

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

MAGISTERSKÉ PREZENČNÍ STUDIUM

2013–2015

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Tereza Šornová

Primární prevence poruch příjmu potravy na základních školách se zaměřením na roli školního metodika prevence

Praha 2015

Vedoucí diplomové práce:

PhDr. Zuzana Hadj Moussová

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

MASTER FULL-TIME STUDIES

2013–2015

DIPLOMA THESIS

Tereza Šornová

**Primary prevention of eating disorders at primary schools
with a focus on the role of the School Prevention Specialist**

Prague 2015

Diploma Thesis Work Supervisor:

PhDr. Zuzana Hadj Moussová

Prohlášení

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 10. března 2015

Tereza Šornová

Poděkování

Děkuji mé vedoucí práce PhDr. Zuzaně Hadj Moussové za podněty a poskytnuté konzultace v průběhu psaní diplomové práce.

Anotace

Diplomová práce je zaměřena na zjištění aktuálního stavu realizace primární prevence poruch příjmu potravy na vybraných základních školách v okrese Příbram, přičemž speciální pozornost je věnována funkci školního metodika prevence. V teoretické části jsou vyloženy základní pojmy, definice a celková východiska k tématu. V praktické části byly prostřednictvím rozhovorů s pěti školními metodiky prevence zjišťovány současné podoby realizované preventivní činnosti v této oblasti. Rozhovory byly doplněny provedením analýzy příslušných preventivních dokumentů.

Klíčová slova

Dospívání, mentální anorexie, mentální bulimie, poruchy příjmu potravy, primární prevence, rizikové chování, školní metodik prevence, základní školství.

Annotation

The Diploma Thesis focuses on the current state of primary prevention of eating disorders at primary schools in the district Příbram. Special attention is paid to the function of School Prevention Specialist. Theoretical part of Diploma Thesis deals with basic concepts, definitions and theoretical approaches to the topic. In the practical part were conducted interviews with five School Prevention Specialists to find out current form of the preventive interventions implemented at schools. An analysis of prevention documents was made to supplement interviews.

Keywords

Adolescence, anorexia nervosa, bulimia nervosa, eating disorders, primary education, primary prevention, risky behaviour, school prevention specialist.

OBSAH

ÚVOD	8
TEORETICKÁ ČÁST	10
1 PREVENCE	10
1.1 Rizikové chování.....	11
1.2 Rozdělení primární prevence.....	13
1.3 Efektivní a neúčinná primární prevence.....	14
2 SYSTÉM ŠKOLSKÉ PRIMÁRNÍ PREVENCE	17
2.1 Poradenské služby ve škole.....	17
2.2 Dokumenty primární prevence ve škole.....	21
3 PSYCHOGENNÍ PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY	25
3.1 Etiologie poruch příjmu potravy.....	26
3.1.1 Rizikové faktory	27
3.1.2 Protektivní faktory	29
3.2 Tělové schéma	30
4 INTERVENCE PEDAGOGA V OBLASTI PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	32
5 PREVENCE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY U DĚTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH	37
5.1 Primární prevence poruch příjmu potravy u dětí a dospívajících ve škole	38
5.2 Preventivní programy pro oblast poruch příjmu potravy	40
6 SPECIFIKA VÝVOJE DÍTĚTE STARŠÍHO ŠKOLNÍHO VĚKU	44
6.1 Specifika poradenské činnosti v období staršího školního věku dítěte.....	46
6.2 Dospívání jako rizikové období pro rozvoj poruch příjmu potravy.....	47
PRAKTICKÁ ČÁST	51
7 VÝZKUM	51
7.1 Vymezení výzkumných cílů	52
7.2 Výzkumné otázky.....	53
7.3 Výzkumný vzorek.....	53
7.4 Výzkumná metodika	54
7.5 Analýza dat	55
7.6 Časová organizace výzkumu podle jeho fází.....	56
7.7 Výsledky výzkumu.....	57
7.7.1 Analýza minimální preventivních programů	57
7.7.2 Interpretace výsledků rozhovorů	60
7.8 Shrnutí a diskuze výsledků	69
ZÁVĚR	72
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	74
SEZNAM ZKRATEK	79
SEZNAM PŘÍLOH	80

ÚVOD

Diplomová práce na téma „Primární prevence poruch příjmu potravy na základních školách se zaměřením na roli školního metodika prevence“ má za cíl zjistit rozsah a způsob zajišťování primární prevence poruch příjmu potravy na vybraných základních školách v okrese Příbram.

Toto téma jsem zvolila z toho důvodu, že se o poruchy příjmu potravy již delší dobu zajímám a považuji je za velmi rizikový a ohrožující způsob chování. Domnívám se, že každý pedagog, potažmo každý kdo pracuje s dětmi a mladistvými, by měl být s touto oblastí náležitě seznámen, a proto mě zajímalo, do jaké míry je tato oblast řešena v prostředí základních škol. V období, kdy jsem sama navštěvovala základní školu, jsem se s žádnou preventivní aktivitou v této oblasti nesetkala, například oproti besedám o drogách a návykových látkách či oblasti rizikového sexuálního chování, které byly navíc v některých případech vedeny pouze jako jednorázové přednášky s prezentací odstrašujících fotografií. Chtěla jsem zjistit, zda je oblast poruch příjmu potravy stále oblastí „upozadovanou“ vzhledem k ostatním kategoriím rizikového chování, nebo zda se tato situace již změnila.

V České republice odhadují odborníci výskyt poruch příjmu potravy na zhruba 4 až 6 %, vyskytují se tedy zhruba u každé dvacáté dívky. Přestože se jedná o skupinu psychických poruch, zanechávají vážné tělesné následky a téměř 8 až 20 % případů končí úmrtím. Mezi duševními poruchami představuje mentální anorexie diagnózu s nejvyšší pravděpodobností úmrtí. V současné době patří spektrum poruch příjmu potravy mezi nejčastější psychická onemocnění dospívajících. Aktuální vývojový trend však směřuje do ještě nižších věkových kategorií a v období posledních let jsou již stále častěji zaznamenávány příznaky poruch příjmu potravy i u mladších věkových skupin, výjimkou nejsou ani děti na prvním stupni základní školy ve věku 8 až 10 let. Poruchy příjmu potravy se také začínají objevovat u chlapců, přestože v nižší míře a v jiné formě než u dívek.

Vzhledem k tomu, že děti a dospívající tráví velkou část času ve škole, stává se škola společně s rodinou zásadním činitelem ve formování osobnosti dítěte. Může významně zvyšovat odolnost žáků vůči nejrůznějším formám rizikového chování a to

tím způsobem, že buduje u žáků patřičné sociální a osobnostní kompetence a snaží se snižovat dopad a šíření rizikového chování. Pedagogové mají možnost do velké míry ovlivnit vývoj dítěte.

Diplomová práce je členěna celkem do sedmi kapitol. V rámci první kapitoly jsou vymezeny pojmy prevence a rizikové chování, je uvedeno rozdělení primární prevence a kritéria pro zajištění její efektivity. Druhá kapitola je věnována systému školské primární prevence a rozebírá náplň činnosti jednotlivých školních poradenských pracovníků a dokumenty primární prevence v rámci školy, přičemž více rozebírá takzvaný minimální preventivní program. Třetí kapitola je zaměřena na vymezení psychogenních poruch příjmu potravy a jejich etiologii, dále rozebírá pojem „tělové schéma“ a upozorňuje na rizika spojená s jeho narušením. Čtvrtá kapitola rozebírá možnosti intervence a pomoci ze strany pedagoga směrem k žákovi, který se potýká s poruchou příjmu potravy, případně i jeho rodičům. Pátá kapitola vymezuje konkrétní možné podoby preventivních programů pro oblast poruch příjmu potravy. Předposlední kapitola je zaměřena na vývojová specifika dětí staršího školního věku, která jsou z hlediska tématu diplomové práce nejvíce ohroženou skupinou, upozorňuje na specifika a úskalí poradenské činnosti pro tento věk a věnuje se období dospívání, které v období staršího školního věku nastupuje, především z hlediska jeho významné rizikovosti pro vznik poruch příjmu potravy. Poslední kapitola je věnována výzkumnému projektu diplomové práce.

TEORETICKÁ ČÁST

1 PREVENCE

Pojem **prevence** zahrnuje všechna opatření směřující k předcházení a minimalizování jevů spojených s rizikovým chováním a jeho důsledků. Jedná se o „*jakýkoliv typ výchovné, vzdělávací, zdravotní, sociální či jiné intervence směřující k předcházení výskytu rizikového chování, zamezující jeho další progresi, zmírňující již existující formy a projevy rizikového chování nebo pomáhající řešit jeho důsledky*“¹.

V rámci prevence rozlišujeme tři stupně, prevenci primární, sekundární a terciární. **Primární prevence** zahrnuje veškeré konkrétní aktivity, které mají za cíl předejít problémům a následkům souvisejících s rizikovými projevy chování, případně snižovat jejich dopad a zabránit jejich rozšíření. **Sekundární prevence** je zaměřena na rizikovou skupinu, která je daným negativním jevem mimořádně ohrožena. V oblasti školství je chápána zejména jako zahájení včasné intervence a poradenství.² **Terciární prevence** je zaměřena na jedince, u kterých byl již negativní jev zaznamenán a usiluje o zmírnění jeho následků. V případech těžké závislosti usiluje alespoň o zmírnění škod, které závislost způsobuje.

V užším pojetí pojem prevence zahrnuje především prevenci primární, jež je zaměřena na základní ochranu jedince a společnosti, pokud primární prevence není úspěšná, přistupuje se u více ohrožené skupiny či jedince k realizaci prevence sekundární, případně terciární. Sekundární a terciární prevence je určena jedincům s vážnými formami rizikového chování, které nelze ovlivnit běžnými preventivními prostředky. Tyto postupy mají předcházet dalším recidivám a vyloučit co nejvíce rizik spojených s konkrétním typem rizikového chování a životním stylem jedince. Terciární prevence zahrnuje dva důležité procesy – *proces reedukace*, při kterém jsou posilovány pozitivní vlastnosti jedince, jež nebyly dostatečně rozvinuty, a *proces resocializace*,

¹ Národní strategie primární prevence rizikového chování dětí a mládeže na období 2013-2018. Praha: MŠMT, 2013. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/file/28077>

² Strategie prevence rizikových projevů chování u dětí a mládeže v působnosti resortu školství, mládeže a tělovýchovy na období 2009-2012. Praha: MŠMT, 2009. Dostupné z: www.msmt.cz/file/7322_1_1/

který pomáhá závislému či problémovému jedinci pochopit nové životní hodnoty a smysl života bez závislosti.³

1.1 Rizikové chování

Pojem **rizikové chování** označuje rozmanité formy chování, které mají negativní dopady na zdraví, sociální či psychologické fungování jedince anebo ohrožují jeho sociální okolí. Rizikové chování představuje různé typy chování, které se pohybují na škále od extrémních projevů chování „běžného“ (např. praktikování adrenalinových sportů) až po projevy chování na hranici patologie (např. nadměrné užívání alkoholu).⁴

Tento pojem nahradil dříve užívaný termín *sociálně patologické jevy*, který se pro účely školní prevence již neuvádá vzhledem k jeho stigmatizujícímu a normativnímu charakteru a zdůrazňování společenské normy. Školská primární prevence zahrnuje devět typů rizikového chování, mezi základní typy rizikového chování jsou zařazeny následující oblasti: *záškoláctví, šikana a extrémní projevy agrese, extrémně rizikové sporty a rizikové chování v dopravě, rasismus a xenofobii, negativní působení sekt, sexuální rizikové chování, závislostní chování*. Další významné oblasti pro uplatňování preventivního působení představují: *okruh poruch a problémů spojených se syndromem týraného a zanedbávaného dítěte, spektrum poruch příjmu potravy*. Tyto oblasti jsou řazeny do konceptu rizikového chování v jeho širším pojetí.⁵

Podmínky spojované s rostoucí pravděpodobností výskytu rizikového chování u jedince jsou nazývány jako *rizikové faktory*. Představují jasně vymezené charakteristiky chování, konstituce, životního prostředí. Další skupinu faktorů v primární prevenci představují *faktory protektivní (ochranné)*, které dopad rizikového chování zmírňují, působí proti nim či je kompenzují. Přítomnost rizikového faktoru

³ ČECH, T. Prevence. In: MIOVSKÝ, M. et al. *Výkladový slovník základních pojmů školské prevence rizikového chování*. Praha: Togga, 2012. ISBN 978-80-87258-89-7, s. 110.

⁴ Národní strategie primární prevence rizikového chování dětí a mládeže na období 2013-2018. Praha: MŠMT, 2013. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/file/28077>

⁵ MIOVSKÝ, M. Historie a současné pojetí primární prevence rizikového chování v České republice. In: MIOVSKÝ, M., L. SKÁCELOVÁ, J. ZAPLETALOVÁ a P. NOVÁK (eds.). *Primární prevence rizikového chování ve školství*. Praha: Togga, 2010. ISBN 978-80-87258-47-7, s. 23-25.

nemusí u jedince nutně předpovídat rozvoj rizikového chování, stejně tak přítomnost protektivního faktoru nemusí jedince od rizikového chování ochránit. Znalost rizikových faktorů má zásadní význam při tvorbě efektivních programů primární prevence.⁶

Rizikové a protektivní faktory se projevují vždy, když jedinec komunikuje s ostatními a společností, která jej obklopuje. Objevují se v následujících životních oblastech jedince: *individuální oblast, rodinná oblast, vrstevnická oblast, školní a pracovní oblast, komunitní oblast, oblast společnosti a životního prostředí*. Pro přehlednost jsou uvedeny v tabulce spolu s možnými příklady příslušných rizikových a protektivních faktorů pro danou oblast:

Tabulka 1: Rizikové a protektivní faktory

	Rizikové faktory	Protektivní faktory
Individuální oblast	Nepříznivý genetický profil, poruchy emocionality, nízké sebevědomí a sebehodnocení, úzkostnost, deficity v sociálních dovednostech	Emocionální stabilita, pozitivní vztah sám k sobě, rozvoj sociálních dovedností, odolnost vůči zátěži
Rodinná oblast	Zneužívání alkoholu či drog u rodičů, nedostatečný zájem rodičů, nezaměstnanost, konflikty v rodině	Pozitivní pouto rodič-dítě, emocionální podpora rodičovská kontrola a důslednost
Vrstevnická oblast	Členství ve skupině s rizikovým chováním, vrstevnický tlak, odmítnutí a vyřazení z vrstevnické skupiny	Dostatek přátel, vzájemná podpora, dobrý vrstevnická skupina s přiměřenými zájmy
Školní a pracovní oblast	Nezdravé školní klima, školní selhávání, zaměření na výkon, agresivní či odtažitě chování ve třídě	Zdravé školní prostředí, dobré vztahy s učiteli, včasná systematická a efektivní primární prevence, pozitivní hodnocení
Komunitní oblast	Ztráta ekonomických a vzdělávacích příležitostí, rozvoj užívání drog a alkoholu, vysoká mobilita lidí, kulturní nesourodost	Komunita pečuje o životní prostředí, vytváří ekonomické a sociální příležitosti, její členové provádí evaluaci stavu rizikového chování
Oblast společnosti a životního prostředí	Převaha represivních opatření, nedostatek finanční podpory pro preventivní aktivity, malá podpora vzdělávání	Převládající pozitivní hodnoty a normy, funkční a vyvážený systém zákonů a sankcí, stabilní politická situace, finanční podpora preventivních programů

Zdroj⁷

Při uplatňování primární prevence rizikových projevů chování u dětí a mládeže na školách hraje klíčovou roli Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR. V oblasti prevence rizikového chování zajišťuje několik důležitých úkolů – vytváří základní

⁶ CHARVÁT, M. a M. NEVORALOVÁ. Faktory rizikové a protektivní. In: MIOVSKÝ, M. et al. *Výkladový slovník základních pojmů školské prevence rizikového chování*. Praha: Togga, 2012. ISBN 978-80-87258-89-7, s. 45-48.

⁷ Tamtéž, s. 47-48.

strategie v příslušných oblastech, vymezuje priority pro budoucí období, zajišťuje patřičné podmínky nezbytné pro samotnou realizaci prevence ve školství.⁸ V současné době je platná Národní strategie primární prevence rizikového chování u dětí a mládeže, která je závazná na období let 2013 až 2018.

1.2 Rozdělení primární prevence

Primární prevenci je dělena na specifickou a nespecifickou primární prevenci, v rámci specifické prevence je rozlišována prevence všeobecná, selektivní a indikovaná.

