologická poradna, resp. okresní metodik prevence, neboť jsou zdarma.

Všechny školy se snaží podporovat zdraví svých žáků, vést je ke zdravému životnímu stylu, pohybu a vyváženému stravování atd. Mnohé však neovlivní, jelikož s žáky netráví celý den, ale pouze jeho část. Velmi záleží na návycích, které mají žáci z domova. Za významného pomocníka podpory zdraví ve školním prostředí je považována především zmiňovaná výchova ke zdraví, která je v rámci programu Škola podporující zdraví obsažena v ŠVP. Do tohoto programu je však zapojena pouze jedna třetina zkoumaných škol.

S nevhodnými poznámkami na účet jiných, kteří jsou např. výrazně obézní, nebo naopak hubení, se na zkoumaných školách setkávají pouze výjimečně. Řeší spíše nemístné slovní narážky spojené s tzv. nálepkováním¹⁷. Atmosféra a vztahy mezi žáky ve třídě, popř. mezi třídním kolektivem a pedagogy, je zjišťována pomocí diagnostiky. Ukázalo se však, že se tato diagnostika využívá především u tříd, které se jeví jako problémové. Žáci, kteří chtějí ve školním prostředí řešit svůj osobní problém, se nejčastěji obrací na své třídní učitele či na členy školního poradenského pracoviště.

¹⁷ *Nálepkování* (neboli labelling) znamená označování druhého slovy, jež mají silný emocionální rozměr a neodpovídají zcela skutečnosti.

Schránka důvěry se nachází na všech šesti školách zapojených do výzkumného šetření, nicméně používaná je pouze ve dvou z nich. Projevilo se, že školy s menším počtem žáků, tzv. „malé školy“ mohou být výhodou, neboť si zakládají na méně anonymních vztazích, téměř osobní znalosti každého žáka a často i rodiny, z níž žák pochází.

V tabulce č. 9 předkládáme přehledné shrnutí výsledků obsahové analýzy minimálních preventivních programů všech šesti zkoumaných škol.

Tabulka č. 9: Shrnutí výsledků obsahové analýzy

	ZŠ 1	ZŠ 2	ZŠ 3	ZŠ 4	SŠ1	SŠ 2
STRUKTURA	průměrná	kvalitní	kvalitní	kvalitní	kvalitní	průměrná
TEMATICKÁ ZAMĚŘENOST	chybí PPP podpora ZŽS	poruchy příjmu potravy i ZŽŠ	poruchy příjmu potravy i ZŽŠ	chybí PPP i ZŽS	poruchy příjmu potravy i ZŽŠ	chybí PPP podpora ZŽS
FORMY REALIZACE PREVENCE	kombinace různých forem preventivních aktivit, které probíhají zejména v běžné výuce a jsou spíše jednorázové					
VNITŘNÍ A VNĚJŠÍ SPOLUPRÁCE	spolupráce s vnitřními (ŠPP, třídní učitelé, vedení školy) i vnějšími zdroji (okresní metodik, rodiče, PČR a další)					
TERMINOLOGIE	nejsou nadužívány odborné pojmy, termíny jsou srozumitelně vymezené, porozumí nejen odborníci, ale i laická veřejnost					
ZDROJE	×	legislativa × jiné zdroje ✓	legislativa ✓ jiné zdroje ×	legislativa ✓ jiné zdroje ×	legislativa ✓ jiné zdroje ✓	legislativa ✓ jiné zdroje ×

Z obsahové analýzy minimálních preventivních programů škol vyplývá několik významných závěrů. Struktura jednotlivých dokumentů je značně rozdílná, což znamená, že školy pravděpodobně nevyužívají jednotný formulář pro tvorbu MPP. Vypovídá o tom i rozsah preventivních programů, který se pohyboval v rozmezí od 6 do 28 stran bez příloh. Kvalita struktury analyzovaných preventivních programů se příliš neliší. Žádný dokument nelze označit jako nekvalitně strukturovaný. Většina je zpracována kvalitně. Dva preventivní programy však byly označeny jako průměrně strukturované, neboť v nich chybí zásadní informace, které by kvalitní MPP neměl postrádat. Nebyl zjištěn žádný výrazný rozdíl mezi strukturou preventivního dokumentu základní a střední školy. Tematicky se MPP zaměřují na všeobecnou prevenci obsaženou především ve výuce, která vychází z RVP v oblasti prevence rizikového chování. Bohužel bylo odhaleno, že polovina zkoumaných dokumentů neobsahuje problematiku poruch příjmu potravy, ačkoliv by v preventivním programu škol rozhodně neměla chybět. Oblast podpory zdravého životního stylu chybí v jednom z analyzovaných dokumentů, což považujeme za vážný nedostatek, jelikož prevence orientovaná do oblasti ZŽS je východiskem i cílem samotného výchovně-vzdělávacího procesu ve školním prostředí. Všechny školy, jejichž MPP byl analyzován, kombinují spektrum různých forem preventivních činností. Tyto činnosti probíhají nejčastěji v běžné výuce a zpravidla bývají jednorázové, ačkoliv důraz by měl být kladen na dlouhodobost těchto aktivit, neboť nahodilé a jednorázové akce se nejeví jako efektivní, což vychází i ze *Zásad efektivní primární prevence*, tak jak je vymezuje kolektiv autorů (1999) v teoretické části práce. Jednorázové aktivity se týkají různých kulturních, sociálních událostí a sportovních akcí školy, zařazeny jsou také besedy s odborníky z vnějšku, včetně častých besed s PČR. Volnočasové nespécifické aktivity jsou většinou zaměřeny na různé kroužky, sportovní akce apod. V rámci vnitřních zdrojů spolupráce má klíčovou roli školní poradenské pracoviště. Participace celého týmu ŠPP, třídních učitelů, vedení školy a dalších pedagogů na tvorbě MPP přispívá k lepší kvalitě dokumentů, ke zlepšení komunikace a informovanosti mezi pedagogy o jednotlivých žácích či třídách. Vnější zdroje spolupráce jsou již podrobně popsány výše, údaje získané prostřednictvím kódování rozhovorů se v tomto případě shodují s údaji získanými obsahovou analýzou MPP. V žádném z dokumentů nejsou nadužívány odborné pojmy, snadno tak textu porozumí i laická veřejnost. Pouze jeden z dokumentů má uvedeny různorodé zdroje, ze kterých bylo při tvorbě MPP čerpáno. Ostatní sice

vychází z legislativy a platných dokumentů v oblasti prevence, neobsahují však zdroje literatury, internetu aj.

Souhrn doporučení pro praxi

- Vytvořit na národní úrovni manuál pro jednotné zpracování a rozsah MPP, včetně strategického plánování, stanovování cílů a vymezení finančních zdrojů.
- Neopomíjet zařazení problematiky poruch příjmu potravy do preventivních programů, včetně popisu preventivních činností, které budou v rámci prevence PPP využívány.
- V rámci preventivních témat zaměřených na zdravý životní styl a PPP začleňovat do výuky práci se skupinou či jiné interaktivní a aktivizující metody.
- Podporovat činnost školních družin či klubů, v nichž probíhají aktivity zaměřené na rozvoj různých dovedností, diskuze a programové bloky.
- Zajistit účast školních metodiků jako realizátorů preventivních aktivit, ale také ostatních pedagogů na pravidelném vzdělávání za účelem zvyšování informovanosti o různých typech rizikového chování, včetně spektra poruch příjmu potravy.
- Častěji zapojovat dlouhodobé preventivní aktivity zaměřené na předcházení narušenému jídelnímu chování a celkovou podporu ZŽS.
- Zvážit přijetí školních psychologů do škol a posílit tak rozvoj školních poradenských pracovišť na všech školách, které nemají „svého“ školního psychologa.
- Prohlubovat vzájemnou spolupráci mezi vnitřními a vnějšími zdroji a směřovat tak ke kooperaci na týmové úrovni.
- Neopomíjet spolupráci s rodiči žáků.
- Sledovat dění ve škole a provádět diagnostiku tříd a celé školy nejen nárazově, když se objeví nějaký problém, ale průběžně během celého školního roku.
- Pravidelně aktualizovat a využívat rozmanité zdroje při tvorbě MPP.
- Zhodnotit, zda by v rámci podpory zdraví ve školním prostředí nebylo vhodné zapojení do programu Škola podporující zdraví, neboť dle požadavků WHO, formulovaných v tomto programu, by měla být výchova ke zdraví (jako samostatný předmět), správné výživě a zdravému životnímu obsažena i v ŠVP.
- Veřejně prezentovat aktuální MPP pro daný školní rok na webových stránkách školy.

Závěr

Cílem diplomové práce bylo zjistit, jak probíhá prevence poruch příjmu potravy na základních a středních školách na Královédvorskú. Domníváme se, že cíl práce byl splněn. Nad rámec byl do práce zahrnut i souhrn doporučení pro praxi, který vyplynul z výsledků výzkumného šetření.

Problematika poruch příjmu potravy představuje v současné době stále často téma probírané širokou veřejností. Lidé ve společnosti jsou ohledně narušeného jídelního chování již mnohem lépe informováni. Ukazuje se však, že to ke změnám postojů k jídlu a k vlastnímu tělu nestačí, neboť v uplynulých letech došlo k velkému nárůstu tohoto psychického onemocnění nejen u dospělých a adolescentů, ale i u výrazně mladších dětí. Prevence poruch příjmu potravy by proto měla začínat již od raného dětského věku v rodinném prostředí. S postupným vývojem a osamostatňováním dětí nabývá na významu také působení školní výchovy, proto je nezbytné věnovat v oblasti školské prevence této problematice značnou pozornost a pomáhat tak předcházet negativním důsledkům tohoto onemocnění na tělesné i psychické zdraví žáků. Klíčový význam má především podpora zdravého životního stylu žáků a pozitivní vzor celého pedagogického sboru v oblastech stravovacích návyků, aktivního životního stylu a zdravého sociálního chování, neboť právě zdravý postoj je pro úspěšné předcházení poruchám příjmu potravy podstatný.

Diplomová práce poskytla teoretický náhled do této oblasti zpracovaný na základě odborné literatury, odborných článků a dalších podkladů. Byla představena problematika poruch příjmu potravy, včetně jejich příčin, tělesných a psychických následků a v neposlední řadě také léčby. Pozornost byla věnována především specifikům těchto závažných duševních onemocnění v dětském věku a v období dospívání. Druhá kapitola se již zaměřovala na prevenci narušeného jídelního chování ve školním prostředí. Byla popsána oblast zdravého životního stylu, která má v prevenci zásadní význam. Třetí kapitola se orientovala na poruchy příjmu potravy v rámci minimálních preventivních programů škol. Objasněny byly i činnosti a náplň práce školního metodika prevence. Nechybělo ani přiblížení možností, kterými lze ve školním prostředí výrazně přispět ke zdraví a celkově zdravému způsobu života žáků.

V praktické části byla prostřednictvím kvalitativního průzkumného šetření analyzována data získaná pomocí rozhovorů se školními metodiky prevence vybraných základních a středních škol na území Královédvorská. Pomocí rozhovorů byly získány

důležité odpovědi na předem stanovené dílčí výzkumné otázky, které se zaměřovaly na prevenci poruch příjmu potravy ve školním prostředí, aktuálnost a vyhodnocování minimálních preventivních programů vybraných škol a také na vnitřní a vnější zdroje, které se v rámci prevence na školách využívají. Opomenuta nebyla ani oblast podpory zdravého životního stylu u žáků a způsoby, jakými ve školním prostředí předcházejí nevhodným poznámkám mezi žáky týkající se vzhledu či postavy, které mohou značně narušovat jejich sebevědomí. Rozhovory byly doplněny o obsahovou analýzu minimálních preventivních programů čtyř základních a dvou středních škol z oblasti Královédvorská. Údaje získané z této analýzy poskytly náhled na uspořádání jednotlivých školních dokumentů, jejich tematickou zaměřenost a formy preventivních aktivit zaměřených na prevenci poruch příjmu potravy a zdravý životní styl. Prostřednictvím analýzy byly také odhaleny zdroje spolupráce, užívaná terminologie a v neposlední řadě i zdroje literatury, ze kterých bylo při tvorbě preventivního programu škol vycházeno.

Z výsledků průzkumu lze usuzovat, že problematice poruch příjmu potravy se na základních a středních školách na Královédvorskku věnují spíše okrajově. Prevence narušeného jídelního chování probíhá především v rámci výuky prostřednictvím jednorázových aktivit. Vyšlo najevo, že na zkoumaných školách podporují zdravý životní styl žáků, ale zároveň neovlivní působení ostatních činitelů, a to zejména rodiny, neboť velmi závisí na návycích, které žáci pochyťují z rodinného prostředí. Dále z průzkumu plyne, že významným pomocníkem podpory zdraví ve školním prostředí je výchova ke zdraví ve formě samostatného předmětu, a to zejména proto, že vyučující disponují větším počtem vyučovacích hodin, v rámci kterých mohou žáky seznámit s problematikou poruch příjmu potravy.

Na prevenci narušeného jídelního chování ve školním prostředí by měl být kladen zvýšený důraz, neboť věk nemocných se v posledních letech značně snížil. Jako podstatné se jeví, aby se tomuto velmi závažnému duševnímu onemocnění předcházelo v rámci primární prevence již na prvním stupni základní školy, protože v pozdějším školním věku, kdy nastává období dospívání, jsou žáci vystaveni mnohem vyššímu riziku jeho vzniku a v mnohých případech by už byla potřeba spíše prevence sekundární.

Z pohledu sociální pedagogiky by mohlo být žádoucí směřovat k rozvíjení povědomí o včasném předcházení poruchám příjmu potravy, a to nejen v prostředí školním, ale i rodinném a celospolečenském.