Specifická primární prevence zahrnuje aktivity a programy, které jsou zacíleny na předcházení a snižování výskytu konkrétních forem rizikového chování, u kterých byl prokázán jasně daný vztah ke konkrétní formě rizikového chování. U těchto aktivit a programů je patrná časová a prostorová ohraničenost realizace a jasně vymezená cílová skupina. Specifickou prevenci je možné provádět ve třech úrovních podle intenzity programu, prostředků a nástrojů, které program využívá a dle úrovně zapojení cílové skupiny:

- **Všeobecná primární prevence** je zacílena na běžnou populaci dětí a mládeže bez rozlišování více či méně rizikových skupin, přičemž je zohledňováno věkové složení skupiny. Zpravidla se jedná o programy pro více osob (např. pro školní třídu), pro jejichž realizaci bývá ve většině případů dostatečné úplné vzdělání školního metodika prevence.
- **Selektivní primární prevence** je zaměřena na osoby více ohrožené, tedy na žáky, u nichž se předpokládá vyšší výskyt rizikového chování. Na této úrovni se již pracuje s menšími skupinami osob či s jednotlivci. Jedná se o skupinové programy, založené na posilování nejrůznějších technik v oblasti sociálních dovedností, komunikace a vztahů. Při zajišťování prevence na této úrovni je již vyžadováno

⁸ Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí a mládeže. Praha: MŠMT, 2010. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/vzdelavani/socialni-programy/metodicke-doporuceni-k-primarni-prevenci-rizikoveho-chovani>

odpovídající vzdělání školního metodika prevence v oblasti psychologie, speciální pedagogiky, adiktologie.

- **Indikovaná primární prevence** se soustřeďuje na jedince vystavené vlivu výrazně rizikových faktorů a jedince, u kterých se již projevilo rizikové chování. Důležité je zde uchopit problém co nejdříve, správně vyhodnotit potřebnost specifických intervencí a co nejdříve je zahájit. Pracuje se zde s populací s výrazně vyšším rizikem výskytu či s počínajícími projevy rizikového chování. Zajišťování prevence na této úrovni vyžaduje rovněž další vzdělání školního metodika prevence.⁹

Nespecifická primární prevence

Programy nespecifické primární prevence hrají klíčovou roli v systému preventivního působení. Věnují se výchově dětí a mládeže ke zdraví, osvojení žádoucího sociálního chování a zachování celistvosti osobnosti. Nespecifická primární prevence je realizována prostřednictvím sportovních a kulturních volnočasových aktivit, jedním z cílů je zvyšovat pestrost a atraktivitu těchto programů pro co nejširší spektrum dětí a mládeže. Z pohledu školní prevence zde hraje významnou roli soubor bezpečnostních pravidel, které jsou pro školu z hlediska rizikového chování určující. Tato pravidla by pro školu neměla představovat pouze dodržování příslušných norem a předpisů, ale také nejrůznější doplňkové aktivity, podporující aktivní zapojení dětí a rodičů do činnosti školy, a také občanskou iniciativu.¹⁰

1.3 Efektivní a neúčinná primární prevence

Zásady efektivní primární prevence byly stanoveny na základě uskutečněných výzkumných zjištění a praktických zkušeností. Tyto zásady by měly být zohledňovány

⁹ ČERNÝ, M. Základní úrovně provádění primární prevence. In: MIOVSKÝ, M., L. SKÁCELOVÁ, J. ZAPLETALOVÁ a P. NOVÁK (eds.). *Primární prevence rizikového chování ve školství*. Praha: Togga, 2010. ISBN 978-80-87258-47-7, s. 42-43.

¹⁰ PAVLAS MARTANOVÁ, V. *Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů školské primární prevence rizikového chování*. Praha: Togga, 2012. ISBN 978-80-87258-75-0, s. 15-16.

a doplňovány ve všech preventivních programech jako jejich nedílná součást, jedná se o následující:

Komplexnost a kombinace mnohočetných strategií, které ovlivňují cílovou skupinu. Příčiny rizikového chování bývají rozdílné a tudíž je nutné preventivní programy navrhovat *komplexně* jako soubor více faktorů a jako koordinovanou spolupráci různých institucí.

Kontinuita působení a systematická plánování. Preventivní působení by mělo být *systematické a dlouhodobé*. Uskutečňování jednorázových aktivit se ukázalo být neefektivní. Programy na sebe musí navazovat a navzájem se doplňovat, tato *provázanost* musí být zohledněna při jejich realizaci.

Cílenost a adekvátnost informací i forem působení s ohledem na cílovou populaci a její charakteristiky (sociokulturní, demografické). U každého preventivního programu je nutné vymezit cílovou skupinu, pro kterou je určen, přičemž musí být zohledněn její věk, míra rizikovosti, úroveň vědomostí, sociokulturní zázemí, etnická příslušnost, postoje k danému typu rizikového chování a charakteristiky místního společenství. Je důležité, aby program působil lákavě a dokázal udržet pozornost.

Propojení různých typů prevence a preventivních programů v oblasti rizikového chování. Klíčová je dobrá provázanost preventivních programů, protože spojením různých vhodných programů lze posílit efekt preventivního působení.

Včasný začátek preventivních aktivit, ideálně od předškolního věku. Výzkumy potvrzují, že efektivita prevence závisí na jejím včasném zahájení, jelikož v nejranějším věku se již formuje osobnost, názory a postoje. Preventivní aktivity musí být však přizpůsobeny věku dítěte.

Pozitivní orientace primární prevence a demonstrace konkrétních alternativ. Součástí každého preventivního programu by měla být podpora zdravého životního stylu, využívání pozitivních modelů a nabídka pozitivních alternativ v příslušné cílové skupině.

Využití „KAB“ modelu. Prevence by neměla být zaměřena výhradně na pouhé předávání informací, ale spíše na kvalitu postojů a změnu chování, jejím cílem by mělo

být ovlivnění chování. Součástí programů by mělo tvořit osvojení důležitých sociálních dovedností a dovedností potřebných pro život.

Využití „peer“ prvku, důraz na interakci a aktivní zapojení. Vrstevníci představují pro děti a dospívající často vlivnější autoritu než rodiče a učitelé, mohou tak výrazně ovlivnit formování jejich názorů a postojů a také přispět ke snížení rizikového chování. Aktivní zapojení žáků zvyšuje pravděpodobnost úspěchu preventivního programu.

Denormalizace znamená změnu norem a hodnot určitého společenství do takového stavu, kdy jeho členové nebudou projevy rizikového chování chápat jako žádoucí, ani jako neutrální sociální klima. Primární prevence zde přispívá k vytvoření takového sociálního prostředí, které není příznivé pro šíření rizikového chování. Cílem je u daného společenství zvýšit smysl pro sociální normu.

Podpora protektivních faktorů ve společnosti a vytváření podpůrného a pečujícího prostředí. Preventivní programy by měly podporovat a vytvářet podmínky pro společensky přijatelné aktivity a formovat podpůrné prostředí, v němž by děti a mládež mohli navazovat vhodné vztahy.¹¹

Neúčinná primární prevence

Mezi neefektivní postupy jsou řazeny metody zastrašování a hesla typu „řekni ne“, citové apely, realizace jednorázových akcí, strohé předávání informací, potlačování diskuze, pouhé sledování filmu, přednášky, diskuze s bývalými uživateli návykových látek, nezapojování žáků do aktivit, moralizování a afektivní výchova. Tyto postupy jsou dodnes některými rodiči či metodiky na školách považovány za účinné, což se ukázalo být velmi chybné a tato tvrzení zřejmě vznikají z neznalosti principů efektivní prevence.¹²

¹¹ PAVLAS MARTANOVÁ, V. *Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů školské primární prevence rizikového chování*. Praha: Togga, 2012. ISBN 978-80-87258-75-0, s. 37-39.

¹² Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí a mládeže. Praha: MŠMT, 2010. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/vzdelavani/socialni-programy/metodicke-doporuceni-k-primarni-prevenci-rizikoveho-chovani>

2 SYSTÉM ŠKOLSKÉ PRIMÁRNÍ PREVENCE

Životní období plnění školní docházky je zásadní pro formování osobnosti dítěte či mladistvého a případné nežádoucí chování započaté v tomto věku může nepříznivě ovlivnit další vývoj jedince. Odstranit takové chování bývá zpravidla velmi obtížné, proto je oblast primární prevence rizikového chování ve školství v působnosti nejen Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy, ale jsou zapojeny i další subjekty působící ve školství.

Koordinace školské prevence probíhá na dvou základních úrovních: horizontální a vertikální. Na *horizontální úrovni* je realizována jako spolupráce MŠMT s příslušnými rezorty (Ministerstvo zdravotnictví, Ministerstvo vnitra, Ministerstvo práce a sociálních věcí, Ministerstvo obrany), MŠMT podněcuje a podporuje optimální spolupráci těchto rezortů při realizaci primární prevence rizikových jevů.

Vertikální úroveň koordinace prevence rizikového chování ve školství je metodicky vedena MŠMT, sestává se z krajských školských koordinátorů prevence, metodiků prevence (pracovníci pedagogicko-psychologických poraden) a školních metodiků prevence (pedagogové ve školách a školských zařízeních), usiluje o sjednocení jednotlivých aktivit, probíhajících na obecní i krajské úrovni.¹³

2.1 Poradenské služby ve škole

Školní poradenské služby jsou upraveny *vyhláškou č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních*. Jsou zajišťovány zejména výchovným poradcem a školním metodikem prevence, v některých případech se zde uplatňuje i školní psycholog či školní speciální pedagog a vždy se zapojují další účastníci pedagogického sboru. Oblast poradenských služeb je v působnosti ředitele

¹³ BUDINSKÁ, M., HOLICKÁ, N. a J. PILAŘ. Organizační rámec školské prevence v ČR. In: MIOVSKÝ, M., L. SKÁCELOVÁ, J. ZAPLETALOVÁ a P. NOVÁK (eds.). *Primární prevence rizikového chování ve školství*. Praha: Togga, 2010. ISBN 978-80-87258-47-7, s. 62-64.

školy, popřípadě jiné pověřené osoby, ten je také odpovědný za vytvoření preventivního programu školy. Poradenští pracovníci mají za úkol spolupracovat v týmech se specializovanými poradenskými pracovišti ve školství: s pedagogicko-psychologickými poradnami (PPP), speciálně pedagogickými centry (SPC) a středisky výchovné péče (SVP), která jim poskytují odbornou a metodickou oporu.¹⁴

Výchovný poradce

Výchovný poradce se uplatňuje zejména v oblasti kariérového poradenství a při integraci žáků se speciálně vzdělávacími potřebami, včetně žáků nadaných. Vykonává zejména následující činnosti:

- spolupracuje se školním psychologem nebo školním speciálním pedagogem,
- spolupracuje s pedagogicko-psychologickou poradnou, speciálně pedagogickým centrem a střediskem výchovné péče,
- provádí vyhledávání žáků, kteří potřebují pomoc a jejichž výchova, vzdělávání nebo psychický a sociální vývoj vyžadují speciální péči,
- předkládá návrhy na postup a řešení problémů žáků,
- průběžně sleduje chování žáků po dobu školní docházky,
- koordinuje spolupráci třídních učitelů se školním psychologem nebo školním speciálním pedagogem,
- pomáhá v kariérovém poradenství a spolupracuje s učiteli odborných předmětů, kteří se orientují na volbu profese,
- pomáhá vytvářet kariérové poradenství školy ve spolupráci s úřady práce,
- metodicky pomáhá učitelům při řešení aktuálních problémů třídních kolektivů,
- podílí se na realizaci preventivního programu školy a pomáhá při jeho vytváření,
- spolupracuje se školním metodikem prevence,
- vede písemné záznamy o své činnosti,
- spolupracuje s rodiči nebo zákonnými zástupci dítěte,
- chrání práva dítěte ve školním prostředí.¹⁵

¹⁴ VALENTOVÁ, L. Poradenské služby ve škole. *Euroguidance ČR* [online]. [cit. 2014-10-15]. Dostupné z: <http://www.euroguidance.cz/cz/clanky/l-valentova-poradenske-sluzby-ve-skole.html>

¹⁵ ZAPLETALOVÁ, J. Školní poradenská pracoviště. *Národní ústav pro vzdělávání* [online]. [cit. 2014-10-15]. Dostupné z: <http://www.nuv.cz/cinnosti/ppp/poradenstvi/skolni-poradenska-pracoviste>

Školní metodik prevence

Školní metodik prevence (dále ŠMP) se věnuje zejména oblasti prevence sociálně patologických jevů. Vykonává činnosti *metodické a koordinační, informační a poradenské*. Vzhledem k zaměření diplomové práce na činnost školního metodika prevence je obsah jeho aktivit rozveden podrobněji.

Metodické a koordinační činnosti:

- koordinuje tvorbu minimálního preventivního programu školy a kontroluje jeho realizaci,
- koordinuje aktivity školy zacílené na prevenci záškoláctví, závislostí, násilí, vandalismu, sexuálního zneužívání, zneužívání sektami, prekriminálního a kriminálního chování, rizikových projevů sebepoškozování a dalších sociálně patologických jevů, na těchto aktivitách se podílí a metodicky vede činnost ostatních pedagogických pracovníků školy při prevenci těchto jevů,
- koordinuje vzdělání pedagogických pracovníků školy v oblasti prevence sociálně patologických jevů,
- koordinuje přípravu a realizuje aktivity zaměřené na zapojování multikulturních prvků do vzdělávacího procesu a na integraci žáků-cizinců, prioritu v rámci tohoto procesu představuje prevence rasismu, xenofobie a dalších jevů, souvisejících s otázkou přijímání kulturní a etnické odlišnosti,
- koordinuje spolupráci školy s orgány státní správy a samosprávy, které mají v kompetenci problematiku prevence sociálně patologických jevů, s metodikem preventivních aktivit a s odbornými pracovišti (poradenskými, terapeutickými, preventivními, krizovými a dalšími zařízeními a institucemi),
- kontaktuje odpovídající odborné pracoviště v případě akutního výskytu sociálně patologických jevů a podílí se na intervenci a následné péči.¹⁶

¹⁶ Vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních.

Informační činnosti:

- zajišťuje a předává pedagogickým pracovníkům školy odborné informace o problematice sociálně patologických jevů, o nabídkách programů a projektů, o metodách a formách specifické primární prevence,
- prezentuje výsledky preventivní práce školy, získává nové odborné informace a zkušenosti,
- vede a aktualizuje databázi spolupracovníků školy pro oblast prevence sociálně patologických jevů (orgány státní správy a samosprávy, SVP, poradny, zdravotnická zařízení, PČR, orgány sociální péče, centra krizové intervence a další zařízení, instituce i jednotliví odborníci).

Poradenské činnosti:

- ve spolupráci s dalšími učiteli se podílí na vyhledávání a orientačním šetření žáků s rizikem či projevy sociálně patologického chování, poskytuje těmto žákům a jejich zákonným zástupcům poradenské služby a v případě potřeby zajistí péči odpovídajícího odborného pracoviště,
- spolupracuje s třídními učiteli při zachycování varovných signálů spojených s možností rozvoje sociálně patologických jevů u jednotlivých žáků a tříd,
- připravuje podmínky pro integraci žáků se specifickými poruchami chování ve škole a koordinuje poskytování poradenských a preventivních služeb těmto žákům školou a specializovanými zařízeními.

Školní psycholog a školní speciální pedagog

Školní psycholog zajišťuje aktivity spojené s pedagogickým sborem, jednotlivými pedagogy, třídními učiteli, se školními třídami, jednotlivými žáky a s jejich rodiči. Při své činnosti spolupracuje s odborníky z dalších zařízení – PPP, SPC, SVP, s lékaři, psychiatry, sociálními pracovníky, pracovníky krizových center a dalšími. Školní psycholog přichází do kontaktu s celým systémem školy, pracuje s pedagogy a žáky, u nichž se zatím neprojeví akutní problémy, a se žáky potenciálně ohroženými.

Při své každodenní činnosti pracuje s třídními kolektivy, věnuje se mapování sociálního klimatu třídy, což napomáhá vybudovat prostředí, ve kterém budou žáci lépe zvládat problémy, jednat s respektem a úctou ke druhému a které minimalizuje vznik konfliktů. V rámci individuálního poradenství může školní psycholog poskytnout žákům krizovou intervenci, konzultace, diagnostiku zaměřenou na osobnostní a intelektové charakteristiky, poruchy chování a učení, obtíže při výuce, učební styl, školní selhávání a případné výchovné problémy nebo patologické jevy. Zajišťuje také reedukaci a terapii dětí se specifickými poruchami učení a zapojuje se při integraci dětí se zdravotním postižením.