Seznam literatury a dalších zdrojů

1. CARR-GREGG, Michael. *Psychické problémy v dospívání*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0062-8.
2. CENKOVÁ, Tamara a Monika LANGROVÁ. *Jak přežít pubertu svých dětí*. Praha: Grada, 2010. Pro rodiče. ISBN 978-80-247-2913-8.
3. CSÉMY, Ladislav. *Životní styl a zdraví českých školáků: z výsledků mezinárodní srovnávací studie Světové zdravotnické organizace The Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)*. Praha: Psychiatrické centrum, 2005. ISBN 80-85121-94-8.
4. FARELL ERDMAN, Amy. *Fat Shame: Stigma and the Fat Body in American Culture*. New York: New York University Press, 2011. ISBN 978-08-14728-34-5.
5. FIALOVÁ, Ludmila. *Body image jako součást sebepojetí člověka*. Praha: Karolinum, 2001. ISBN 80-246-0173-7.
6. FIALOVÁ, Jana. *Stravovací návyky dětí a školní prostředí: implementace preventivních programů Světové zdravotnické organizace v České republice*. Brno: Barrister & Principal, 2012. ISBN 978-80-87474-55-6.
7. FRAŇKOVÁ, Slávka, Jana PAŘÍZKOVÁ a Eva MALICHOVÁ. *Jídlo v životě dítěte a adolescenta: teorie, výzkum, praxe*. Praha: Karolinum, 2013. ISBN 978-80-246-2247-7.
8. GALLÀ, Maurice. *Jak ve škole vytvořit zdravější prostředí: příručka o efektivní školní drogové prevenci*. Přeložil Jindřich BAYER. Praha: Úřad vlády České republiky, 2005. Metodika (Úřad vlády České republiky). ISBN 80-86734-38-2.
9. GALOVÁ, Kristýna. *Mýty a omyly*. 2. vydání. Brno: Centrum Anabell, z. ú., 2019.
10. HAVLÍNOVÁ, Miluše. *Program podpory zdraví ve škole: rukověť projektu Zdravá škola*. 2., rozš. vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-059-3.
11. HAVLÍNOVÁ, Miluše a Zdena VILDOVÁ. *Co to je, když se řekne: Škola podporující zdraví*. Praha: Státní zdravotní ústav, 1999. ISBN 80-7071-136-1.
12. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-485-4.
13. HOLČÍK, Jan. *System péče o zdraví a zdravotní gramotnost: k teoretickým základům cesty ke zdraví*. Brno: Masarykova univerzita ve spolupráci s MSD, 2010. ISBN 978-80-210-5239-0.
14. HOLOUŠOVÁ, Drahomíra. *Diplomové a závěrečné práce*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2002. ISBN 80-244-0458-3.

15. HORT, Vladimír. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-404-5.
16. KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. 1. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.
17. KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.
18. KNOTOVÁ, Dana. *Školní poradenství*. Praha: Grada, 2014. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-4502-2.
19. KOCOURKOVÁ, Jana, Jan LEBL a Jiří KOUTEK. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Praha: Galén, 1997. Folia practica. ISBN 80-85824-51-5.
20. KOMÁREK, Lumír, Kamil PROVAZNÍK a Hana PROVAZNÍKOVÁ, ed. *Manuál prevence v lékařské praxi*. Praha: Fortuna, 1998. ISBN 80-7071-108-6.
21. KRESTOVÁ, Jiřina. *Koncepce prevence MŠMT a minimální preventivní program*. In Primární prevence sociálně patologických jevů v pedagogické praxi. Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně, 1998. ISBN 80-7044-203-4. s. 11-13.
22. KRCH, František David. *Bulimie: jak bojovat s přejídáním*. Praha: Grada, 2000. Psychologie pro každého. ISBN 80-7169-946-2.
23. KRCH, František David. *Mentální anorexie*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-598-9.
24. KRCH, František David. *Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie*. Praha: Grada, 1999. Psyché (Grada). ISBN 80-7169-627-7.
25. KRCH, František David a Eva MARÁDOVÁ. *Výchova ke zdraví: Poruchy příjmu potravy - příručka pro učitele*. Praha: Výzkumný ústav pedagogický, 2003.
26. KRCH, František David a Jarmila ŠVÉDOVÁ. *Příručka pro zdravotníky aneb Různé tváře poruch příjmu potravy*. 2013. Brno: Občanské sdružení Anabell, 2013. ISBN 978-80-905436-5-2.
27. KUČÍREK, Jiří. *Psychosomatika a děti*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. ISBN 80-86991-80-6.
28. LEIBOLD, Gerhard. *Mentální anorexie: příčiny, průběh a nové léčebné metody*. Praha: Svoboda, 1995. ISBN 80-205-0499-0.
29. LOJKOVÁ, Daniela. *Získejte rovnováhu těla, mysli, duše a ducha*. Praha: Grada, 2012. Psychologie pro každého. ISBN 978-80-247-2268-9.

30. MACHOVÁ, Jitka a Dagmar KUBÁTOVÁ. *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada, 2009. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-2715-8.
31. MACHOVÁ, Jitka a Dagmar KUBÁTOVÁ. *Výchova ke zdraví*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, 2015. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5351-5.
32. MALONEY, Michael a Rachel KRANZ. *O poruchách příjmu potravy*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 1997. Linka důvěry. ISBN 80-7106-248-0.
33. MARÁDOVÁ, Eva. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007. ISBN 978-80-86991-09-2.
34. MARÁDOVÁ, Eva. *Prevence závislostí*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. ISBN 80-86991-70-9.
35. MARÁDOVÁ, Eva. *Výchova ke zdraví: školní vzdělávací program: metodická příručka pro 6.-9. ročník základní školy*. Praha: Fortuna, 2006. ISBN 80-7168-973-4.
36. MARTANOVÁ, Veronika, Barbara JANÍKOVÁ a Tereza DANĚČKOVÁ. *Učební texty ke specializačnímu studiu pro školní metodiky prevence*. Praha: Centrum adiktologie Psychiatrické kliniky 1. lékařské fakulty a VFN, Univerzita Karlova, 2007. ISBN 978-80-254-0525-3.
37. MATĚJČEK, Zdeněk. *Co děti nejvíc potřebují*. Vyd. 5. Praha: Portál, 2008. Rádci pro rodiče a vychovatele. ISBN 978-80-7367-504-2.
38. MATĚJČEK, Zdeněk a Marie POKORNÁ. *Radosti a strasti: předškolní věk, mladší školní věk, starší školní věk*. Jinočany: H & H, 1998. ISBN 80-86022-21-8.
39. MERTIN, Václav a Lenka KREJČOVÁ. *Metody a postupy poznávání žáka: pedagogická diagnostika*. 2., doplněné a aktualizované vydání. Praha: Wolters Kluwer, 2016. ISBN 978-80-7552-014-2.
40. MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4.
41. MIOVSKÝ, Michal a kol. *Doporučená struktura a rozsah Minimálního preventivního programu školské prevence rizikového chování*. Praha: Univerzita Karlova v Praze & Togga, 2012.
42. MIOVSKÝ, Michal a kol. *Primární prevence rizikového chování ve školství*. Praha: Sdružení SCAN, 2010. ISBN 978-80-87258-47-7.
43. MORGAN, Nicola. *Průvodce stresem pro náctileté*. Přeložila Barbara HAJNÁ. Praha: Slovart, 2016. ISBN 978-80-7529-012-0.

44. MRAZEK, Patricia J. and HAGGERTY, Robert J. *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. Washington: National Academy Press, 1994. ISBN: 0-309-04939-3.
45. MUŽÍK, Vladislav, ed. *Výživa a pohyb jako součást výchovy ke zdraví na základní škole: příručka pro učitele*. Brno: Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-156-0.
46. NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost*. 3., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-267-6.
47. NEŠPOR, Karel, Ladislav CSÉMY a Hana SOVINOVÁ. *Programy prevence závislostí a možnosti jejich hodnocení*. Praha: Státní zdravotní ústav, 1998. Národní program zdraví. ISBN 80-7071-110-8.
48. NEŠPOR, Karel, Hana PERNICOVÁ a Ladislav CSÉMY. *Jak zůstat fit a předejít závislostem: náměty pro rodiče, učitele a vychovatele, inspirace pro děti a dospívající*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-299-8.
49. NOVÁK, Michal. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Brno: Akademické nakladatelství CERM, 2010. ISBN 978-80-7204-657-7.
50. PAPEŽOVÁ, Hana. *Anorexia nervosa: příručka pro všechny, kteří nemocí trpí - postižené samotné, jejich rodiny, přátele, partnery a některé odborníky (učitele a lékaře první linie)*. Praha: Psychiatrické centrum, 2000. ISBN 80-85121-32-8.
51. PAPEŽOVÁ, Hana. *Bulimia nervosa: příručka pro všechny, kteří nemocí trpí - postižené samotné, jejich rodiny, přátele, partnery a některé odborníky (učitele a lékaře první linie)*. Praha: Psychiatrické centrum, 2003. ISBN 80-85121-81-6.
52. PAPEŽOVÁ, Hana, ed. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Praha: Grada, 2010. Psyche (Grada). ISBN 978-80-247-2425-6.
53. *Primární prevence na školách* in Zpravodaj Anabell č. 22: pro nemocné anorexii a bulimii. Brno: Občanské sdružení Anabell, 2009.
54. PROCHÁZKOVÁ, Lenka a Jana SLADKÁ-ŠEVČÍKOVÁ. *Poruchy příjmu potravy: odpovědi na otázky, na které jste se báli zeptat*. Česko: Pasparta, 2017. ISBN 978-80-88163-46-6.
55. PROVAZNÍK, Kamil a Lumír KOMÁREK, ed. *Manuál prevence v lékařské praxi*. Praha: Fortuna, 1999. ISBN 80-7071-135-3.
56. PRŮCHA, Jan, Eliška WALTEROVÁ a Jiří MAREŠ. *Pedagogický slovník*. 4., aktualiz. vyd. 5. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-416-8.
57. SLAVÍKOVÁ, Hana. *Manuál pro tvorbu Minimálně preventivního programu školy*. Šumperk: Pedagogicko - psychologická poradna Olomouckého kraje, 2011.

58. STRAUSS, Anselm L. a Juliet CORBIN. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Brno: Sdružení Podané ruce, 1999. SCAN. ISBN 80-85834-60-X.
59. SUCHOPÁROVÁ, Lenka a Martin FOREJT. *Prevence poruch příjmu potravy a propagace správné výživy na základních školách*. Hygiena, Praha: Státní zdravotní ústav, 2014, roč. 59, č. 4, s. 157-161. ISSN 1802-6281.
60. SUCHOPÁROVÁ, Lenka a Martin FOREJT. *Správnou výživou proti anorexii a bulimii*. In 6. Mezinárodní konference Škola a zdraví pro 21. století. 2010. ISBN 978-80-210-5262-8.
61. SVAČINA, Štěpán. *Klinická dietologie*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2256-6.
62. ŠAMÁNKOVÁ, Marie. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3223-7.
63. *Škola* in Zpravodaj Anabell č. 21: pro nemocné anorexii a bulimií. Brno: Občanské sdružení Anabell, 2009.
64. ŠVÉDOVÁ, Jarmila. *Co pro sebe mohu udělat při uzdravování z poruchy příjmu potravy*. 2., aktualizované vydání. Brno: Centrum Anabell, z. ú., 2019.
65. ŠVÉDOVÁ, Jarmila a Lenka MIČOVÁ. *Poruchy příjmu potravy: Manuál pro pedagogy*. Brno: Občanské sdružení Anabell, 2010.
66. TRAIN, Alan. *Nejčastější poruchy chování dětí: jak je rozpoznat a kdy se obrátit na odborníka*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-503-2.
67. TYŠER, Jiří. *Školní metodik prevence: soubor materiálů*. Most: Hněvín, 2006. ISBN 80-86654-17-6.
68. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychologie problémového dítěte školního věku*. V Praze: Karolinum, 1997. ISBN 80-7184-488-8.
69. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-496-6.
70. VÁGNEROVÁ, Marie. *Školní poradenská psychologie pro pedagogy*. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-1074-4.

Odborné články

71. EMMEROVÁ, Ingrid. Poruchy příjmu potravy u dětí a mládeže a možnosti preventivního pôsobenia. *Pediatric pro praxi*. Olomouc: Solen, s.r.o., 2019, roč. 20, č.1, s. 24-26. ISSN 1213-0494.
72. JESSOR, Richard et al. Protective factors in adolescent problem behavior: Moderator effects and developmental change. *Developmental Psychology*. 1995, vol. 31, no. 6, p. 923–933.
73. KOCOURKOVÁ, Jana a Jiří KOUTEK. Specifika poruch příjmu potravy u dětí a adolescentů - diagnostické a terapeutické otázky. *Pediatric pro praxi*. Olomouc: Solen, s.r.o., 2002, č. 3, s. 98-100. ISSN 1213-0494.
74. KRCH, František. Poruchy příjmu potravy. *Pediatric pro praxi*. Olomouc: Solen, s.r.o., 2016, roč. 17, č. 4, s. 238-239. ISSN 1213-0494.
75. KRCH, František David, L. CSÉMY a Hana DRÁBKOVÁ. Rizikové jídelní chování a postoje českých adolescentů. (Školní studie). *Česká a slovenská psychiatrie: časopis České psychiatrické společnosti ČLS JEP a Psychiatrické společnosti SLS*. Praha: Česká lékařská společnost J.E.Purkyně, 2003, roč. 99, č. 8, s. 415-422. ISSN 1212-0383.
76. POLIVY, Janet and HERMAN, C. Peter. Undieting: A program to help people stop dieting. *International Journal of Eating Disorders*. 1992, vol. 11, no. 3, p. 261-268. ISSN 0276-3478.
77. SPITZRER, Robert Leopold et al. Binge eating disorder: A multisite field trial of the diagnostic criteria. *International Journal of Eating Disorders*. 1992, vol. 11, p. 191–204. ISSN 0276-3478.