Školní speciální pedagog především připravuje podmínky pro integraci dětí se zdravotním postižením ve spolupráci s dalšími odborníky a dlouhodobě kontroluje a vyhodnocuje proces individuální integrace, koordinuje speciálně-pedagogické poradenství ve škole, provádí speciálně diagnostické činnosti a pomáhá vytvářet a koordinovat individuální vzdělávací programy pro žáky se speciálními potřebami. Koordinuje spolupráci školy se SPC a dalšími odbornými pracovišti. V případě potřeby poskytuje metodickou pomoc pedagogickým pracovníkům školy a odborné informace ze speciálně-pedagogické oblasti.¹⁷

2.2 Dokumenty primární prevence ve škole

Školní preventivní program (ŠPP) „je dlouhodobým preventivním programem pro školy a školská zařízení a je součástí školního vzdělávacího programu, který vychází z příslušného rámcového vzdělávacího programu“¹⁸. Obsahuje jasně vymezené krátkodobé i dlouhodobé cíle, je přizpůsoben specifické populaci školy, řeší případný výskyt rizikového chování a musí zřetelně podporovat zdravý životní styl. ŠPP pracuje

¹⁷ ZAPLETALOVÁ, J. Školní poradenská pracoviště. *Národní ústav pro vzdělávání* [online]. [cit. 2014-10-15]. Dostupné z: <http://www.nuv.cz/cinnosti/ppp/poradenstvi/skolni-poradenska-pracoviste>

¹⁸ SKÁCELOVÁ, L. Minimální preventivní program školy. In: MIOVSKÝ, M., L. SKÁCELOVÁ, J. ZAPLETALOVÁ a P. NOVÁK (eds.). *Primární prevence rizikového chování ve škole*. Praha: Togga, 2010. ISBN 978-80-87258-47-7, s. 101.

s podněty, které jsou důležité při vytváření a realizaci minimálního preventivního programu.¹⁹

Minimální preventivní program (MPP) „je konkrétním dokumentem školy zaměřeným na výchovu žáků ke zdravému životnímu stylu, na jejich osobnostní a sociální rozvoj a rozvoj jejich sociálně komunikativních dovedností. Jeho součástí jsou též specifické intervence pomáhající žákům osvojit si takové znalosti, dovednosti a způsobilosti (kompetence), které efektivně snižují riziko výskytu případně rozvoje konkrétních forem rizikového chování“²⁰. MPP je vytvářen pro období jednoho školního roku a na jeho tvorbě spolupracují všichni pedagogové příslušné školy, školní metodik prevence nese zodpovědnost za jeho konečnou podobu a po celou dobu jeho tvorby tento proces koordinuje. V případě potřeby jej může konzultovat s metodikem prevence příslušné pedagogicko-psychologické poradny. Základem MPP je podporování vlastní aktivity žáků, používání rozmanitých forem preventivních aktivit, začlenění ostatních pedagogů školy a kooperace se zákonnými zástupci žáků. Minimálním preventivním programem a praktickým postupem jeho vytváření se podrobně zabývá například PhDr. Skácelová.²¹

Školní metodik prevence by měl při tvorbě MPP i při uskutečňování dalších činností v oblasti prevence vycházet z platné školské legislativy, tj. ze školských dokumentů pro oblast primární prevence, koncepcí primární prevence, standardů odborné způsobilosti poskytovatelů programů primární prevence užívání návykových látek, dlouhodobých preventivních strategií školy, školního řádu, krizového plánu školy a sankčního řádu.

Součástí MPP musí být jasné vymezení *krátkodobých* a *dlouhodobých* cílů preventivních programů a činností škol a musí být přizpůsoben příslušným okolnostem (kulturní, sociální, politické), organizaci školy i specifické populaci ve škole. MPP musí zohledňovat případné rozdíly ve školním prostředí, předcházet a minimalizovat rizikové

¹⁹ SKÁCELOVÁ, L. Minimální preventivní program školy. In: MIOVSKÝ, M., L. SKÁCELOVÁ, J. ZAPLETALOVÁ a P. NOVÁK (eds.). *Primární prevence rizikového chování ve školství*. Praha: Togga, 2010. ISBN 978-80-87258-47-7, s. 101.

²⁰ MIOVSKÝ, M. *Návrh doporučené struktury minimálního preventivního programu prevence rizikového chování pro základní školy*. Praha: Togga, 2012. ISBN 978-80-87258-74-3, s. 14.

²¹ SKÁCELOVÁ, L. Minimální preventivní program školy. In: MIOVSKÝ, M., L. SKÁCELOVÁ, J. ZAPLETALOVÁ a P. NOVÁK (eds.). *Primární prevence rizikového chování ve školství*. Praha: Togga, 2010. ISBN 978-80-87258-47-7, s. 102.

chování a podporovat u žáků schopnost vytvářet zodpovědná rozhodnutí. Krátkodobé cíle by měly být vymezeny konkrétně pro příslušnou cílovou populaci a být v souladu s preventivní strategií školy. Měly by být řazeny dle priorit školy. Dlouhodobé cíle jsou vymezeny obecněji a při realizaci vyžadují více času. Měly by být shodné se strategií prevence rizikového chování a s preventivní strategií školy, ve které jsou zmíněny především.

Minimální preventivní program je obvykle sestaven nejméně ze tří částí: **soubor pravidel pro zvýšení bezpečnosti dětí ve škole, programy pro rozvoj dovedností pro život**, které zahrnují programy pro rozvoj sociálních dovedností a dovedností sebeovlivnění, a **programy zacílené na jednotlivé oblasti rizikového chování**.

Soubor pravidel pro zvýšení bezpečnosti dětí ve škole. Cílem této části MPP je rozšířit zásady fungování školy tak, aby rizikové chování mělo co nejmenší dopady na děti a zaměstnance školy. Tyto kroky jsou nad rámec povinností, které školám vymezuje legislativa.²²

Programy zaměřené na rozvoj dovedností pro život (tzv. life-skills). Dovednosti pro život definuje Miovský jako: „*schopnosti usnadňující adaptivní chování jedince a pomáhající ve zvládnání každodenních problémů*“²³. Jedná se o schopnosti, které podporují u dětí a dospívajících zdravý způsob chování s ohledem na jejich přání a potřeby. Mohou se uplatňovat při podpoře sebeúcty, sebedůvěry a při vnímání duševní pohody (well-being). Souvisí se stupněm dosažených znalostí, osobními postoji jedince a jeho hodnotami. Jejich úspěšné zvládnutí je pozitivní pro celkové chování jedince, jeho zdraví a předcházení zdravotních problémů a rizikovému chování.²⁴

²² ČABLOVÁ, L., M. MIOVSKÝ a L. SKÁCELOVÁ. Minimální preventivní program školy. In: MIOVSKÝ, M. et al. *Výkladový slovník základních pojmů školské prevence rizikového chování*. Praha: Togga, 2012. ISBN 978-80-87258-89-7, s. 84-86.

²³ MIOVSKÝ, M. *Návrh doporučené struktury minimálního preventivního programu prevence rizikového chování pro základní školy*. Praha: Togga, 2012. ISBN 978-80-87258-74-3, s. 43.

²⁴ Tamtéž, s. 43.

Životní dovednosti dělí Nešpor do dvou skupin, na *dovednosti sociální* a *dovednosti sebeovlivnění*.²⁵ Jejich příklady jsou pro větší přehlednost uvedeny v tabulce:

Tabulka 2: Dovednosti pro život

Sociální dovednosti	Komunikační dovednosti	Schopnost čelit sociálnímu tlaku	Asertivní dovednosti (zdravé sebeprosazení)	Schopnost empatie a porozumění životním situacím
Výběrová upřímnost	Schopnost vytvářet vztahy a budovat sociální vztahy	Mediální gramotnost	Pracovní a studijní povinnosti	Přízpůsobivost
Dovednosti sebeovlivnění	Schopnost se motivovat	Schopnost oddálit potěšení kvůli výhodě v budoucnu	Rozhodovat se a předvídat následky určitého jednání	Schopnost chránit zdravé sebevědomí
Schopnost plánovat čas a nakládat energií	Dovednosti při zvládání rizikových duševních vztahů	Relaxační dovednosti	Schopnosti pečovat o vlastní zdraví	Schopnost racionálně hospodařit s penězi

Zdroj:²⁶

Programy zacílené na jednotlivé oblasti rizikového chování. MPP by měl zahrnovat dílčí programy pro všechny základní kategorie rizikového chování, seřazené dle věku a dalších možností s ohledem na cílovou skupinu.²⁷

²⁵ NEŠPOR, K. a A. SCHEANSOVÁ. Dovednosti pro život v prevenci a léčbě návykových nemocí. *Infodrogy.sk* [online]. 2009 [cit. 2014-10-01]. Dostupné z: <http://www.infodrogy.sk/index.cfm?module=Library&page=Document&DocumentID=693>

²⁶ Tamtéž.

²⁷ ČABLOVÁ, L., M. MIOVSKÝ a L. SKÁCELOVÁ. Minimální preventivní program školy. In: MIOVSKÝ, M. et al. *Výkladový slovník základních pojmů školské prevence rizikového chování*. Praha: Togga, 2012. ISBN 978-80-87258-89-7, s. 86.

3 PSYCHOGENNÍ PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

Mezi psychogenní poruchy příjmu potravy (dále také PPP) jsou zařazována onemocnění, která se vyznačují narušeným myšlením a jednáním ve vztahu k jídlu a k vlastnímu vzhledu. Způsobují narušené vnímání tělesných proporcí a obavu z obezity, patří sem především mentální anorexie a mentální bulimie. U obou poruch lze nalézt některé společné symptomy: výrazné výkyvy v hmotnosti jedince, zejména její úbytek a převládající stav hladovění. Spolu se zmíněnými symptomy se objevují i značné duševní a tělesné změny.²⁸ Poruchy příjmu potravy představují multifaktoriální onemocnění a je nutné je nahlížet v rámci bio-psycho-sociálního kontextu.²⁹

Mentální anorexie se nejčastěji objevuje u dospívajících dívek a mladých žen. Jedná se o záměrné snižování tělesné hmotnosti a vyznačuje se obavami ze ztloustnutí. Postižení se snaží o dosažení co nejnižší hmotnosti, která se následně projevuje v podvýživě, sekundárních endokrinních a metabolických změnách a v narušeném fungování organismu (např. ztráta menstruace). Hlavními příznaky je nadměrné cvičení, dietní omezování, úmyslně vyvolané zvracení či průjmy a užívání léků na hubnutí a diuretik.³⁰

Diagnostická kritéria **mentální anorexie** (F50.0) dle MKN-10 – Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize:

- a. tělesná váha je nejméně o 15 % nižší oproti normální či očekávané váze pro daný věk a odpovídající výšku,
- b. úbytek váhy je způsoben vyhýbáním se jídlům, „po kterých se tloustne“,
- c. zkreslené vnímání sebe sama jako příliš tlusté, spojené s obavou z dalšího tloustnutí, vedoucí jedince k udržování stavu podváhy,
- d. endokrinní porucha hypotalamo-hypofyzo-gonádové osy, projevující se u žen ztrátou menstruace, u mužů ztrátou zájmu o sex.

²⁸ FALTUS, F. Behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory (psychogenní poruchy příjmu potravy). In: ZVOLSKÝ, P. *Speciální psychiatrie*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 1998. ISBN 80-718-4666-X, s. 124.

²⁹ PAPEŽOVÁ, H. (ed.) *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-802-4724-256, s. 126.

³⁰ SMOLÍK, P. *Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací, nástin nozologie, diagnostika*. Praha: Maxdorf, 1996. ISBN 80-858-0033-0, s. 305.

Mentální bulimie se projevuje opakovanými záchvaty přejídání a nadměrným zabýváním se kontrolou tělesné hmotnosti, což způsobuje typické přejídání s následným zvracením či užitím projímadel, vedoucí k nejrůznějším somatickým komplikacím.³¹

Diagnostická kritéria **mentální bulimie** (F50.2) dle MKN-10:

- a. opakované epizody přejídání (nejméně dvakrát týdně po dobu tří měsíců), při nichž je zkonsumováno velké množství jídla v krátkém čase,
- b. neustálé zabývání se jídlem a silné puzení k jídlu (žádostivost),
- c. snaha potlačit kalorický účinek jídla – vyprovokovaným zvracením, vyprovokovaným průjmem, hladověním, užíváním léků na hubnutí nebo diuretik.
- d. pocit nadměrné tloušťky spojený s obavou z tloustnutí (následkem je zpravidla podváha).

Do poruch příjmu potravy dále spadají diagnózy: *atypická mentální anorexie* (F50.1), *atypická mentální bulimie* (F50.3), *prejídání spojené s jinými psychickými poruchami* (F50.4), *zvracení spojené s jinými psychickými poruchami* (F50.5), *jiné poruchy příjmu jídla* (F50.8).

3.1 Etiologie poruch příjmu potravy

Etiologie poruch příjmu potravy představuje složitou a doposud nejednoznačnou otázku – do dnešní doby nebyla rozpoznána jednotná příčina, kterou by bylo možné označit jako primární. Na poruchy příjmu potravy proto bývá nahlíženo stejně jako na většinu psychických a zdravotních onemocnění, tedy jako na multifaktoriálně podmíněné, popisované množstvím teorií a hypotéz o jejich etiologii. Vedle geneticky podmíněné náchylnosti se riziko jejich vzniku významně zvyšuje s vystavením jedince určitým specifickým biologickým, sociokulturním a případně dalším faktorům.

U některých poruch příjmu potravy (mentální anorexie, mentální bulimie) byla zjištěna dědičnost, většina takto podmíněných genů řídí příjem potravy, chuť k jídlu,

³¹ SMOLÍK, P. *Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací, nástin nozologie, diagnostika*. Praha: Maxdorf, 1996. ISBN 80-858-0033-0, s. 310.

metabolismus, náladu nebo odezvu na odměňování a potěšení. Biologický původ nebyl dosud podrobněji prozkoumán, protože většina studií je prováděna v akutní fázi onemocnění nebo ve fázi rekonvalescence (namísto premorbidní fáze, tj. před onemocněním), v nichž dochází k fyziologickým změnám způsobeným dlouhotrvajícími hladověním, a změnám chování, které je ovlivněno probíhající nemocí, což značně komplikuje zkoumání.

Byly rozeznány určité **osobnostní rysy** působící nejen v průběhu nemoci, ale i před jejím počátkem a v období rekonvalescence. Patří mezi ně perfekcionismus, obsedantně-kompulzivní rysy osobnosti, neuroticismus, negativní emocionalita, vyhýbání se ohrožení, neochota spolupracovat, nízké sebevědomí a dále pak rysy související s vyhýbavou osobností. Osobnostní rysy se mohou odvíjet od konkrétní poruchy příjmu potravy, například jedinci trpící mentální anorexií se vyznačují nízkou potřebou vyhledávat nové podněty a impulzy (osoby pasivní, stereotypní, často rigidní), a naopak silnou schopností sebekontroly a vytrvalosti. U pacientů s mentální bulimií se jedná především o sklony k impulzivitě, vyhledávání nových a intenzivních podnětů a rysy hraniční osobnosti. Je však velmi obtížné odlišit příčiny od následků, zvláště pokud dlouhotrvající hladovění ovlivňuje oblast poznávání, chování i mezilidských vztahů.

Neopomenutelným faktorem při vzniku poruch příjmu potravy jsou také **sociokulturní vlivy**, a to především u jedinců, kteří se ztotožnili se západním ideálem krásy. Právě u těchto osob dochází ke zvýšenému riziku nespokojenosti s vlastním tělem, což může vést k negativní emocionalitě a následným snahám omezit příjem potravy – typickým příznakům mentální bulimie.³²

3.1.1 Rizikové faktory

Rizikové faktory označují vlastnosti zvyšující pravděpodobnost výskytu daného rizikového chování (poruch příjmu potravy). Mohou být *ovlivnitelné*, tedy měnitelné,

³² THE NATIONAL EATING DISORDERS COLLABORATION. *Eating Disorders Prevention, Treatment & Management: An Evidence Review* [online]. 2010 [cit. 2014-11-15]. Dostupné z: http://www.nedc.com.au/files/pdfs/NEDC_Evidence%20Review_Final.pdf

nebo naopak *neovlivnitelné*, což jsou neměnné podmínky jako například věk, pohlaví a rodinná anamnéza. Za nejvýznamnější a doposud jediný prokazatelný rizikový faktor pro vznik poruch příjmu potravy považují odborníci **držení diet**. Výzkum vedený v Austrálii prokázal až 18krát vyšší pravděpodobnost rozvoje PPP u dospívajících žen, které držely přísnou dietu, přičemž v průběhu jednoho roku byla zjištěna 20% pravděpodobnost rozvoje PPP u těchto žen.³³ Toto zjištění je znepokojivé, jelikož fenomén diet mezi mladými ženami je v posledních letech velmi častý.

Dalšími identifikovanými rizikovými faktory mohou být:

Genetické faktory. Dosud nebyly objeveny žádné specifické geny, které by byly přímo zodpovědné za vznik PPP. Určité geny však mohou ovlivňovat řadu dalších rizikových faktorů, např. body-mass index (BMI) nebo temperament.

Trauma a nepříznivé životní zkušenosti. Sexuální zneužívání v dětském věku, zanedbávání, plně rozvinutá anebo podprahová posttraumatická stresová porucha.

Temperamentové a kognitivní vlastnosti. Nízká sebeúcta, nespokojenost s vlastním tělem, negativní emocionalita, přeceňování významu tělesné hmotnosti a tělesných proporcí, nespokojenost s vlastním životem, potíže při zvládnání emočních stavů, obsedantně-kompulzivní osobnostní rysy, perfekcionismus, sociální fobie, ztotožnění se se společenským ideálem krásy, neschopnost odolávat mediálnímu tlaku propagace štíhlosti a dokonalosti.

Rodina a zkušenosti z raného dětství. Týrání a šikana, problémy se školní přizpůsobivostí a nedostatek přátel, přejímání stravovacích návyků a postojů v rodině.