Diplomové či bakalářské práce

78. BEČVÁŘOVÁ, Lucie. *Obezita a fat shaming v médiích na příkladu Patricie Solaríkové a Super.cz*. Praha: Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd, Institut komunikačních studií a žurnalistiky, 2019. 102 s. Bakalářská práce.

Elektronické zdroje

79. Manuál pro tvorbu MPP. *Manuál pro tvorbu Minimálního preventivního programu* [online]. Praha: Pražské centrum primární prevence, 2010 [cit. 2020-02-

- 08]. Dostupné z: <https://www.prevence-praha.cz/index.php/minimalni-preventivni-program/prilohy-k-manualu-mpp/58-manual-pro-tvorbu-mpp>
80. Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních č.j. 21291/2010-28., MŠMT. *MŠMT ČR* [online]. ©2013 [cit. 26.02.2020]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/vzdelavani/socialni-programy/metodicke-dokumenty-doporuceni-a-pokyny>
81. MKN-10. *ÚZIS ČR | Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. Dostupné z: <https://old.uzis.cz/cz/mkn/index.html>
82. Národní strategie primární prevence rizikového chování dětí a mládeže na období 2019–2027, MŠMT. *MŠMT ČR* [online]. ©2013 [cit. 26.02.2020]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/vzdelavani/socialni-programy/strategie-a-koncepce-ap-msmt>
83. Ortorexie, bigorexie, drunkorexie. *Anorexie, bulimie, přejídání - idealni.cz* [online]. © 2015 [cit. 08.02.2020]. Dostupné z: <https://www.idealni.cz/clanek/ortorexie-bigorexie-drunkorexie/>
84. Poruchy příjmu potravy v Čechách. *1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy* [online]. Univerzita Karlova 1. lékařská fakulta, 2018. [cit. 22.03.2020]. Dostupné z: <https://www.lf1.cuni.cz/poruchy-prijmu-potravy-v-cechach>
85. Program Škola podporující zdraví, SZÚ. *SZÚ* [online]. © 2007 [cit. 17.02.2020]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/program-skola-podporujici-zdravi>
86. Specifické x nespecifické programy primární prevence. *Národní ústav pro vzdělávání* [online]. © 2014 [cit. 08.02.2020]. Dostupné z: <http://www.nuv.cz/t/co-je-skolska-primarni-prevence-rizikoveho-chovani/specificke-x-nespecificke-programy-primarni-prevence-1>
87. Spektrum poruch příjmu potravy. *Prevence-info.cz | Prevence rizikového chování* [online]. © 2010 [cit. 08.02.2020]. Dostupné z: <http://www.prevence-info.cz/typy-rizikoveho-chovani/spektrum-poruch-prijmu-potravy>
88. What is Pregorexia? *Promises Behavioral Health Drug Rehab Centers* [online]. © 2013 [cit. 08.02.2020]. Dostupné z: <https://www.promisesbehavioralhealth.com/addiction-recovery-blog/what-is-pregorexia/>

Legislativní dokumenty

Realizace MPP vychází z těchto dokumentů:

Zákony

89. Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), MŠMT. *MŠMT ČR* [online]. ©2013 [cit. 17.02.2020]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/dokumenty-3/zakon-c-561-2004-sb-o-predskolnim-zakladnim-strednim-vyssim>
90. Zákon č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících, MŠMT. *MŠMT ČR* [online]. ©2013 [cit. 17.02.2020]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/dokumenty-3/zakon-o-pedagogickych-pracovnicich-1>

Vyhlášky

91. Výklad vyhlášky č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, ve znění vyhlášky č. 116/2011 Sb., MŠMT. *MŠMT ČR* [online]. ©2013 [cit. 17.02.2020]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/vzdelavani/socialni-programy/vyklad-vyhlasiky-c-72-2005-sb-o-poskytovani-poradenskych-1> (dle Školského zákona č. 561/2004 Sb.)
→ z této vyhlášky vychází standardní činnosti školního metodika prevence
92. Vyhláška č. 317/2005 Sb., o dalším vzdělávání pedagogických pracovníků, akreditační komisi a kariérním systému pedagogických pracovníků, MŠMT. *MŠMT ČR* [online]. ©2013 [cit. 17.02.2020]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/ministerstvo/vyhlasika-c-317-2005-sb-2>
→ určuje kvalifikace pro výkon funkce školního metodika prevence

Seznam použitých zkratek

BIO	biologie
BMI	Body Mass Index
HZS	Hasičský záchranný sbor
CHE	chemie
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí
MPP	Minimální preventivní program
NZDM	Nízkoprahové zařízení pro děti a mládež
OSPOD	Orgán sociálně-právní ochrany dětí
OV	občanská výchova
PČR	Policie České republiky
PPP	poruchy příjmu potravy
PŘ	přírodopis
PSY	psychologie
RIAPS	Regionální institut ambulantních psychosociálních služeb
RV	rodinná výchova
RVP	Rámcový vzdělávací program
SPC	Speciálně pedagogické centrum
SŠ	střední škola
SVP	Středisko výchovné péče
SZÚ	Státní zdravotní ústav
ŠMP	školní metodik prevence
ŠPP	školní poradenské pracoviště
ŠPZ	Škola podporující zdraví
ŠVP	školní vzdělávací program
TV	tělesná výchova
VP	výchovný poradce
WHO	Světová zdravotnická organizace
ZSV	základy společenských věd
ZŠ	základní škola
ZŽS	zdravý životní styl

Seznam příloh

Příloha A: Ukázka rozhovoru se školním metodikem ZŠ 3

Příloha B: Doporučená struktura písemného zpracování MPP

Příloha C: Cíle, kterých chceme dosáhnout i s ukazateli úspěchu

Příloha A: Ukázka rozhovoru se školním metodikem ZŠ 3

Můžete zhodnotit, jak působí prevence v rámci výuky na školách? Je podle vás dostatečná?

Já **myslím, že ano**, aspoň se tedy snažíme do všech těch oblastí nějak zasáhnout a s těmi dětmi o tom mluvit a probrat to s nimi. Otázka je, jak oni si to vezmou, protože samozřejmě třeba o zdravé výživě s nimi hodně mluvíme a pak stejně ty děti vidíme s brambůrkami. Je to i spíš o té rodině, ale za školu se myslím snažíme hodně. Naše škola je v tomhle hodně samostatná, oslovuji učitelky na 1. stupni a využíváme specifické preventivní materiály i s metodikami (*Normální je nekouřit, Kočičí zahrada*). V 6. třídě máme Etickou výchovu, tam se hodně věnujeme tématům mezilidské vztahy, v 6. a 7. třídě je Výchova ke zdraví. Společně s kolegy jsme upravovali ŠVP, aby jsme tam měli všechny ty okruhy. Pěkně preventivní materiály máme i v Občanské výchově pro 7., 8., a 9. ročník. Snažím se kolegům dávat veškeré materiály, i například podklady, které se jim hodí do třídnických hodin.

Jeví se vám prevence poruch příjmu potravy v rámci preventivní strategie Vaší školy jako dostačující?