Biologické a vývojové charakteristiky. Období dospívání, nadváha či vysoká hodnota BMI, nízký společenský status, časný začátek menstruace.

Sociální a kulturní charakteristiky. Typický výskyt PPP v ekonomicky vyspělých zemích, rizikové sporty – především takové, kde je kladen důraz na estetiku (balet, gymnastika, synchronizované plavání, krasobruslení), mediální prezentace těla na veřejnosti (osobnosti z oblasti atletiky, modelingu), kritické připomínky nebo přímo narážky na hmotnost, tělesné proporce či způsob stravování dané osoby.

³³ THE NATIONAL EATING DISORDERS COLLABORATION. *Eating Disorders Prevention, Treatment & Management: An Evidence Review* [online]. 2010 [cit. 2014-11-15]. Dostupné z: http://www.nedc.com.au/files/pdfs/NEDC_Evidence%20Review_Final.pdf

Aktuální psychopatologie, psychopatologie v kontextu rodiny. Rodinná anamnéza s výskytem poruchy příjmu potravy u některého člena rodiny, porucha pozornosti s hyperaktivitou.

Premorbidní indikátory. Držení diet a nezdravá kontrola váhy, nadměrné zabývání se jídlem a vlastním tělem, tajné jedení, příjemné prožívání pocitu prázdného žaludku, strach ze ztráty kontroly nad jídlem.

Většinu z výše uvedených rizikových faktorů lze považovat za ovlivnitelné, včetně genetické náchylnosti, jež může být zmírněna životním prostředím nebo epigenetickými³⁴ mechanismy, a mohou být změněny posilováním zdraví a pomocí určitých preventivních kroků.³⁵

3.1.2 Protektivní faktory

Protektivní faktory pravděpodobnost výskytu daného rizikového chování (poruch příjmu potravy) naopak snižují. Výzkumy prokázaly existenci specifických faktorů **na straně jednotlivce, na úrovni rodiny a sociokulturních protektivních faktorů**, které mohou do jisté míry chránit před vznikem poruch příjmu potravy, popřípadě před patologickým jídelním chováním.

Protektivní faktory na straně jednotlivce. Vysoká sebeúcta, pozitivní přístup k vlastnímu tělu, schopnost kriticky vyhodnocovat informace předávané médiu, emocionální pohoda, školní úspěchy, nezávislost a asertivita, úspěšné plnění více sociálních rolí, genetické predispozice ke štíhlosti.

Protektivní faktory na úrovni rodiny. Rodinná soudržnost, rodinné prostředí, v němž není nadměrně zdůrazňována fyzická atraktivita a štíhlost, pravidelné společné stolování.

Sociokulturní protektivní faktory. Zahrnují společenské prostředí, které je tolerantní k rozmanitosti tělesných proporcí. Sportovní prostředí orientované na

³⁴ *Epigenetika* je vědním podoborem genetiky, která se zabývá změnou chování genů.

³⁵ THE NATIONAL EATING DISORDERS COLLABORATION. *Eating Disorders Prevention, Treatment & Management: An Evidence Review* [online]. 2010 [cit. 2014-11-15]. Dostupné z: http://www.nedc.com.au/files/pdfs/NEDC_Evidence%20Review_Final.pdf

dosažení úspěchů a nikoli pouze na fyzickou atraktivitu, udržování vztahů s osobami, které nejsou nadměrně zaměřeny na svůj tělesný vzhled, sociální opora.³⁶

3.2 Tělové schéma

Tělové schéma znamená „*psychický obraz vlastního těla*“³⁷, představuje způsob, jakým jedinec vnímá a hodnotí své tělo. Způsob tohoto nahlížení mohou ovlivnit nejruznější zkreslení (emocionální, zkreslení přáním, obavami), což může vést k vytvoření nereálné představy o sobě, pro poruchy příjmu potravy typické.

Proces utváření tělového schématu je proces dlouhodobý, klíčovým obdobím je zde období dospívání. Tělesné změny, které dospívání provázejí, mohou na jedince působit pozitivním i negativním způsobem. Pro dospívajícího může být obtížné tyto změny akceptovat a může je vnímat jako komplex nepříjemných podnětů, kterým se snaží bránit. U dívek se může objevovat snaha tuto realitu zvrátit a zabránit viditelným projevům dospívání, např. hladověním. Významným rysem tělového schématu je jeho rigidita. Každá změna v této oblasti bývá intenzivně prožívána a může u jedince vyvolat pocit ohrožení integrity a způsobit ztrátu sebedůvěry. Zažitá představa o vlastním těle přetrvává i tehdy, pokud došlo k jeho skutečné proměně a tato představa již není aktuální.³⁸

V dnešní společnosti je kladen velký důraz na fyzickou atraktivitu, která je současně i nositelem společenského statusu. Jedinci, kteří svým vzhledem zapadají do společností vymezeného „ideálu“, bývají společností lépe přijímáni a hodnoceni. Z tohoto důvodu se dospívající jedinci snaží tomuto ideálu přiblížit a při tom často opomíjejí své vrozené a přirozené dispozice. Pochyby vůči svému vzhledu mohou vyústit až v *patologický vztah k vlastnímu tělu*, k jeho vzniku přispívají negativní

³⁶ THE NATIONAL EATING DISORDERS COLLABORATION. *Eating Disorders Prevention, Treatment & Management: An Evidence Review* [online]. 2010 [cit. 2014-11-15]. Dostupné z: http://www.nedc.com.au/files/pdfs/NEDC_Evidence%20Review_Final.pdf

³⁷ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 3., Praha: Portál, 2004. ISBN 80-717-8802-3, s. 463.

³⁸ Tamtéž, s. 463-464.

sociální reakce, neúspěchy a nízký sociální status či nevhodné reakce na zevnějšek jedince. Tyto negativní zkušenosti mohou významně narušit způsob vnímání vlastního těla.³⁹

Nespokojenost s vlastním tělem nebo určitou partií se přenáší i do ostatních oblastí osobního života a má negativní dopad na fyzické a duševní zdraví. Čím déle tato nespokojenost trvá, tím více a hlouběji poškozuje způsob nahlížení vlastní osoby jako celku. To se může následně projevit ztrátou sebevědomí, pocity nedostatečnosti, změnami nálad, oslabením motivace, poklesem sociálních kontaktů, větší mírou sebelítosti a posílením pocitu méněcennosti. Prostřednictvím vztahu k vlastnímu tělu se utváří vztah k ostatním lidem. U jedinců, kteří se v tomto smyslu vidí negativně, dochází k redukci sociálních kontaktů, případně až k sociální izolaci.⁴⁰

V západních zemích byla u žen pozorována tělesná nespokojenost již od věku osmi let, což nepříznivě ovlivňuje stravovací návyky a kvalitu života dívek a žen. V posledních letech byla zjištěna tělesná nespokojenost také u mužů, kterým společnost předkládá archetyp muže jako jedince dostatečně silného a dobře urostlého.⁴¹

³⁹ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 3., Praha: Portál, 2004. ISBN 80-717-8802-3, s. 464.

⁴⁰ FIALOVÁ, L. a F. D. KRCH. *Pojetí vlastního těla – zdraví, zdatnost, vzhled*. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-802-4621-609, s. 39-40.

⁴¹ KRCH, F. D. Tělesná zkušenost a narušené vnímání těla u poruch příjmu potravy. In: FIALOVÁ, L. a F. D. KRCH. *Pojetí vlastního těla – zdraví, zdatnost, vzhled*. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-802-4621-609, s. 39-40.

4 INTERVENCE PEDAGOGA V OBLASTI PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Pojem *intervence* znamená „*cílený, předem promyšlený zásah, zpravidla zaměřený na zmírnění tíživé situace, či jakýkoliv postup, technika, směřující k přerušení, zamezení nebo úpravě probíhajícího procesu*“⁴².

Z pohledu pedagoga je vhodná včasná intervence u rizikových jedinců (ti se projevují výrazným a rychlým váhovým úbytkem nebo vyzorovaným zvracením), užívání interaktivních programů a rozvíjení všeobecných aktivit a zájmů. V rámci běžné populace by se měl pedagog věnovat předcházení nevhodných redukčních diet a užívání přípravků na hubnutí (důležité je zde zdůraznit jejich neúčinnost a nikoliv jejich nebezpečnost), snažit se předcházet šikaně kvůli fyzickému vzhledu žáka, jeho oblečení, nedostatečnému fyzickému výkonu či jeho jídelním zvyklostem. Pedagog by měl také rozšiřovat nabídku vhodných materiálů pro žáky trpící poruchou příjmu potravy a jejich rodinné příslušníky. Za neefektivní je považováno předávání holých faktů o PPP bez uvedení do souvislostí a prezentace dospívajících s poruchou příjmu potravy, neboť tyto postupy mohou vést k nápodobě. Důležité je nesdělovat žákům informace, které by mohly vzbudit jejich zájem o prostředky na hubnutí (např. vliv kouření či amfetaminů na tělesnou hmotnost). Pedagog v této problematice není realizátorem samotného terapeutického procesu, může však mimo jiné korigovat jídelníček dítěte a o tomto informovat i rodiče, angažovat je v oblasti zdravé výživy a poskytnout dítěti pomoc v případě nadváhy.

Pokud pedagog zaznamená u některého žáka výrazný a rychlý váhový úbytek, nebo se dozví, že dítě opakovaně zvracelo, měl by neprodleně kontaktovat rodiče a pediatra. Rodiče by měli být také informováni, pokud se dítě nestravuje ve školní jídelně.⁴³

⁴² HARTL, P. a H. HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-807-3675-691.

⁴³ Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí a mládeže. Praha: MŠMT, 2010. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/vzdelavani/socialni-programy/metodicke-doporuceni-k-primarni-prevenci-rizikoveho-chovani>

Matějček⁴⁴ v souvislosti s poruchami příjmu potravy upozorňuje na možný náhlý nástup nemoci, který mohou rodiče a vychovatelé snadno přehlédnout, jelikož zpravidla navazuje na období, kdy dívka držela dietu nebo nepřijímání potravy „racionálně“ zdůvodňovala jako nespokojenost s podávanou stravou, žaludečními potížemi nebo byl požadavek váhového úbytku podmínkou pro určitý sport. Upozorňuje také na výskyt PPP u stále mladších dětí.

Sdružení Anabell⁴⁵ zveřejnilo několik **doporučení pro pedagogické pracovníky** školy (pedagogové, výchovní poradci, školní psychologové):

- být dostatečně informován o problematice PPP a tyto informace předat žákům adekvátním způsobem,
- připravit děti na tělesné (u dívek zejména na váhové přírůstky) i psychické změny v období dospívání,
- zamezit předsudkům vůči odlišnostem a naučit děti mít rády samy sebe i ostatní,
- upozornit děti na nevhodné způsoby stravování a varovat před rizikovými způsoby kontroly hmotnosti,
- pěstovat u dětí správné stravovací návyky (omezení prodeje cukrovinek ve škole, umožnit dětem plnohodnotné obědy) a předcházet obezitě a současně u dětí nevytvářet strach z určité potraviny a nadváhy,
- napomáhat k vytvoření pozitivního sociálního klimatu ve třídě a podporovat zdravý osobnostní růst dětí a jejich sebedůvěru,
- učit děti sociálním dovednostem (asertivita, řešení konfliktů),
- vysvětlit, jak adekvátně reagovat na stres, neúspěch či kritiku,
- podporovat sebepoznávání dětí a vytvářet skupinové aktivity.⁴⁶

⁴⁴ MATĚJČEK, Z. *Praxe dětského psychologického poradenství*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-802-6200-000, s. 138.

⁴⁵ Občanské sdružení, které poskytuje sociální a zdravotní služby lidem trpícím poruchou příjmu potravy a jejich rodinným příslušníkům.

⁴⁶ ŠVĚDOVÁ, J. a L. MIČOVÁ. *Poruchy příjmu potravy: Manuál pro pedagogy* [online]. Občanské sdružení Anabell, 2010 [cit. 2014-10-30].

Dostupné z: http://www.anabell.cz/images/obr/1404371833_manualpropedagogy.pdf

První známky onemocnění

Pedagog je často první osobou, která může u žáka zpozorovat rozvoj některé z forem poruch příjmu potravy. Možnými průvodními signály může být:

- zpomalení růstu dítěte (zejména u mladších dětí),
- zaznamenání kolísání tělesné hmotnosti dítěte (úbytek, výrazný nárůst),
- změna chování, zejména děti společensky aktivní se stávají uzavřenými, labilními,
- dítě je nadměrně zimomřivé – nosí několik vrstev oblečení (zejména časté u mentální anorexie),
- nestravuje se ve školní jídelně a konzumuje pouze zeleninu či ovoce (při mentální anorexii) nebo naopak hromadí velké množství jídla (při mentální bulimii).

Při zaznamenání těchto signálů by měl příslušný pedagog sdělit tuto skutečnost školnímu metodikovi prevence nebo školnímu psychologovi. Vhodné je i zapojení třídního učitele, pokud s dítětem dobře vychází.⁴⁷

Navázání prvního kontaktu s žákem

Prvním krokem pedagoga – školního metodika prevence – je promluvit si s žákem, u něhož má podezření na PPP a získat od něj více informací. Setkání by mělo proběhnout v klidném prostředí, pedagog by měl využívat techniky aktivního naslouchání (oční kontakt, využívání parafrázování, shrnutí obsahu sdělení). Důležité je snažit se dítě pochopit a ujistit o tom, že situaci lze vyřešit. Cílem z pozice pedagoga je, aby si žák přiznal nežádoucí jídelní chování, snažil se jej změnit a motivovat ho, aby přijal adekvátní způsob pomoci.

Jedinci trpící poruchou příjmu potravy své onemocnění mnohdy popírají, skrývají před okolím a odmítají jakoukoli pomoc. Proces motivace ke změně prochází pěti stádii⁴⁸:

- 1. stadium popření.** Jedinec nevěří, že je s ním něco v nepořádku a tudíž nechce nic měnit. V tomto stadiu by se měl pedagog snažit získat od žáka co nejvíce informací a vystupovat s pochopením a zájmem o něj. Pro pedagoga je toto stadium zásadní,

⁴⁷ PAPEŽOVÁ, H. a J. HANUSOVÁ. *Poruchy příjmu potravy: příručka pro pomáhající profese*. Praha: Togga, 2012. ISBN 978-80-87258-98-9, s. 17-18.

⁴⁸ Tamtéž, s. 18-21.

neboť především on je schopen si všimnout náznaků onemocnění a je často první osobou, která žáka kontaktuje.

V dalších fázích pomáhá dítěti především příslušný odborník (dětský lékař, psycholog, psychiatr), je však žádoucí, aby se pedagog dále zajímal o postup a úspěšnost léčby a podporoval žáka, aby v ní úspěšně pokračoval.

- 2. stádium pozorování, rozjímání, úvah.** V tomto stadiu si jedinec připouští problémy ve vztahu k jídlu, avšak ještě se nerealizují konkrétní kroky pro řešení problému.
- 3. stádium přípravy.** V této fázi si již postižení uvědomují nutnost změny, nejsou však stále ještě připraveni realizovat konkrétní kroky zaměřené na změnu nežádoucího chování ve vztahu k jídlu.
- 4. stádium akce.** V této fázi se jedinec rozhoduje pro změnu svého chování, věří, že je schopen problém vyřešit. Probíhá komplexní změna chování ve vztahu k jídlu.
- 5. stádium udržení.** Dochází k upevňování nových návyků a seznamují se s prevencí relapsu.

Spolupráce s rodinou

Pedagog by měl v případě podezření, že některý ze žáků trpí poruchou příjmu potravy, kontaktovat primárně rodinu a doporučit vyšetření žáka dětským lékařem, který posoudí zdravotní stav dítěte a doporučí rodičům, jak dále postupovat. Vhodné je také předat rodičům kontakty, které jim pomohou dozvědět se více o problematice PPP či navštívit nejrůznější programy pro rodiče postižených dívek, např. kluby pro rodiče jedinců postižených PPP.⁴⁹

Důležitým úkolem školy je ve spolupráci s postiženým žákem a jeho rodiči vymezit pravidla, kterými zabrání dalšímu rozvoji příslušné PPP, zejména v těchto oblastech:

- postiženému by mělo být zakázáno fyzické cvičení, neboť fyzická aktivita je při nízké hmotnosti jedince velmi riziková,
- stanovit plán pro stravování a pravidla, jakými bude u nemocného kontrolován,

⁴⁹ PAPEŽOVÁ, H. a J. HANUSOVÁ. *Poruchy příjmu potravy: příručka pro pomáhající profese*. Praha: Togga, 2012. ISBN 978-80-87258-98-9, s. 17-25.