Velkou roli hraje v této oblasti zejména rodina a jejich návyky. Ona může PPP nejlépe podchytit. Zrovna tohle je takové citlivé téma, v případě, že mám pocit, že nějaké děvče má nožičky jako hůlčičky, tak na ní nemůžete jít zpříma. Zeptat se i maminky je někdy takové citlivé. Nejvíce se tomuto tématu věnuji právě ve Výchově ke zdraví, mám tam na toto téma vymezených několik hodin a využíváme i různé filmy, které jsou určeny pro školy. Mají tam moc pěkně udělané metodiky. To děti zaujalo, pracujeme s tím. Vždycky si to rozebereme. Vidí tam vývoj té nemoci, jak snadno se to může stát. Děti kolikrát nevěří, že zrovna jim by se to mohlo stát a přitom stačí, když jim někdo řekne nějakou větu.

Jak na to děti reagují?

Když už byly vidět následky toho, co tato nemoc může způsobit, tak z toho byly i docela vyděšené, jako by tomu ani nechtěly věřit, že to může zajít tak daleko. U těch filmů je fajn, že tam jsou i ty vstupy lidí, kteří si tím prošli, plus i jejich fotografie. Takže děti viděly ty reálné osoby, slyšely, proč se jim to stalo, jak se chovaly, co

Příloha A

všechno byly ochotní dělat, aby byly tak hubení, nejedli, jak podváděli všechny v okolí. Takže pro děti to byl nejdřív takový šok.

Odpovídá MPP aktuálnímu stavu školy?

→ **Respektuje počet dětí ve škole, výskyt rizikového chování, aktuální dění ve škole apod.?**

Já jsem program vypracovala již po specializačním studiu (na ŠMP), tam to byla i jako povinná práce, program je tedy zpracovaný podle návodu lektorů, kteří nás tam vedli. Ti nám pak i zhotovený program kontrolovali. Takže s ním stále pracuji, akorát si samozřejmě hlídám ten rok, aby tam byly aktuální věci. Zkontroluji si počet dětí, na konci roku si zhodnotíme při pedagogické radě, co jsme daný rok řešili jako největší problémy. Pak se podle toho program aktualizuje na další školní rok. Máme tam i přehledy, kdo co vykonává ve škole, jaké má funkce, to se taky mění. Kdo je ve školním poradenském pracovišti a jeho konzultační hodiny. Upravuji a obnovuji i kontakty na lidi, které můžeme případně oslovit. V případě, že třeba potřebujeme pomoc či nějakou radu. Nebo někoho, kdo by nám mohl přijít dělat prevenci. Tam je trošku problém finanční.

Dochází ke změnám v konceptu MPP v případě, že je třeba se zaměřit na aktuální problematiku řešenou ve školním prostředí?

Vždycky na konci roku se sejdeme a já tam připomenu, které problémy jsme řešili, zejména se jedná o kázeňské problémy. Potom na základě toho se společně domluvíme, kde je potřeba tomu dát větší prostor a čas. Ale dá se říct, že je to docela stabilní. Mně spíš přijde, že je to otázka věku těch dětí, v šesté, sedmé třídě řešíme hodně vztahové problémy, včetně toho, že si píšou nějaké věci i na telefony a na sociální sítě. Ty starší spíš řešíme, že občas zkouší, zda jim projde, že přinesou cigaretu. U těch mladší se občas projeví šikana, ne ani fyzická, spíš ta slovní, psychická. Na to jsou děti hodně citlivé, s tím se pak špatně pracuje.

Na jaké typy rizikového chování se MPP školy zaměřuje?

→ **Obsahuje všechny?**

MPP je dá se říct takový obecný, máme tam ty oblasti zahrnuté všechny. Máme tam i vypsání v jakých předmětech se ta prevence prolíná, kde je na to největší prostor. Někaká témata, třeba jako kyberšikana, sociální sítě a podobně, se doplňovaly až později, když se stávala aktuální. Zezačátku tam myslím nebyly ani ty poruchy příjmu

potravy, protože jsme to do té doby tady taky neměli. Nebo o tom aspoň nevím. Poté to bylo zahrnuté již i do ŠVP, takže jsme to do programu doplnili.

Jakým způsobem je MPP vyhodnocován?

Spíše ústní formou, že si shrneme, které problémy jsme řešili, jaké jsme tady měli konkrétní případy. Vytáhneme si k tomu dokumenty, kde si děláme průběžné zápisy. Na základě toho probíhá evaluace. Nedělali jsme zatím žádné dotazníky. Mám nějaké inspirace, jaké by mohly být, ale mám obavy z toho jejich vyhodnocení. Nejsem si jistá v tom, jestli bych to uměla správně vyhodnotit. V rámci *programu Škola podporující zdraví* se dělá jednou za čtyři roky vyhodnocení toho období, zapojují se do toho rodiče i děti. To je ale spíše za delší období a zaměřuje se to převážně na celkový chod školy, ne na prevenci, i když to spolu samozřejmě taky souvisí.

S jakými vnitřními a vnějšími zdroji škola spolupracuje?

Využíváme školní psycholožku, ne teda přímo naši, pracuje na městském úřadu, pracuje i pro jiné školy, ale když mám problém a už si s ním nevím rady, tak se s ní radíme. Ta je skvělá. Uklidní vždy i mě, nepracuje jen s dětmi, ale i mě vždy pomohla, podpořila, že jsme neudělali nic špatně, že to v daném věku děti dělají. Každý rok nás oslovuje střední zdravotnická škola, studentky si připravují program pro děti, na téma, které si sami zvolí. Máme kontakty i na lidi, kteří by nám mohli přijít dělat prevenci. Tam je trošku problém finanční. Většinou je to tak nákladné, že si to škola nemůže dovolit a cítíme, že prevenci máme dělat ve škole, takže nechávat si to platit od rodičů je někdy takové sporné. Říkali jsme, že pokud nějaká prevence bude, tak jediné, že by na to škola měla finance. Občas nějaký grant se podaří. Je to hodně o těch penězích. Školní poradenské pracoviště funguje, s paní výchovnou poradkyní však nemáme tolik času, abychom tu prevenci dělaly ještě jako mimo výuku nebo, že bychom chodily do hodin, spíše jako dáváme ty materiály učitelům. Ještě oslovuji okresní metodičku prevence, protože ona vlastně v rámci své práce, poskytuje své služby zdarma. Udělám vždy takovou objednávku, co bych si představovala pro ty jednotlivé ročníky a ona potom hledá termíny a vždy to nějak vymyslíme. Dále k nám chodí policie, hasiči, aby se děti seznámily se základy bezpečnosti, chování se na ulici apod. Pro ty starší děti tam jde spíše o to právní povědomí.

Jaké zdroje jsou při vypracovávání MPP využívány?