- vhodné je stanovit pro žáka časové limity pro domácí studium, jelikož vzhledem k jejich perfekcionistickým rysům osobnosti mohou domácím úkolům věnovat více času, než je adekvátní,
- pedagog by se měl pokoušet začleňovat postiženého opět do třídního kolektivu a informovat ostatní žáky o nemoci, kterou jejich spolužák trpí.⁵⁰

Poruchy příjmu potravy a porucha pozornosti a hyperaktivity (ADHD)

Poruchy příjmu potravy se mohou objevovat v kombinaci s ADHD, i při řešení těchto případů má pedagog nezastupitelnou roli a jeho zapojení je podmínkou úspěšného léčebného postupu. U obou poruch se vyskytuje impulzivní chování, které způsobuje neuvážené rozhodování a tedy i přejídání. U dětí s ADHD se mohou vyskytovat neúspěchy při dosahování náročných cílů a snadno tak upřednostní zisk pro ně dostupnější, například přijímání potravy. U dívek s ADHD byl prokázán vyšší výskyt obezity a PPP, a to zejména impulzivní nebo noční přejídání. U obézních jedinců s ADHD bylo zaznamenáno častější bulimické chování.⁵¹

⁵⁰ BARTÁKOVÁ, M. *Poruchy příjmu potravy: ... A co s tím?* [online]. Občanské sdružení Anabell, 2009 [cit. 2014-10-30]. Dostupné z: http://www.anabell.cz/images/obr/1404371674_plakat-ucitele.pdf

⁵¹ PAPEŽOVÁ, H. a J. HANUSOVÁ. *Poruchy příjmu potravy: příručka pro pomáhající profese*. Praha: Togga, 2012. ISBN 978-80-87258-98-9, s. 27.

5 PREVENCE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY U DĚTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH

Základní preventivní působení by mělo probíhat na úrovni rodiny, důležité je především budování pozitivních vztahů a dostatečná komunikace mezi rodiči a dětmi. Rovněž je potřeba brát v úvahu tendenci k nápodobě, kdy dítě přejímá postoje k jídlu i stravovací návyky svých rodičů. Dalším důležitým preventivním činitelem je škola, vzhledem k tomu, že v ní děti tráví většinu času, představuje prostředí, které vedle vzdělávání a věcných informací předává žákům vhodné morální a společenské hodnoty a pomáhá jim budovat žádoucí sociální dovednosti. Pedagogové mají do jisté míry možnost zkorigovat některé nevhodné návyky a chování, se kterým měli rodiče potíže (následky autoritativního stylu výchovy, přílišná zaměřenost na vzhled a výkon, nežádoucí stravovací návyky).⁵²

V rámci školní výuky mohou pedagogové k preventivním aktivitám z této oblasti využívat programy výchovy ke zdravému životnímu stylu, v nichž by žáci měli být patřičně seznámeni s existencí poruch příjmu potravy, s jejich příčinami i možnými následky. Vhodné je také preventivní působení pedagogů v oblasti zdravého stravování – důležité je vysvětlit žákům jeho principy a vést je k jejich dodržování. Výchova ke zdraví se snaží předcházet u dětí nejen potenciálnímu hladovění a PPP, ale i druhému extrému – obezitě. Pozornost by měla být věnována také vytváření zdravého sociálního klimatu ve škole i třídě, práci na osobnostním rozvoji žáků, posilování jejich sebedůvěry a budování silné osobnosti se snahou eliminovat veškeré náznaky sebepoškozujícího chování.⁵³

U osob, které trpí poruchou příjmu potravy, je prevence realizována prostřednictvím programů a intervencí zacílených na snižování vlivu rizikových faktorů a naopak posilování faktorů protektivních a zastavení míry růstu poruch příjmu potravy

⁵² ŠVĚDOVÁ, J. a L. MIČOVÁ. *Poruchy příjmu potravy: Manuál pro pedagogy* [online]. Občanské sdružení Anabell, 2010 [cit. 2014-11-19].

Dostupné z: http://www.anabell.cz/images/obr/1404371833_manualpropedagogy.pdf

⁵³ MARÁDOVÁ, E. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007. ISBN 978-80-86991-09-2, s. 22-23.

ve společnosti. Snížení dopadu poruch příjmu potravy je možné včasnou diagnózou, realizací preventivních programů a efektivní léčbou s přiměřenými náklady.⁵⁴

5.1 Primární prevence poruch příjmu potravy u dětí a dospívajících ve škole

Tato podkapitola vychází z doporučení *The National Eating Disorders Collaboration*⁵⁵ (NEDC), která v roce 2014 vydala manuál obsahující možné vhodné způsoby realizace primární prevence poruch příjmu potravy ve školním prostředí. Primární prevence poruch příjmu potravy je zaměřena na předcházení vzniku nebo rozvoje poruch příjmu potravy, je členěna na všeobecnou, univerzální a indikovanou.

Všeobecná primární prevence poruch příjmu potravy u dětí a dospívajících se zaměřuje na skupiny a je cílena na celkovou podporu zdraví a psychické pohody, podporuje psychickou odolnost a minimalizuje riziko vzniku PPP v populaci, u níž dosud nebyl zaznamenán jejich výskyt. Ve školách lze tohoto dosáhnout zaměřením všeobecné prevence na celé školní ročníky. Tyto preventivní přístupy jsou koncipovány tak, aby na jedné straně předcházely vzniku PPP u jedinců s vyšším rizikem ohrožení, a zároveň na straně druhé podporovaly celkové zdraví a pohodu u jedinců, u nichž je míra rizika vzniku PPP nízká. Jsou vhodné především pro žáky staršího školního věku, tj. 12 až 15 let, tato fáze se vyznačuje rozvojem množství potenciálně rizikových faktorů na straně jednotlivce nebo prostředí, které mohou podnítit vznik PPP: přirozené zvyšování podílu tělesného tuku a nárůst hmotnosti, touha být přijat vrstevnickou skupinou, počínající zájem o opačné pohlaví, zájem o vztahy a romantiku, změny studijního zaměření. Konkrétní cíle všeobecné primární intervence mohou zahrnovat:

- zlepšení v oblasti celkového zdraví, výživy a psychické pohody (např. sebeúcta, pozitivní vnímání vlastního těla),

⁵⁴ THE NATIONAL EATING DISORDERS COLLABORATION. *Eating Disorders in Schools: Prevention, Early Identification and Response* [online]. 2014 [cit. 2014-11-15]. Dostupné z: <http://www.nedc.com.au/files/Resources/Teachers%20Resource.pdf>

⁵⁵ Tamtéž.

- posilování mediální gramotnosti a schopnosti kritického vyhodnocování informací z médií,
- pomoc dětem a dospívajícím zvládat sociálně-kulturní vlivy, které podněcují negativní nazírání na vlastní tělo,
- korigování posměšků ze strany spolužáků, zejména ohledně tělesné hmotnosti a vzhledu.⁵⁶

Selektivní primární prevence poruch příjmu potravy u dětí a dospívajících se oproti všeobecné prevenci nezabývá celkovou populací, ale je zaměřena pouze na jedince s vyšším rizikem ohrožení. Jedná se především o ženy nebo jedince vykonávající specifické aktivity, jako jsou sport nebo tanec. Tyto programy podporují celkové zdraví a duševní pohodu, zvyšují psychickou odolnost a zmírňují riziko vzniku PPP. Specifické cíle těchto intervencí mohou obsahovat:

- upozornění, že pokud děti a dospívající chtějí následovat propagovaný trend krásy a štíhlosti (u dívek) nebo svalnatosti (u chlapců), může to být spojeno s vyššími finančními výdaji,
- podporu přijetí zdravého a vyváženého postoje ke svému tělu, způsobu stravování a tělesné hmotnosti,
- nespojování tělesného vzhledu se zárukou úspěšného života, štěstí a sebeúcty,
- informování žáků o nežádoucích fyzických a psychických následcích vyvolaných omezováním příjmu potravy,
- provádění psychoedukace ohledně vyvážené stravy a fyzické aktivity.⁵⁷

Indikovaná primární prevence poruch příjmu potravy u dětí a dospívajících zahrnuje programy, které již mají užší zaměření. Zabývají se odhalováním jedinců s velkým rizikem ohrožení či se začínajícími projevy PPP a snaží se co nejdříve zahájit vhodnou intervenci. V této fázi jsou veškeré intervence zaměřeny na zmírnění příznaků spojených s PPP. Ve školním prostředí je indikovaná prevence obvykle zajišťována

⁵⁶ THE NATIONAL EATING DISORDERS COLLABORATION. *Eating Disorders in Schools: Prevention, Early Identification and Response* [online]. 2014 [cit. 2014-11-15]. Dostupné z: <http://www.nedc.com.au/files/Resources/Teachers%20Resource.pdf>

⁵⁷ Tamtéž.

pracovníky školního poradenského pracoviště, kteří by žáky měli přesvědčit a podpořit ve vyhledání odborné pomoci.⁵⁸

Specifické cíle indikované prevence jsou například zaměřeny na:

- seznámení žáků se zdravým stravováním nutným k udržování zdravé hmotnosti,
- posilování mediální gramotnosti v oblasti mediální propagace ideálů krásy, aby byli žáci schopni kriticky analyzovat mediální sdělení a bylo tak u nich sníženo riziko rozvoje PPP,
- podporu přijetí zdravého a vyváženého postoje ke svému tělu, způsobu stravování a tělesné hmotnosti.

Jaká témata mohou být obsahem preventivních programů a na které je vhodné se zaměřit?

- mediální a právní gramotnost,
- podpora zdravého a vyváženého způsobu stravování a aktivního sportování,
- odolávání společenskému tlaku na štíhlost a zdůrazňovat její negativní důsledky v extrémních případech,
- osobní identita a sebevědomí,
- vztahy s vrstevníky,
- osvojování dovedností podporujících psychickou odolnost.

5.2 Preventivní programy pro oblast poruch příjmu potravy

K zajištění efektivity preventivních programů lze vymezit několik důležitých předpokladů⁵⁹:

⁵⁸ THE NATIONAL EATING DISORDERS COLLABORATION. *Eating Disorders in Schools: Prevention, Early Identification and Response* [online]. 2014 [cit. 2014-11-15]. Dostupné z: <http://www.nedc.com.au/files/Resources/Teachers%20Resource.pdf>

⁵⁹ Tamtéž.

- využívat přístupy na podporu zdraví zaměřené na budování sebevědomí a pozitivního vnímání vlastního těla a vyváženou stravu ve spojení s fyzickou aktivitou,
- využívat interaktivních prvků a metod, které více upoutají pozornost mladého člověka,
- rozvíjet sociální a vztahové dovednosti, které pomáhají jedinci vytvářet svoji sociální síť a podpůrné sociální vztahy,
- seznámit cílovou skupinu s rizikovými faktory (např. negativní vnímání vlastního těla) vedoucích k poruchám příjmu potravy a s faktory protektivními, které mohou naopak riziko jejich vzniku snižovat,
- pracovat s materiály úměrnými k vývojovému stadiu jedinců,
- sociokulturní relevance k cílové skupině,
- zaměřenost na posilování protektivních faktorů,
- dlouhodobé pokračování programů – diskuze o zdravém stravování, kulturních hodnotách a předsudcích vůči obezitě by měly dále pokračovat i po iniciační fázi programu.

Témata vhodná pro preventivní programy

Pro základ úspěchů preventivních programů je vhodné se zaměřovat na:

- mediální a právní gramotnost,
- vyvážený přístup ke stravování a fyzické aktivitě,
- zvládání společenského tlaku na štíhlost a zdůrazňování jejích negativních následků,
- osobní identitu a sebeúctu,
- vztahy s vrstevníky,
- osvojování dovedností podporujících psychickou odolnost.

Preventivní programy na zvyšování pozitivního vnímání vlastního těla a sebevědomí by se měly zaměřovat na takové rizikové faktory, které mohou být změněny (např. sklony k perfekcionismu, nespokojenost s vlastním tělem, tlak ze strany vrstevníků, šikana) a na posilování protektivních faktorů (sebevědomí, sociální opora, nesoutěžní fyzické aktivity, zdravé stravovací návyky a postoje).

Obsahy školních preventivních programů se liší podle věkových kategorií žáků a pro každou kategorii jsou navrženy konkrétní okruhy témat. V období staršího školního věku (druhý stupeň ZŠ) je vhodné zaměřit se na budování sebeúcty, eliminaci sklonů k perfekcionismu, mediální gramotnost, zdravou výživu, nebezpečí diet, upozornění na přirozenou změnu tělesných proporcí v období puberty, odolávání tlaku vrstevnické skupiny, budování takového prostředí uvnitř vrstevnické skupiny, které podporuje pozitivní sebevnímání u všech jejích členů.⁶⁰

Vytvoření pozitivního třídního klimatu. Při diskuzi otázek zaměřených na zdraví a duševní pohodu by se žáci měli cítit bezpečně a pohodlně a měli by být srozuměni, že veškeré příspěvky do diskuze budou pedagogové i spolužáci brát vážně a s respektem. K vytvoření vhodného prostředí pro výuku také napomáhá nastavení třídních pravidel před zahájením samotné diskuze.⁶¹

Probírat oblast poruch příjmu potravy přiměřeným způsobem. Vzdělávací instituce hrají významnou a výchovnou roli v působení na dospívající jedince, napomáhají k pozitivnímu smýšlení o vlastním těle, zdravému stravování a mohou zásadně ovlivňovat chování mladistvých. Problematika poruch příjmu potravy bývá společností často nepochopena a podceňována a je často spojována s nepravdivými tvrzeními a mýty. Podle nich podstata PPP pramení z marnivosti, jsou pouze neúspěšnými dietami, nejedná se o onemocnění, ale o dobrovolnou volbu životního stylu, jedná se o způsob vynucování pozornosti nebo o přirozené vývojové stadium. Tento pohled společnosti lze upravit kombinací vhodných sdělení a strategií. Neexistuje však jednotný komunikační přístup, který by napomohl k dosažení žádoucích výsledků ve smyslu snížení rizika a společenského stigmatu včetně včasné identifikace PPP a následného zahájení intervence.⁶² Z tohoto důvodu vyžadují komunikační strategie mnohostranný přístup, který by měl:

- být přizpůsoben věku budoucích posluchačů,
- nahlížet na PPP jako na závažné a komplexní onemocnění, a nikoliv jako na dobrovolně zvolený životní styl,

⁶⁰ THE NATIONAL EATING DISORDERS COLLABORATION. *Eating Disorders in Schools: Prevention, Early Identification and Response* [online]. 2014 [cit. 2014-11-15].

Dostupné z: <http://www.nedc.com.au/files/Resources/Teachers%20Resource.pdf>

⁶¹ Tamtéž.

⁶² Tamtéž.

- poskytovat pouze přesné a ověřené informace,
- respektovat zkušenosti osob s tímto onemocněním,
- poskytnout podporu lidem, aby se rozhodli vyhledat odbornou pomoc,
- zohledňovat vyvážené zastoupení mužů a žen, rozličných kultur a věkových skupin, v případě že není zacílen na specifickou skupinu osob,
- být posouzen i vzhledem k nejednoznačnosti PPP a možnému poškození osob,
- být podrobován průběžnému sledování a vyhodnocování kvůli zajištění bezpečnosti a vhodnosti obsahu.⁶³

⁶³ THE NATIONAL EATING DISORDERS COLLABORATION. *Eating Disorders in Schools: Prevention, Early Identification and Response* [online]. 2014 [cit. 2014-11-15]. Dostupné z: <http://www.nedc.com.au/files/Resources/Teachers%20Resource.pdf>

6 SPECIFIKA VÝVOJE DÍTĚTE STARŠÍHO ŠKOLNÍHO VĚKU

Zahájením povinné školní docházky se dítě učí nové roli – roli školáka. Jedná se o významnou společenskou změnu a škola se od této chvíle významně podílí na dalším rozvoji osobnosti dítěte. Školní věk znamená pro dítě období, kdy oficiálně vstupuje do společnosti. V prostředí školy musí plnit příslušné povinnosti, potvrdit své kompetence a kvality. V tomto období dochází také k utváření vrstevnické skupiny a pro dítě je velmi důležité, aby bylo v rámci této skupiny přijímáno.⁶⁴

Starší školní věk je období, kdy dítě navštěvuje druhý stupeň základní školy a trvá zhruba od dvanácti do patnácti let věku. V tomto období počíná první fáze dospívání – období puberty. Období dospívání klade před jedince několik významných **vývojových úkolů**. Přestávají být klíčové rodičovské vazby a do popředí jeho zájmu se dostávají vztahy s vrstevníky.

Emancipace od rodiny. Rodina by měla pro dítě již od narození symbolizovat pocit bezpečí a představovat citovou oporu. Pokud mezi rodičem a dítětem fungují „zdravé“ vztahy, tím snadněji probíhá osamostatnění dospívajícího. V případě, že rodiče nějakým způsobem úmyslně brání separaci dospívajícího jedince, mohou vznikat nejrůznější potíže – disharmonické vztahy mezi rodiči a dospívajícími nebo jedinci nepřiměřeně závislí na rodičích mohou odmítat vytvářet nové a potřebné vazby s vrstevníky a další nežádoucí chování, které může zpomalovat celý proces separace. Úspěšná separace se vyznačuje udržováním pozitivních vztahů s rodiči.