Čerpala jsem z metodik Adiktologie - Skácelová atd. Ale i v rámci studia na ŠMP, jsme si navzájem řekli, co by bylo dobré tam mít, co ne. Co si tam zahrnout, jak to tam ošetřit. Co by si měla škola vytyčit za cíle. V roce 2017 proběhly nějaké změny ohledně Krizového plánu a Strategie školní neúspěšnosti, takže to jsme doplňovali. Člověk musí na změny reagovat, ale někdy je to tedy časově dost náročné. V rámci legislativy se to ale špatně dozvídáte, protože vám nikdo nepošle výčet těch změn ve vyhlášce, já na to často přijdu náhodou, když si čtu *časopis Prevence*. Dlouho někdy trvá, než se to ke mě dostane.

Zúčastňujete se jako školní metodik prevence pravidelného vzdělávání v oblasti prevence?

V roce 2012 jsem absolvovala specializační studium, abych mohla vykonávat funkci školního metodika prevence. Máme minimálně jednou za rok setkání s okresní metodičkou prevence, většinou se jí podaří pozvat i krajskou metodičku prevence. Často jsem využívala v Hradci Králové *Středisko dalšího vzdělávání pedagogických pracovníků*, kde jsem si tam našla vždycky nějaký seminář. Vybírám si tedy zejména témata, ke kterým nemám příliš materiálu a ke kterým potřebuji radu, jak je dětem podat. Aby to nebylo čistě jen formou přednášky, ale aby si něco vyrobily, sestavily, aby vymyslely nějaký příběh, doplnily věty atd. Témata se docela už pak opakují a někdy mě to přijde až moc teoretické, chybí mi tam ty praktické rady. Většinou to dopadne tak, že se k tomu ani nedostaneme, časově se to tam úplně nevejde. Z čeho jsem ale nadšená a využívám toho maximálně, že paní X, dělá pravidelně semináře, které jsou akreditovány MŠMT. Loni jsem takhle byla dvakrát, letos už jednou. Tam je na tom skvělé to, že se tam řeší opravdu aktuální problémy, co jí kdo poslal, že má nějaký specifický problém ve škole a neví si s tím rady. Ona to tam nadhodí, že to takto někdo řešil a že si myslí, že by to někdo mohl taky potřebovat. Pak to tam s námi dopodrobna rozebírá, jak máme postupovat. Řešíme tam i různé kauzy. I my ji můžeme poslat nějaký námět, popsat situaci a tu tam potom rozebere. Paní X skutečně umí poradit a je z praxe. Člověku dá jistotu, jestli postupoval správně a jak příště postupovat lépe, i z právního hlediska.

Jaké formy preventivních činností (zaměřené na poruchy příjmu potravy a zdravý životní styl) jsou ve škole využívány?

Nejčastěji právě v běžné výuce, v rámci občanské výchovy, výchovy ke zdraví, tělesné výchovy, přírodopisu. Plus předměty na 1. stupni, například prvouka. Příprava pokrmů a základy zdravého stravování se nejvíce řeší právě v 6. třídě. Hledají si i nějaké informace ohledně zdravého stravování, minerálů apod. V 7. třídě hodně řešíme například i různé výživové směry, například veganství. Občas se povede i někoho dostat na přednášku či besedu. Děti to většinou zaujme. Co se týče pohybu, tak máme všelijaké druhy kurzů, na 1. stupni plavání, dále různé sportovní kroužky. Na 2. stupni už trochu ten zájem dětí opadá, ale v loňském roce tady například probíhal taneční kroužek, horolezecký kroužek a florbal. Hodně řešíme i bezpečnost. Kdysi jsem chystali i různé preventivní dny, ale ukázalo se, že těch dnů je již tolik, že jsme si řekli, že se na to (ZŽS, PPP apod.) zaměříme spíše v té běžné výuce. Máme však například sportovní den před Vánoci. Jezdíme i na různé exkurze po okolí.

Jsou žáci vedeni ke zdravému životnímu stylu? Jakým způsobem?

Myslím, že ano. V rámci výuky zejména, řešíme stravování a děti jsou vedeni k pohybu. Studentky se zdravotní školy si pro nás například připravily přednášku o tom, jak je to s cukrem a jeho množstvím v potravinách. Ukazovaly to i názorně, kolik v jaké sušence je cukru apod.

Jak se žáci ve škole stravují – dá se říci, že je školní stravování v oblibě?

Máme tady školní jídelnu, ale oběd se nám sem vozí z jídelny jiné místní školy. Funguje tedy spíše jako výdejna obědů. Řekla bych, že hodně dětí jídelnu využívá, ale pozorujeme, že čím jsou starší, tím tam přibývá dětí, které jídelnu nevyužívá. Ty starší už tím občas opovrhují (8. a 9. třída), jako že si nevyberou ze dvou jídel. Jsou jídla, u kterých vidíte, že se v tom vrtají. U starších dětí to už rodiče nechávají hodně na nich. Pokud si v jídelně nevyberou, jdou si do města koupit pizzu, to vím, občas o tom mluví.

Jsou podle Vás učebnice dostatečným zdrojem informací o stravování, zdravém a vyváženém jídelníčku, případně o poruchách příjmu potravy?

My ty knížky co tady máme, to už jsou fakt starý knížky, zejména Rodinná výchova. Máme tady ale takový pracovní sešit *Podpora zdravého způsobu života*, který využíváme. Využíváme taky učebnici *Výchova ke zdravému životnímu stylu*, ale je to

jen pro učitele. Spíš máme materiály, podklady bokem. Poruchy příjmu potravy jsou zmiňovány spíše okrajově.

Přivítala byste např. pravidelný cyklus přednášek na toto téma?

Tam je trošku problém i v časové dotaci takových přednášek, bloků. Zabere to spoustu času, rozumím tomu, že je potřeba se s žáky seznámit, uvést je do tématu, ale je to hodně dlouhé a pak se učitelé i zlobí na mě, že přišli o matiku, fyziku, ... takže je to těžké i z tohoto důvodu, nejen kvůli financím.

V jakých konkrétních předmětech je obsažena Výchova ke zdraví?

V šestce a sedmičce máme přímo Výchovu ke zdraví. V té 6. třídě je to vedeno spíše tím pozitivním způsobem, o benefitech zdravého životního stylu. Mluvíme tam o tom, co dělat, abychom byli zdraví. Ta sedmička už ukazuje i ty stinné stránky, tam se bavíme právě o PPP, drogách, kyberšikaně, rasismu...co s tím, na koho se obrátit.

Je škola zapojena do programu Škola podporující zdraví? Či do jiných komplexních preventivních programů zaměřených na podporu zdravého životního stylu žáků?

Ano, jsme zařazeni do tohoto programu. Funguje tu již od roku 2004. Prolíná se to do všech oblastí, prostředí ve škole, bezpečnost na chodbách. Aktivní využití přestávek, občas však narazíme na problém, jak to organizačně zvládnout. Venku chodíme například ven, ale ta úrazovost dětí, to je prostě problém. Uvést to někdy do praxe, je problém.

V čem tento program spočívá?