Navazování vztahů k vrstevníkům. Navazování nových vrstevnických vztahů probíhá v závislosti a úspěšnosti emancipace dospívajícího od rodiny. Nalézají v nich novou jistotu, o kterou při odpoutávání se od rodiny částečně přichází. Probíhá zpravidla v několika navazujících stupních, jejichž doba nástupu, pořadí a průběh je značně individuální. *Prvním stupněm* obvykle bývá **skupinová izosexuální fáze**, utváření skupin s jedinci stejného pohlaví. Jedná se o uskupení, která jsou více

⁶⁴ VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 978-802-4609-560, s. 236-237.

organizovaná a jedinci plní určité role. Dospívající mají společné zájmy a uplatňují se zde i touha sdružovat se, vzájemný obdiv a možnost napodobovat druhé. *Druhý stupeň* je označován jako **individuální izosexuální fáze**, pro kterou je charakteristická potřeba blízkého přátelství. Blízký vztah umožňuje jedincům sdílet důvěrné pocity a prožitky bez nutnosti podřizovat se zájmům celé skupiny. Tyto vztahy mnohdy přetrvávají až do pozdní dospělosti. *Ve třetím stupni* se začíná projevovat **zájem o opačné pohlaví**, který však dospívající demonstrují spíše ostýchavě a „na dálku“ formou pokřikování, vtípkování a dalšími způsoby, které pomáhají odbourat nejistotu. *Čtvrtá fáze* představuje **heterosexuální polygamní fázi**, která je význačná utvářením reálných vztahů mezi jedinci opačného pohlaví, ke kterému dochází zpravidla mezi obdobím puberty a adolescence. Dospívající získávají první zkušenosti s osobou opačného pohlaví, zprvu na úrovni přátelství, později i v rovině sexuální. Teprve v *páté fázi* dochází k upevnění a potvrzení vztahu dospívajícího k jedinci opačného pohlaví, jenž v ideálním případě přeroste ve vztah založený na porozumění a oddanosti druhé osobě v **etapu zamilovanosti**, která za příznivých podmínek vede k uzavření manželství a založení vlastní rodiny.

Volba povolání. Spolu s nástupem puberty se problematika výběru budoucího povolání dostává do popředí a je konfrontována se schopnostmi jedince, jeho školním prospěchem, požadavky při přijímacím řízení a dalšími skutečnostmi. Při výběru povolání by měly být zohledněny jak individuální, tak společenské aspekty – jedinec by měl zvolit takové povolání, které ho bude naplňovat a ve kterém využije svých schopností a zájmů a ve kterém by se také odpovídajícím způsobem podílel na plnění společenských zájmů.⁶⁵

Vývoj sebepojetí. Vytvoření vlastní identity je pro dospívajícího jedince klíčové, potřebuje si potvrdit vlastní kompetence a dosáhnout sebeúcty, přičemž se může uchýlit k sociálně nežádoucímu chování. Po oslabení vlivu rodiny se dospívající nejvíce identifikuje s vrstevnickou skupinou a ta také ovlivňuje jeho případné nežádoucí chování, prostřednictvím skupiny získává novou „sociální identitu“.⁶⁶

⁶⁵ LANGMEIER, J. a D. KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 3. vyd. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-716-9195-X, s. 149-156.

⁶⁶ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-717-8802-3, s. 790-791.

Dospívající by měl v tomto období postupně dosáhnout pocitu vlastní identity, měl by dokázat vymezit, kým je, kam patří a kam také směřuje, dokázat sám sebe bezvýhradně přijmout a vyrovnat se i s případnými omezeními či nedostatky ve vlastním vzhledu. Jakým způsobem jedinec v tomto období hodnotí svůj vzhled, významně ovlivňuje jeho sebehodnocení a právě nízké sebehodnocení může vést k patologickému hubnutí a odmítání potravy, tj. k poruchám příjmu potravy. Stupeň sebehodnocení je na počátku dospívání (v období pubescence) zpravidla nízký, k pozitivnějšímu hodnocení dochází kolem patnáctého až šestnáctého roku.⁶⁷

6.1 Specifika poradenské činnosti v období staršího školního věku dítěte

Podle Matějčka⁶⁸ je pro pracovníka v oblasti poradenství klíčová znalost vývojové psychologie, neboť v každé vývojové fázi se objevují typické charakteristiky, životní úkoly a rizika a každé období má svou specifickou problematiku.

Převažující poradenskou problematiku u dítěte staršího školního věku představuje proces *výběru povolání*, kterému by měla předcházet systematická a dlouhodobá příprava v rámci výchovného procesu. Další specifickou situací, která se v tomto období objevuje, je „*tíseň*“ *ze závěru školní docházky*, která je velmi stresující i pro rodiče, jelikož často nevědí, co bude následovat a kam bude dítě dále směřovat. Poradce by měl pomoci rodičům zbavit se stresu a projít s nimi nejrůznější varianty do budoucna. V otázce prospěchu dítěte by měl poradce věnovat zvýšenou pozornost dětem, které jsou vysoce inteligentní, a přesto mají neuspokojivý prospěch.

I v mimoškolní oblasti je období staršího školního věku význačné řadou změn – mohou se objevit *obtíže v zažívání a metabolismu*, které mohou vést k obezitě či

⁶⁷ LANGMEIER, J. a D. KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 3. vyd. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-716-9195-X, s. 156.

⁶⁸ MATĚJČEK, Z. *Praxe dětského psychologického poradenství*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-802-6200-000, s. 131-134.

nejčastější poruše příjmu potravy – mentální anorexii. Matějček⁶⁹ upozorňuje na její souvislost s otázkou přijetí ženské identity. Poradenský pracovník je často první osobou, která může u dítěte zaznamenat tyto projevy a zasadit se o co nejrychlejší předání dítěte do rukou příslušných lékařů – pediatrů a psychiatrů.

U dětí staršího školního věku se mohou objevovat také *předčasné a nepřiměřeně intenzivní sexuální zájmy* a také *agresivní a sociální tendence* (kouření, konzumace alkoholu, experimentace s drogami), které se objevují nejvíce v rámci vrstevnické skupiny dítěte. Poradenský pracovník v těchto případech navrhuje příslušná výchovná nebo sociální opatření a děti předává do péče specializovaných pracovišť.

Další skupinu specifických problémů u starších školních dětí mohou představovat *rodinné problémy*. Dítě se zpravidla obtížně vyrovnává s rozvodem rodičů, novým sňatkem jednoho z rodičů, soužitím s pěstouny a dalšími pro něj náročnými situacemi. V období puberty také může dojít ke *krizi rodičovské autority*. Zpravidla se však jedná o dovršení procesu, který započal již dříve a příčina tkví v celém rodinném systému, nikoli v dítěti samotném.

Poradce může být také nápomocný při odhalování počínajících psychiatrických onemocnění, jejichž nástup může probíhat v tomto vývojovém období a právě včasné předání dítěte do rukou psychiatra je jednou z podmínek úspěšné léčby.⁷⁰

6.2 Dospívání jako rizikové období pro rozvoj poruch příjmu potravy

V období dospívání dochází k rychlému tělesnému růstu a vývoji, který může být podkladem pro rozvoj poruch příjmu potravy. Současně se zvyšováním tělesné hmotnosti, podílu tělesného tuku, růstem, zvětšováním prsou, rozvojem a získáváním dalších typických rysů ženského těla, se u mladých žen začínají projevovat potíže se sebeúctou. Všechny tyto změny mohou nežádoucím způsobem ovlivnit sebepřijetí jedince. Fyzický růst a rozvoj dospívajících jedinců ovlivňuje také případná zkušenost

⁶⁹ MATĚJČEK, Z. *Praxe dětského psychologického poradenství*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-802-6200-000, s. 131-134.

⁷⁰ Tamtéž, s. 131-134.

s dlouhodobým omezováním kalorického příjmu. Pro všechny organismy je hladovění nejvíce ohrožující zejména v období, kdy dochází k růstu a vývoji tkání a především tehdy je nutné dodat tělu potřebné živiny. Dospívající organismus není v tomto ohledu výjimkou.⁷¹

Poruchy příjmu potravy, které začínají nejčastěji v období dospívání, neblaze ovlivňují stadium dospívání a komplikují zvládání vývojových úkolů, které jsou nezbytné pro vytvoření plně fungující a zdravé osobnosti. Způsobují sociální izolaci jedince a rodinné konflikty v období, kdy dospívající člověk nejvíce potřebuje podporu ze strany rodičů a přátel. Otázky týkající se sebepojetí, sebevědomí, samostatnosti a intimity by měly být s dospívajícími řešeny citlivě, aby nedošlo k ještě většímu narušení dalšího vývoje. Vzhledem k tomu, že dospívající, kteří trpí PPP, obvykle stále ještě žijí u rodičů a vstupují s nimi do každodenních interakcí, měla by být věnována pozornost roli rodiny a to jak při vzniku poruchy, tak při její léčbě. Zvláštní pozornost je vhodné zaměřit na témata spojená s kontrolou a odpovědností za dospívajícího jedince v rámci rodinného prostředí. Studie prokázaly častou komorbiditu poruch příjmu potravy s dalšími psychickými poruchami zahrnující například afektivní poruchy (především deprese) u 50 až 80 % případů mentální anorexie a mentální bulimie, anebo úzkostné poruchy (především obsedantně – kompulzivní porucha a sociální fobie). Komorbidita poruch osobnosti u pacientů s poruchou příjmu potravy se odhaduje zhruba na 20 až 80 % případů.⁷²

Základním znakem dospívání je změna dosavadního pohledu na vlastní tělo, může dojít k jeho zkreslenému vnímání (tzv. poruše tělového schématu), což je základním znakem mentální anorexie a mentální bulimie. Právě proto jsou poruchy příjmu potravy charakteristické pro období dospívání, v něm jsou dospívající nejvíce náchylní k problémům s tělovým schématem. Ať už se jedná o příčinu nebo následek, je proces přijímání dospělého těla pro dospívajícího vlivem poruchy příjmu potravy narušen. Dospívající, u kterých propukne závažná forma PPP, také v různé míře selhávají

⁷¹ REES, J. M. Eating Disorders during Adolescence: Nutritional Problems and Interventions.

In: *University of Washington* [online]. [cit. 2014-11-15].

Dostupné z: <http://staff.washington.edu/jrees/ch1edado.html>

⁷² Eating Disorders in Adolescents: Position Paper of the Society For Adolescent Medicine.

Journal of Adolescent Health [online]. vol. 2003, i. 33, p. 496-503 [cit. 2014-11-15].

Dostupné z: https://www.adolescenthealth.org/SAHM_Main/media/Advocacy/Positions/Dec-03-Eating_Disorders_in_Adolescents.pdf

v dosahování dalších psychosociálních vývojových úkolů, které jsou pro období dospívání charakteristické. Nejzávažnější vývojové problémy, popsané jako první Hilde Bruch⁷³ v roce 1973 v knize *Poruchy příjmu potravy*, se projevují ve snahách dospívajících rozvíjet svou samostatnost. Dalšími obtížemi mohou být:

- neschopnost rozvíjet a využívat formálních myšlenkových operací, a to především ve vztahu k sobě samému,
- narušení uvědomování si vnitřních pocitů,
- zkreslené vnímání svých tělesných proporcí,
- posedlost jídlem a sledování své hmotnosti, což odráží závislost na sociálním přesvědčení a úsudku,
- neschopnost normálně se stravovat a sportovat v rozumné míře,
- nereálná očekávání směrem sama k sobě,
- omezený rozvoj samostatnosti,
- potíže při dosahování běžných psychosociálních úkolů dospívání.⁷⁴

S ohledem na to, že v dnešní době má naprostá většina mladistvých přístup k internetu, je vhodné v souvislosti s obdobím dospívání a rizikem poruch příjmu potravy upozornit na nebezpečí, kterým mohou být pro mladistvé lidi tzv. „**pro-ana**“ a „**pro-mia**“ webové stránky – „pro-ana“ podporují mentální anorexii, „pro-mia“ mentální bulimii. Oba druhy se věnují především upevňování a podpoře poruch příjmu potravy. Toto šíření je velmi znepokojující, neboť poskytují mladým lidem návod, jak co nejdéle vydržet bez jídla, jak úmyslně vyvolat zvracení, používat projímadla a léky, a také jak tuto nemoc úspěšně skrývat před rodinou i dalším okolím, například vyhnout se podezření lékaře. Tyto webové stránky se snaží prezentovat poruchy příjmu potravy jako určitý dobrovolně zvolený životního styl a nikoli jako nemoc. Počet těchto

⁷³ Americká psychoanalytička, původem z Německa, která se věnovala zejména léčbě poruch příjmu potravy a obezity.

⁷⁴ REES, J. M. Eating Disorders during Adolescence: Nutritional Problems and Interventions. In: *University of Washington* [online]. [cit. 2015-11-15]. Dostupné z: <http://staff.washington.edu/jrees/ch1edado.html>

stránek v současné době převyšuje počet těch, které se této problematice věnují na profesionální úrovni. Odborníci by měli být v této oblasti informováni a seznámeni s obsahem těchto zdrojů. Pacienti, kteří se chtějí dostat k informacím prostřednictvím internetu, by měli být nasměrováni na ověřené zdroje profesionálních organizací.⁷⁵

⁷⁵ Eating Disorders in Adolescents: Position Paper of the Society For Adolescent Medicine. *Journal of Adolescent Health* [online]. vol. 2003, i. 33, p. 496-503 [cit. 2015-11-15].
Dostupné z: https://www.adolescenthealth.org/SAHM_Main/media/Advocacy/Positions/Dec-03-Eating_Disorders_in_Adolescents.pdf

PRAKTICKÁ ČÁST

7 VÝZKUM

Empirický výzkum v sociálních vědách získává poznatky prostřednictvím systematické analýzy dat. Užité analýzy i získaná data mohou být rozmanitého charakteru. Kontrola celého průběhu výzkumného procesu probíhá na základě stanovených kritérií kvality. Usiluje o poznání, které napomůže lépe pochopit sociální svět a snaží se získané poznatky využít pro předvídání nebo ovládání jevů ve společnosti.

Přístupy k řešení výzkumné otázky jsou nazývány výzkumnou strategií, mezi dvě hlavní kategorie výzkumných strategií jsou řazeny strategie kvalitativní a kvantitativní. Tyto strategie jsou voleny tak, aby byly vhodné pro příslušnou oblast vědy, základní kroky empirického výzkumu jsou však pro obě strategie shodné, patří mezi ně identifikace oblasti výzkumu a výzkumného problému, vymezení výzkumné otázky, návržení plánu výzkumu, sběr dat a jejich analýza a nakonec zpráva výsledcích výzkumu.⁷⁶

Vzhledem k zaměření a tématu diplomové práce jsem zvolila kvalitativní metodu zkoumání. **Kvalitativní výzkum** „představuje jakýkoliv výzkum, jehož výsledků se nedosahuje pomocí statistických procedur nebo jiných způsobů kvantifikace“⁷⁷. Je využíván v oblasti sociálních a psychologických věd i v oborech zkoumajících lidské chování a fungování. Bývá realizován při zkoumání jednotlivých osob, skupin i organizací a je prováděn samostatnými badateli, páry i výzkumnými týmy. Tento typ výzkumu je vhodný pro zkoumání, které se snaží zjistit podstatu něčích zkušeností s určitým jevem, např. s určitým druhem závislosti nebo nemoci, dále pro odhalování jevů, o nichž toho zatím není mnoho známo, vhodný je také pro získávání nových informací a náhledů na jevy, které jsou již známy, ale ne v takovém rozsahu a také tam,

⁷⁶ HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2, s. 37-41.

⁷⁷ STRAUSS, A. a J. CORBINOVÁ. *Základy kvalitativního výzkumu: Postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Boskovice: Albert, 1999, 196 s. ISBN 80-858-3460-X, s. 10.

kde je potřeba získat o daném jevu podrobné informace, kterých nelze dosáhnout cestou kvantitativního výzkumu.⁷⁸

Pro kvalitativní výzkum je charakteristický intenzivní kontakt výzkumníka s terénem, jedincem či skupinou jedinců, výhodou je získání podrobného popisu případů. Jedná se o výzkum flexibilní, výzkumné otázky, které výzkumník na počátku stanovuje je možné v průběhu dotazování měnit a doplňovat podle potřeby výzkumníka.

7.1 Vymezení výzkumných cílů

Hlavním cílem praktické části diplomové práce je zjistit, jakým způsobem a v jakém rozsahu je zajišťována primární prevence poruch příjmu potravy na vybraných pěti základních školách v okrese Příbram.

Podstatou praktické části diplomové práce je zmapování současné situace na školách a dozvědět se, zda školní metodici nějakým způsobem provádí prevenci v oblasti poruch příjmu potravy, zda to považují za důležité a případně navrhnout nové podněty, jak tuto oblast zkvalitnit.

Dílčí cíle práce:

- Zjistit, jaké konkrétní preventivní kroky školní metodik prevence v oblasti poruch příjmu potravy zajišťuje.
- Zjistit, které osoby v rámci školy se podílí na zajišťování primární prevence poruch příjmu potravy.
- Zjistit, zda školy v rámci zajišťování primární prevence poruch příjmu potravy spolupracují s dalšími organizacemi.

⁷⁸ STRAUSS, A. a J. CORBINOVÁ. *Základy kvalitativního výzkumu: Postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Boskovice: Albert, 1999, 196 s. ISBN 80-858-3460-X, s. 11-12.

Dalším dílčím cílem je provedení obsahové analýzy minimálních preventivních programů zmíněných základních škol, která bude zaměřena na sledování toho, zda je do příslušných programů zařazena oblast poruch příjmu potravy a jak je v rámci minimálního preventivního programu realizována.

7.2 Výzkumné otázky

Určení hlavního cíle diplomové práce vedlo k **hlavní výzkumné otázce**:

- Jakým způsobem a v jaké rozsahu je zajišťována primární prevence poruch příjmu potravy?

Na hlavní výzkumnou otázku navazují **dílčí výzkumné otázky**, které ji doplňují:

- Které osoby v rámci školy se podílí na zajišťování primární prevence poruch příjmu potravy?
- Jaké konkrétní preventivní kroky v oblasti poruch příjmu potravy školní metodik prevence zajišťuje?
- Spolupracují školy při zajišťování primární prevence poruch příjmu potravy s některými organizacemi?

7.3 Výzkumný vzorek

Výzkumný vzorek činilo 5 školních metodiků prevence působících na základních školách v okrese Příbram, kteří byli vybráni na základě záměrného výběru, kde kritériem pro výběr byla délka na pozici školního metodika prevence alespoň 5 let. Vzorek je tvořen třemi základními školami ve městě Příbram a dvěma ZŠ v menších městech v okrese Příbram. Všichni vybraní metodici prevence jsou ženy. Vzhledem k tomu, že všem respondentům byla garantována anonymita jejich výpovědi a nebyl od

nich získán informovaný souhlas pro zveřejnění jejich výpovědí, záměrně nebudu uvádět žádné názvy ani iniciály, které by mohly vést k jejich identifikaci.

1) Metodici na ZŠ v Příbrami

- **metodik A** – žena, 46 let, pedagogická praxe 27 let, metodikem prevence je 5 let, metodička A se k funkci ŠMP dostala poté co kolegyně, která tuto pozici zastávala, odešla na mateřskou dovolenou, a jelikož je absolventkou studia speciální pedagogiky, byla pro tuto funkci vybrána právě ona,
- **metodik B** – žena, 33 let, pedagogická praxe 13 let, metodikem prevence je 11 let, metodička B již před nástupem na tuto školu vykonávala funkci ŠMP a po přestupu na tuto školu ve funkci pokračovala,
- **metodik C** – žena, 58 let, pedagogická praxe 38 let, metodikem prevence je 15 let, metodička C převzala funkci ŠMP po kolegyni, která změnila pracoviště, je za to však ráda, baví jí to.

2) Metodici na ZŠ ve městech v okrese Příbram

- **metodik α** – žena, 57 let, pedagogická praxe 34 let, metodikem prevence je 15 let, metodička α se k pozici ŠMP dostala, jelikož učí předmět Výchova ke zdraví a byla vybrána ředitelem,
- **metodik β** – žena, 35 let, pedagogická praxe 13 let, metodikem prevence je 13 let, metodička β chtěla tuto funkci vykonávat z vlastního podnětu, protože se o oblast rizikového chování zajímá a chce své znalosti předávat dál.

7.4 Výzkumná metodika

Jak již bylo výše zmíněno, pro praktickou část diplomové práce byla zvolena kvalitativní výzkumná strategie. Byla použita **metoda polostrukturovaných rozhovorů**, která se vzhledem k záměru a cíli diplomové práce jevila jako nejvhodnější,

a také **obsahová analýza dokumentů**. Pro polostrukturované rozhovory bylo stanoveno pět základních okruhů témat a bylo nastíněno několik základních otázek ke každému z nich, bylo počítáno s tím, že otázky budou v průběhu rozhovoru dle potřeby měněny a doplňovány. Samozřejmě byl kladen důraz také na spontaneitu respondentů, pokud v průběhu rozhovoru považovaly za vhodné doplnit některou oblast, která nebyla v okruzích zahrnuta, byl rozhovor přizpůsoben této skutečnosti.

Všechny rozhovory se na základě podnětu respondentů uskutečnily v jejich pracovním prostředí, před nebo po pracovní době, ve většině případů v kabinetě nebo jiné poklidné místnosti, kde nebyl rozhovor ničím rušen. Na počátku rozhovoru byli respondenti dotázáni, zda mohou být rozhovory nahrávány – pouze pro účely studijní účely diplomové práce, s čímž všichni souhlasili, byli také ujištěni o anonymitě výpovědí. Délka každého rozhovoru trvala zpravidla 30 až 40 minut.

Otázky byly zpočátku zaměřeny na obecnou působnost ŠMP, přičemž postupně směřovaly k hlavnímu zaměření práce, oblasti poruch příjmu potravy. Přes počáteční obavy a strach z budoucích otázek ze strany respondentů, byl průběh dotazování ve většině případů velmi příjemný a probíhal v duchu přátelského a uvolněného rozhovoru. Po nahrání rozhovorů byla provedena jejich doslovná transkripce (převedení do písemné podoby), vzhledem k tomu, že nebyl obdržen souhlas respondentů s jejich zveřejněním, nejsou v diplomové práci zveřejněny.

Další metodou doplňující rozhovory byla analýza minimálních preventivních programů, které jsou volně dostupné na webových stránkách všech ZŠ zahrnutých do výzkumu, kde bylo sledováno začlenění oblasti poruch příjmu potravy do programu MPP.

7.5 Analýza dat

Veškerá shromážděná data byla následně analyzována metodou kódování, tato metoda „*představuje operace, pomocí nichž jsou údaje rozebrány, konceptualizovány*“

a opět složeny novými způsoby“⁷⁹. Jsou rozlišeny tři hlavní typy kódování – otevřené, axiální a selektivní. Tyto typy je možné dle výzkumníkovy potřeby libovolně kombinovat a střídat.⁸⁰

Pro vyhodnocení rozhovorů byla zvolena metoda otevřeného kódování, která je „procesem rozebírání, prozkoumávání, porovnávání, konceptualizace a kategorizace údajů“⁸¹. Tato část analýzy se zabývá označováním a kategorizací pojmů tím, že pečlivě studuje získané údaje. V procesu otevřeného kódování jsou data podrobně prostudována a následně rozebírána na samostatné části. Poté je možné je porovnávat a zjišťovat vzájemné shody a rozdíly. Tento proces umožňuje zkoumat vlastní myšlenky i myšlenky dalších osob o daném jevu a vede k novým zjištěním.⁸²

7.6 Časová organizace výzkumu podle jeho fází

Prvním krokem výzkumu bylo počátkem června 2014 oslovení 15 základních škol ve městě Příbrami a jejím okrese prostřednictvím e-mailu zaslaného školním metodikům prevence, ve kterém byly autorkou požádány, aby se zapojily do výzkumu vedeného pro účel diplomové práce. Byl samozřejmě také vysvětlen záměr a cíl diplomové práce a sděleno kritérium výběru, které je nutné naplnit pro možnost zapojení do výzkumu, tj. být ve funkci školního metodika prevence minimálně po dobu pěti let.

Po zaslání toho emailu několik škol vůbec nereagovalo, několik metodiků se odmítlo do výzkumu zapojit z důvodu velké pracovní vytíženosti a další nenaplnovali zmíněné kritérium. Nakonec bylo vybráno pět školních metodiků, kteří s uskutečněním rozhovoru souhlasili a zároveň splňovali stanovená kritéria. Vzhledem k tomu, že se jednalo o období blížícího se konce školního roku a všichni pedagogové měli velmi málo časových možností, byl počátek vlastního výzkumného šetření posunut na období

⁷⁹ STRAUSS, A. a J. CORBINOVÁ. *Základy kvalitativního výzkumu: Postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Boskovice: Albert, 1999, 196 s. ISBN 80-858-3460-X, s. 39.

⁸⁰ Tamtéž, s. 39.

⁸¹ Tamtéž, s. 42.

⁸² Tamtéž, s. 42.

podzimu 2014. Samotné dotazování proběhlo v listopadu 2014, po konzultaci okruhů témat, na která budou metodici dotazováni, s vedoucí práce.

7.7 Výsledky výzkumu

7.7.1 Analýza minimální preventivních programů

Postup při analýze dokumentů je obdobný jako při provádění analýzy rozhovorů nebo záznamů pozorování, vytvoří se kategorizační systém a následně se vyhledává přítomnost zástupců dané kategorie. Metodu analýzy dokumentů je vhodné provést pro doplnění či ověření správnosti dat získaných jiným způsobem.⁸³

Pro doplnění rozhovorů byla také provedena analýza MPP všech základních škol zapojených do výzkumu. Při provádění analýzy byly sledovány následující kategorie – zda je oblast poruch příjmu potravy v MPP zmíněna jako jeden z cílů primárně preventivního působení a zda tvoří pouze součást Školního vzdělávacího programu (ŠVP) v podobě výuky určitých školních předmětů nebo jsou realizovány i aktivity nad jeho rámec (besedy, projekty, externí preventivní programy zaměřené na oblast prevence PPP).

Kategorie č. 1: Oblast PPP jako jedna z definovaných cílových oblastí MPP

Pouze u jednoho z pěti analyzovaných MPP bylo spektrum poruch příjmu potravy vymezeno v jeho úvodu jako jedna z cílových oblastí primární prevence, na kterou se škola v následujícím školním roce hodlá zaměřit. V ostatních MPP nebyla tato oblast zmíněna jako jeden z cílů, který je potřeba řešit. V MPP ZŠ β nebyly cílové oblasti podle druhu rizikového chování vůbec definovány, ale pod pojem „prioritní aktivity uplatňované v rámci MPP“ bylo zmíněno „*utváření postojů ke zdravému životnímu*

⁸³ HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2, s. 133.

stylu“, „velmi důležitá je koncepčnost a soustavnost vlivu na žáka s převahou pozitivních motivů, vzorů a aktivit posilujících zdravé způsoby chování a osobní zodpovědnost žáků za zdraví“, což se dá považovat za přímo související preventivní postupy v oblasti PPP.

Kategorie č. 2: Primární prevence PPP jako součást ŠVP a zahrnutí do výuky

Ve všech zkoumaných MPP byla problematika PPP zahrnuta do výuky v rámci vyučovacích předmětů dle ŠVP. V ZŠ A byl zmíněn předmět **Výchova k občanství a ke zdraví**, konkrétně v kapitole Zdravá výživa, v 7. a 8. třídě, ve které se žáci učí „obhajovat zdravé stravovací návyky, vyjádřit své pocity spojené s poruchami výživy; žák zdůvodňuje vliv výživy a způsobu stravování na zdraví člověka, navrhuje možnosti, jak řešit situace vzniklé nežádoucím způsobem výživy. Seznamuje se s nebezpečím mentální anorexie, bulimie a s alternativním stravováním“. A v 9. třídě předmět **Sexuální výchova a zdravý životní styl**, ve které jsou žáci „informováni o správné výživě v dospívání a poruchách příjmu potravy“.

V MPP ZŠ B byly zmíněny vyučovací předměty **Občanská a rodinná výchova**, konkrétně celek Zdravý způsob života a péče o zdraví, kde je uvedena poznámka „bulimie, anorexie“. Dále potom v předmětu **Biologie** v 8. a 9. třídě jako součást celků Zásady správné výživy a Výživa a zdraví, kde je zmíněno „předcházení nemocem (bulimie, anorexie)“.

V MPP ZŠ C bylo uvedeno preventivní působení v rámci předmětu **Občanská a rodinná výchova** v 6. třídě, kde byla poznámka „anorexie, bulimie“. Dále v 9. třídě v předmětu **Chemie** v celku Zdravá výživa. Dále bylo uvedeno, že problematika zdravého životního stylu je se žáky druhého stupně probírána také v rámci předmětu **Tělesná výchova**.

ZŠ α zmiňuje v MPP jako oblast preventivního působení již první stupeň ZŠ, kde je v rámci předmětu **Prvouka** v celku Člověk probíráno se žáky zdraví a strava a dále upozorňuje na celek Potraviny a výživa. Oblast zdravé výživy je také probírána ve **Výchově ke zdraví** ve 4. třídě a v **Tělesné výchově**, která je „výchovou ke sportu a zdravému životnímu stylu“. Na druhém stupni se jedná o předměty **Výchova ke**

zdraví, konkrétně o celek Zdravá výživa a předmět **Pracovní činnosti**, kde jsou žáci seznámeni s „*oblastí zdravé výživy jako se součástí zdravého životního stylu*“.

V MPP ZŠ β Nejsou zmíněny konkrétní předměty ŠVP, do kterých je oblast prevence PPP implikována, pouze jsou uvedeny preventivní strategie odstupňované dle věku žáků následujícím způsobem:

- 1. skupina žáků 1. – 3. ročník:

V této skupině kladen důraz na „*výchovu ke zdravému životnímu stylu, informace o nezdravých potravinách a nápojích*“.

- 2. skupina žáků 4. – 7. ročník:

„*Výchova ke zdravému životnímu stylu, znát lidský organismus a vědět jak o něj pečovat, informace o nezdravých potravinách a nápojích a jejich škodlivosti a možný rozvoj obezity, odolnost vůči reklamám.*“

- 3. skupina žáků 8. – 9. ročník:

„*Výchova k odpovědnosti za své zdraví i zdraví ostatních, informace o nezdravých potravinách a nápojích, jejich škodlivost, možnosti návyku a spojitosti s obezitou.*“

Kategorie č. 3: Realizace preventivních aktivit v oblasti PPP nad rámec ŠVP

Pouze ve dvou z pěti zkoumaných ZŠ bylo v MPP zmíněno realizování preventivních aktivit v oblasti PPP nad rámec ŠVP a výuky. Jednalo se o MPP ZŠ A, která se zapojila do dvou projektů s názvem „**Ovoce do škol**“ a „**Zdravá svačina pro děti**“, tyto projekty jsou zaměřeny na podporu změny stravovacích návyků žáků směrem ke zdravé stravě.

Dalším MPP, který zmiňoval aktivity nad rámec ŠVP, byl MPP ZŠ β. Škola je celoročně a průběžně zapojena do projektu „**Zdravá abeceda**“. Jedná se o projekt zaměřený na podporu zdravého životního stylu a orientuje se na čtyři základní oblasti: zásady zdravého stravování, zásady pohybové aktivity, zásady zdravého prostředí a zásady pro zajištění vnitřní pohody u žáků.

7.7.2 Interpretace výsledků rozhovorů

Linie rozhovorů byla vedena tím způsobem, že zpočátku byli metodici dotazováni spíše obecně na jejich působnost a postupně byl rozhovor směřován k tématu poruch příjmu potravy a současné situaci na příslušných školách. První obecná část rozhovorů bude vyhodnocena stručněji a hlavní důraz bude kladen na druhou část rozhovorů, která je pro zaměření diplomové práce stěžejní. Níže jsou prezentovány kategorie vytvořené procesem otevřeného kódování, v případě potřeby jsou některé členěny na podkategorie.

I. část rozhovorů – obecné informace o působnosti ŠMP

1. kategorie: Rizikové chování na školách

Tato kategorie popisuje, se kterým rizikovým chování se ŠMP nejčastěji a naopak nejméně často setkávají. Téměř všechny respondentky označily za nejčastější rizikové chování záškoláctví a šikanu, dále pak agresivitu. *„U nás teda nejčastěji záškoláctví, ale tím, že k tomu tady zaujímáme opravdu tvrdý přístup, že skutečně ty omluvenky od žáků vyžadujeme, tak se nám to daří odhalovat.“* (metodička B) Z výpovědi vyplývá, že na výskyt záškoláctví má vliv i velikost města, ve kterém se škola nachází, metodička β ze ZŠ v okrese města Příbram (cca 3500 obyvatel) vypověděla: *„Třeba takové záškoláctví tady řešíme minimálně, protože jsme docela malé město, kde se všichni znají mezi sebou, takže pokud by někdo žáka odchytil mimo školní vyučování, tak se to hned všichni dozvíme. Občas řešíme šikanu, ale ne tu fyzickou, ale spíš psychickou, která se teda řeší dost obtížně, protože se těžko prokazuje a žáci to i popírají...“* (metodička β)

Zneužívání omamných látek, alkohol a kouření vidí respondentky naopak jako chování ustupující a stále méně často se na školách objevují. *„Třeba alkohol nebo omamné látky, to jsem řešila tak jednou za posledních 10 let.“* (metodička B) *„Že by třeba děti přišly opilé nebo nosily do školy nějaké omamné látky, to ani ne a už i to kouření nějak opadá, jako jasně že žáci kouří třeba cestou do školy, to asi nějak*

neovlivníme, ale pamatuju, jak dřív kouřily různě na záchodech a podobně a to už se dnes téměř nestává...“ (metodička α)

2. kategorie: Kompetentnost ŠMP

Kompetentnost je soubor schopností, dovedností, znalostí a postojů určitého pracovníka. Tyto vlastnosti (neboli kompetence) umožňují vykonávat nějakou činnost, funkci nebo profesi. Pro předpoklad funkce školního metodika prevence jsou vyžadovány určité specifické kompetence, které pomáhají k zajištění kvalitní úrovně jeho činnosti. Tyto kompetence jsou vymezeny v následujících dvou podkategoriích.