Je tam základ v určitých předmětech a v aktivitách, co děláme okolo. V rámci zdravého životního stylu se nezabýváme jen tím, že zdravě jíme a hýbeme se, ale důležité jsou i ty vzájemné vztahy. Odkazujeme děti i na jejich babičky a dědy, samozřejmě i rodiče, kteří jim mají ze svých zkušeností, co předat. Snažíme se, aby se za námi nebály přijít s problémem, aby se jím dlouho netrápily a svěřily se. Jde o ten pocit bezpečí ve škole, oslovují se právě hodně i rodiče, mohou se ke všemu v rámci dotazníku vyjádřit. Jsou tam pozitivní ohlasy. Dotazník si vyhodnocujeme jako škola sama a na základě toho se žádá o to, aby se v tomto programu mohlo pokračovat. Něco se tam přidá, něco se aktualizuje. I rodiče občas přijdou s nějakým nápadem, co by se mohlo zrealizovat. Funguje u nás právě i *Rodiče vítáni*. Kdy nás mohou kontaktovat,

Příloha A

i anonymně. Máme tady zavedené i *Mléko do škol*, *Ovoce do škol*. Což je u nás již osvědčené a kolikrát jsme ochutnali i velmi netradiční druhy ovoce. Občas jim něco nejede, třeba nějaký mléčný výrobek, ale tak si ho může vzít jiný spolužák, který to má rád. Je vidět, že někteří to opravdu oceňují. Ale občas s tím někdo umí i šeredit.

Setkáváte se s poznámkami žáků na účet jiných, kteří jsou např. výrazně obézní, nebo naopak hubení?

Já teda mám pocit, že na obezitu a tak děti tolik nereagují. Je to asi i tím, že jak jsou s tím spolužákem pořád, tak jim to asi přijde normální, že takový je. Umím si představit, že třeba při tělocviku, když se dělá nějaký cvik, se nějaká poznámka na osobu silnější objeví, ale nemyslí to většinou nějak zle. Spíš se setkáváme s tím, že když je třeba kluk slušný, tak mají děti narážky, že je gay. To tady spíše řešíme. Občas umí být opravdu ošklivé.

Jaké diagnostické metody jsou využívány pro měření klimatu ve škole nebo ve třídě?

My máme vždycky zaplacenou licenci na stránkách proskoly.cz, tam jsou takové testy na třídní klima a klima školy. Oslovujeme i školní paní psycholožku, většinou pro ty děti, co přechází na druhý stupeň nebo když mají například novou třídní učitelku. Dělá diagnostiku třídy. Nebo se dělá diagnostika v případě, že nastane nějaký problém. V loňském školním roce, to pořádal městský úřad, jsme obdrželi takový dotazník, týkající se minimalizace šikany na školách. Dostali jsme i vyhodnocení, každý třídní učitel získal informace o jeho třídě, plus jsme získali vyhodnocení za celou školu.

Funguje ve škole například schránka důvěry či jiná možnost, jak by mohl žák požádat o pomoc?

Máme ji, občas se tam objeví nějaká přání, či vzkazy. Občas jsou i přímo pro paní ředitelku. Máme i žakovský parlament, scházím se s nimi já. Většinou jednou za měsíc nebo když je potřeba probrat něco aktuálního. Někteří chodí i na městský úřad, tam je studentské zastupitelstvo, tedy děti z různých škol tady z města. Dozvíme se tak, co se děje nového, co tam řešily, zda bychom se do toho nemohli jako škola nějak zapojit. Většinou ale děti chodí za svým třídním učitelem. Samozřejmě mohou chodit i zámnou. Využívají toho ale spíše ti starší.

Myslíte si, že rodina se školními metodiky v rámci prevence spolupracuje, nebo se setkáváte spíše s negativním ohlasem?

Tady bych řekla, že když už je nějaká spolupráce s rodiči, tak nastane, až když se objeví nějaký problém. U těch dětí, kde problém nemáte, jsou rodiče bezkonfliktní. Vše funguje, chodí na třídní schůzky, ale u těch dětí problematických, tam bývá provázanost s rodinou. Tam často řeší nějaký problém, svou roli tam často hraje nedůslednost. Většinou ty problémy rodiče nějak vyřeší, ale někdy se děti dostanou do jakéhosi začarovaného kruhu. Jsou i rodiče, kdy tatínek řekne: "*no jo, to já v jeho věku...*" a už tušíte, že tam ta opora nebude. To pak netušíme, jak to řeší doma. Jestli dítěti promluví do duše, nebo mu či jí řekne, že sám taky blbnul, že z toho vyroste.

Příloha B: Doporučená struktura písemného zpracování MPP dle Slavíkové (2011)

1. Základní identifikační údaje školy, školského zařízení. Umístěno v záhlaví.
2. Informace o školním metodikovi prevence. Jméno, kontakt.
3. Analýza/zmapování současného stavu školy. Z pohledu rizikového chování (dále jen RCH).
4. Témata primární prevence. Se stručným popisem dané problematiky.
5. Krátkodobé a dlouhodobé cíle, kterých chceme dosáhnout. Včetně ukazatelů úspěchu.
6. Přehled a plán preventivních aktivit pro konkrétní cílové skupiny. Respektive činnosti nutné k dosažení cílů.
7. Seznam ostatních aktivit realizovaných v oblasti prevence RCH.
8. Přehled organizací a odborníků, kteří se podílejí na prevenci RCH.
9. Plán akreditovaného vzdělávání pedagogických pracovníků a ŠMP.
10. Způsoby prezentace MPP. Žákům, kolegům, rodičům.
11. Evaluace. Způsoby hodnocení efektivity.
12. Formální náležitosti. Podpis ředitele školy a ŠMP, datum, razítko.
13. Doporučené přílohy MPP.

Příloha C: Cíle, kterých chceme dosáhnout i s ukazateli úspěchu (Slavíková, 2011)

Zdravý životní styl

Prevence vzniku poruch příjmu potravy

Cíle:

- **podporovat zdravý životní styl žáků**
- životosprávu, duševní hygienu, režim dne, stres,...
- **upevňovat kladný vztah ke svému tělu**
- **předcházet vzniku poruch příjmu potravy**
- anorexii, bulimii, dietám, ale také obezitě, apod.
- **seznámit žáky s různými styly života**
- vrcholový sport, modeling, vegetariánství, život v komunitách,...
- **předcházet negativním vlivům medií a reklamy**
- ideál krásy, odtržení od reality, módní trendy atd.
- **upevňovat a rozvíjet kladný vztah k životnímu prostředí**
- **naučit žáky poskytnout první pomoc a orientovat se v integrovaném záchranném systému**

Ukazatele úspěchu:

- ✓ **žáci mají zájem o zdravý životní styl**
- účelně využívají svůj volný čas, umějí odpočívat, relaxovat, dodržují pitný režim, dostatečně spí...
- ✓ **žáci dbají o svůj zevnějšek a tělo**
- aktivně sportují, vyhledávají pohyb, pečují o sebe...
- ✓ **žáci znají negativa a pozitiva různých stylů života**
- ✓ **žáci přemýšlí o vlivu medií a reklamy na jejich život a mají potřebu o tom diskutovat**
- ✓ **žáci mají kladný vztah k přírodě a životnímu prostředí**