Podkategorie: Absolvování specializačního studia pro ŠMP

Z pěti dotazovaných respondentek čtyři zmínily, že absolvovaly specializační studium pro ŠMP v rozsahu 250 hodin, což je velmi významné z hlediska rozšíření jejich potřebných kompetencí. Metodička A uvedla, že specializované studium sice neabsolvovala, ale vzhledem k tomu, že je absolventkou VŠ studia speciální pedagogika, považuje své znalosti a dovednosti pro vykonávání této pozice za dostatečné.

Podkategorie: Účast na doplňujících školeních a seminářích či další aktivity

Všechny respondentky uvedly, že si doplňují průběžně vzdělání prostřednictvím nejrůznějších konferencí a seminářů. Metodička β navíc uvedla, že se pravidelně dvakrát ročně účastní setkání s metodikem z PPP, který je zároveň vedoucím metodikem pro okres Příbram.

3. kategorie: Způsoby preventivní činnosti ŠMP

Preventivní činnost na ZŠ je realizována v souladu s MPP, který všechny respondentky povinně sestavují. Vzhledem k tomu, že většina respondentek učí předměty, ve kterých je možné realizovat preventivní působení přímo při výkladu látky, shodly se, že nejčastěji využívají této cesty. Metodička A vyučuje Tělesnou výchovu

a Český jazyk, Metodička B vyučuje Osobnostní a sociální výchovu, metodička C vyučuje Tělesnou výchovu, metodička α vyučuje Výchovu ke zdraví a metodička β vyučuje Občanskou výchovu. „Učím Výchovu ke zdraví, mám dvě šesté a jednu sedmou třídu, osmáci tenhle předmět nemají, což je podle mě škoda, protože jsou zrovna ve věku, kdy mají k těm rizikovým jevům blízko a v té Výchově ke zdraví se dá docela dobře preventivně působit.“ (metodička α)

Jako další činnost uvedly respondentky snahu preventivně působit na žáky v každodenních běžných situacích a sledovat aktuální stav rizikového chování. „Snažím se podchytit potenciálně nebezpečné rizikové chování.“ (metodička B) „Řeším nějaké problémy, které zrovna vzejdou.“ (metodička α).

Dále zajišťují poskytování pomoci žákům, kteří za nimi přijdou s nějakým problémem nebo poskytování konzultace třídnímu učiteli nebo rodičům. „Nebo za mnou přijde učitel, kterej si neví rady třeba se vztahy ve třídě... myslím si, že ty vztahy ve třídě jsou dost důležité, protože pokud jsou nefunkční, tak se pak víc rozjíždí rizikové chování.“ (metodička C)

Dalšími méně často zmiňovanými činnostmi byly aktivity pořádané spíše z vlastního podnětu a snahy respondentek. „Snažím se vychytávat nové věci, teď jsem například docílila toho, že máme v knihovně časopis Prevence, ze kterého třeba některé informace předávám dál, pak jsem – spíše teda dřív – jezdila i na různé semináře...“ (metodička α) „Pořádám pro děti besedy, vytvářím ve škole nástěnky s důležitými informacemi v této oblasti, přispívám do místního měsíčníku nějakými články z oblasti prevence.“ (metodička β)

4. kategorie: Zapojení dalších osob nebo orgánů do řešení rizikového chování

Podkategorie: Zapojení osob v rámci školy

Nejčastěji byla ve výpovědích uváděna spolupráce ŠMP s výchovným poradcem a třídním učitelem, který je často první osobou, která si všimne u svého žáka, že je něco v nepořádku, a na základě tohoto zjištění kontaktuje ŠMP. „Začíná to vždycky u třídního učitele...“ (metodička B) Zpravidla platí, že pokud je třídní učitel schopen řešit problém

samostatně, je to zcela v jeho působnosti „Samozřejmě, pokud se objeví nějaký akutní problém ve třídě, tak to řeší sám třídní učitel a až potom to případně konzultujeme společně.“ (metodička β) Respondentka β také uvedla, že prakticky veškeré rizikové chování řeší u nich na škole pro tuto věc speciálně zřízený tým a veškeré řešení rizikového chování je záležitostí jeho spolupráce. „Máme tady na to přímo sestavený tým, který tvořím já jako metodik, výchovná poradkyně, která je zároveň i školní psychologkou a pan ředitel.“ Na základní škole B se odvíjí spolupráce od závažnosti daného rizikového chování. „Když řešíme něco takového, tak to má vždycky takovou linii, podle toho, jak je to závažné a kam až to dojde a to je: třídní učitel, potom to přejde ke mně, dál se pak podle potřeby zapojuje výchovný poradce, pokud je to něco zvlášť závažného, tak se zapojuje vedení školy, rodina...“

Podkategorie: Zapojení státních orgánů nebo školských organizací

Při zmiňování závažnosti rizikového chování uváděly respondentky spolupráci s Policií ČR a OSPOD. „Třeba u toho záškoláctví se pak zapojuje i Policie ČR... To jsme tu měli i případ dítěte, které bylo týráno rodiči, takže to se pak bez té Policie už neobejde.“ (metodička α) „No a v nejhroších případech pak i OSPOD a Policie.“ (metodička B) Policie ČR je školami využívána i jako jeden z poskytovatelů preventivních programů. „Spolupracujeme s Policií, od nich třeba programy na tu kyberšikanu.“ (metodička B)

Respondentky ve svých výpovědích také zmiňovaly zapojení školských poradenských zařízení, tedy PPP, SPC a SVP. V souvislosti s rizikovým chováním zaznívala nejčastěji spojitost s PPP a SVP. Tato spolupráce je spíše nárazová a probíhá v případě potřeby. „Občasně středisko výchovné péče zajišťuje nějakou tu práci s třídním kolektivem a jinak pak spíš s jinými institucemi než školskými.“ (metodička B) „Když nastane nějaký větší problém, tak rodiče odkážeme na SVP, kde pak s nima dělají individuální, skupinovou nebo rodičovskou terapii.“ (metodička C). „PPP nám pomáhá spíš tím způsobem, aby nám řekli, kam ten daný problém, který dítě má, vlastně patří.“ (metodička α)

„Spolupracujeme s PPP, SPC a SVP, a probíhá to tak, že doporučíme rodičům, aby v případě potřeby příslušné pracoviště se žákem navštívili. Neděláme od nich

vyložené programy pro třídy, myslím si, že to není potřeba, protože se nesečkáváme s až tak vyhrocenými situacemi a navíc je to už složitější, je potřeba souhlas rodičů, aby povolili, že se žáky může pracovat někdo jiný než učitelé na škole.“ (metodička A)

Podkategorie: Zapojení nestátních neziskových organizací

Spolupráce s externími neziskovými organizacemi byla respondentkami zmiňována jako velmi častá. I zde však hraje roli velikost města, ve kterém se škola nachází, a s tím související finanční prostředky školy. Všechny metodičky zmiňovaly hojně využívání preventivních programů nabízených těmito organizacemi⁸⁴. Nejčastěji byla zmiňována Magdaléna, o.p.s. a Elrond, o.p.s., zmíněn byl také Tilius, o.s., Acet ČR, o.s. a nízkoprahové centrum Bedna. *„Nejčastěji využíváme programy jako Základy pyrotechniky, to hlavně před Vánocemi, Bezpečnost chování, Kouření, Extrémismus, Obrana, Kyberšikana.“ (metodička C)* *„Například Magdaléna ta se věnuje vlastně primární prevenci obecně, takže žáky seznámí tak nějak se všemi oblastmi rizikového chování.“ (metodička B)* *„Magdaléna nám zajišťuje preventivní programy pro žáky 6. až 9. tříd, ty programy si vlastně vybírají třídní učitelé, podle toho, co je zrovna pálí.“ (metodička C)*

Výjimkou byla metodička α ze ZŠ v okrese města Příbram (cca 4000 obyvatel), která uvedla, že jejich škola s externími organizacemi nespolupracuje. *„No, to je všechno placené a my jsme přeci jen vesnická škola, takže tyhle možnosti moc nemůžeme využívat...“*

II. část rozhovorů – prevence poruch příjmu potravy na základních školách

1. kategorie: Výskyt PPP na ZŠ

Většina respondentek uvedla, že za celou dobu působnosti na ZŠ se s konkrétním případem PPP nesečkala. V některých výpovědích, však bylo naznačeno, že již na tuto diagnózu měly podezření. *„No to jsme tu zatím neměli, ale jako je pravda, že kolikrát*

⁸⁴ Veškeré kontaktní informace jsou uvedeny v příloze diplomové práce.

by si to člověk mohl i myslet...“ (metodička α) Dvě respondentky uvedly, že už se s případem PPP na ZŠ setkaly, z jejich výpovědi je však patrné, že si tím nebyly zcela jisté. „Jo, už jsme se s tím setkali, řešily to s děvčaty spíše trenérky (pozn. sportovní škola), bylo to spíš podezření u jedné dívky, nebyla to teda nějaká těžká anorexie, ale holčina byla dvakrát přistižena při zvracení, takže jsme pak informovali rodiče, ale určitě to není nic častého, odhaduju, že za posledních deset let jsem se s tím setkala tak dvakrát...“ (metodička C) „Ano už jsem se s tím setkala, teda spíš jsme měli s kolegama podezření, o kterém jsme informovali rodiče.“ (metodička β) Podle výpovědi je také patrné, že jsou si respondentky vědomy závažnosti PPP vzhledem k tomu, že obě uvedly neprodlené kontaktování rodičů.

2. kategorie: Strategie primární prevence PPP na ZŠ

Podkategorie: Strategie primární prevence PPP na ZŠ – realizace ze strany ŠMP

Vzhledem k tomu, že prakticky všechny respondentky učí „preventivní předměty“, ve kterých dochází k preventivnímu působení v průběhu výuky, téměř všechny se shodly, že prevence PPP je z jejich strany nejčastěji realizována tímto způsobem. Dvě z pěti respondentek provádějí prevenci pouze tímto způsobem a nevyvíjejí žádné další aktivity. „Hlavně zrovna v těch dvou předmětech, které učím, v rámci *Výchovy ke zdraví, kde probíráme oblast zdravého životního stylu, což považuji za prevenci PPP a potom v Osobnostně sociální výchově se věnuji takovému tomu zdravému uvědomění sebe sama.*“ (metodička B) Z této výpovědi je také patrné povědomí respondentky o souvislosti PPP s nízkou úrovní sebeuvědomění a sebedpřijetí. Další metodička ve výpovědi naznačila mimo jiné důležitost role rodiny při vzniku PPP: „*Těhle oblasti se věnuji hlavně ve Výchově ke zdraví, kde to je přímo stanovené jako téma, tam se snažím žáky upozorňovat, jak to vzniká, ale myslím si, že o tomhle by měli dostávat informace spíš rodiče než děti, dneska spousta rodin nefunguje... Pak mají ještě předmět Výchova k občanství, kde jsou základy psychologie, jako pocity, prožívání, poznávání, což je určitě taky v tomhle důležité.*“ (metodička α)

Další dvě respondentky preventivní působení v rámci výuky také potvrdily, doplnily však i další činnosti, které dělají z vlastního podnětu, kdy uváděly besedy nebo

přednášky, které se žáky dělají ve volném čase. „Prevenci určitě dělám, probírám tyhle věci s holkama při hodinách těláku, občas zorganizuju i nějakou tu přednášku, kde probíráme i názorně nějaké obrázky nebo tak... o tohle se zajímám.“ (metodička C) „Tak konkrétní poznatky jsou v rámcovém vzdělávacím plánu, kde je to zmíněno ve Výchově ke zdraví, pak třeba v rámci biologie, a pak i já sama dělám se žáky na tohle besedy.“ (metodička β) Metodička C navíc uvedla, že se snaží na žáky v téhle oblasti preventivně působit v rámci běžných interakcí s nimi a snaží se ihned reagovat na aktuální situace. „Jsem třídní učitelka čtvrtáků, a pokud třeba mezi nima pozoruju nějaké posmívání se někomu, že je tlustej, snažím se toho tématu hned se žáky dotknout, aby o tom měli povědomí... nebo když třeba kluk řekne spolužačce, že má velkej zadek a tak.“

Pouze respondentka A uvedla, že v této oblasti nevyvíjí žádné aktivity, ani v rámci výuky (pozn. učí tělocvik a český jazyk) a ani jiným způsobem. Po skončení nahrávání rozhovoru vypověděla, že problematika PPP je velice časově náročná a vyžaduje dlouhé přípravy, určitě by nechtěla žákům jen vykládat, že mají jíst zdravě a další podle ní obecně známé skutečnosti. Přípravu by musela řádně propracovat, na což nemá dostatečný časový prostor, metodika dělá prakticky ve volném čase, za minimální finanční ohodnocení. Přiznala, že prevenci PPP realizuje spíš „po povrchu“ a přenechává ji zcela v působnosti neziskové organizace, která k nim do školy dochází přednášet preventivní programy a s níž mají velmi dobré zkušenosti. Podle ní je to tak nejlepší, tato organizace má oblast PPP dostatečně nastudovanou, znají k ní příslušnou terminologii a domnívá se, že „holky“ to berou lépe od jiné osoby, než kdyby to s nimi probírala osoba ze školního prostředí.

Podkategorie: Strategie primární prevence PPP na ZŠ – role neziskových organizací

Také v prevenci PPP hrají neziskové organizace důležitou roli. Tři metodičky uvedly spolupráci s neziskovými organizacemi i v této oblasti. „Spolupracujeme se zařízením Elrond, konkrétně s Evou Burdovou, která pro naše žáky dělá preventivní přednášky na toto téma a je opravdu dobrá, umí to těm holkám podat.“ (metodička A) Spolupráci se shodnou organizací uvedla také metodička C, dodala však, že „občas, ale

je to dost finančně náročné, takže to s holkama probírám spíš já“. Metodička β uvedla organizaci Acet ČR, která na jejich škole nerealizuje samostatné přednášky na toto téma, ale určitá pozornost v rámci přednášek je této oblasti věnována. *„Organizace Acet, která u nás realizuje preventivní programy, pro každý ročník to vychází šestkrát až sedmkrát za rok, vlastně projdou se žáky celé spektrum rizikového chování.“*

Podkategorie: Efektivní strategie primární prevence PPP z pohledu ŠMP

Aby preventivní působení mohlo být efektivní a splnit svůj účel, je potřeba zvolit vhodnou a efektivní formu. Nevhodně zvolený přístup může být pro žáky spíše škodlivým. Přesto dvě metodičky považují i tuto cestu za jeden z účinných způsobů prevence. *„Asi by nebylo špatné, kdyby viděli skutečnou anorektičku, takové to zastrašování negativním případem ještě nikomu neublížilo...“* (metodička B) *„Myslím si, že dobrý jsou třeba přednášky, kde holky uvidí různé fotky, jak by to mohlo dopadnout, hodně to na ně působí, je na nich vidět, že o tom pak přemýšlí a hodně o tom pak o přestávce diskutují.“* (metodička A)

Většina respondentek však považuje za důležité spíše budovat u žáků pevnou osobnost a potřebné sociální dovednosti. *„Spíš kladu důraz na to, aby žáci získali určité sociální dovednosti, jejichž nácvik se snažím se žáky provádět, aby uměli říct ne, naučili se adekvátně komunikovat dané situaci, aby věděli, kam se v případě potřeby obrátit... konkrétně v tomhle bych kladla důraz hlavně na to budovat u dětí sebevědomí, sebedůvěru, aby o sobě nepochybovaly.“* (metodička β) *„Určitě je důležité budování osobnosti, podpora osobnosti, aby se nedali zviklat poznámkou typu – z tebe už je ženská – a podobně. Prostě podporovat sebevědomí.“* (metodička α) Respondentka C sdělila, že se jí pro tento účel osvědčil kamarádský přístup k žákům. *„Spíš jsem pro diskuzi na úrovni kamarádství, snažím se holkám vysvětlit, že ne všichni kluci mají rádi hubený holky a snažím se s holkama takhle mluvit... říkáme si s holkama o modelkách, herečkách, které tím trpí.“* Respondentka B považuje také za důležité dávat žákům za vzor jiné osobnosti než ty, které se staly úspěšné díky vzhledu. *„V tom vidím hlavní smysl... dobrý identifikační vzor.“*

Metodičkou *α* při rozhovoru zmínila, že velký problém ve snaze preventivně působit v oblasti PPP vidí především v nabízení nezdravých potravin ve školách, tj. v automatech, kantýnách a také v úrovni školní jídelny, kdy uvedla, že konkrétně v jejích škole ani sama na obědy raději nechodí. „*Musím sama přiznat, že nevaří příliš chutná jídla, děti tak často vrátí celý oběd a pak se nacpou sušenkama, což se může podepsat na jejich váze a pak mohou začít hubnout a tak dále... Prostě teorie bez praxe nefunguje.*“

3. kategorie: Informační vybavenost ŠMP v oblasti PPP

Vzhledem k tomu, že čtyři z pěti dotazovaných metodiček absolvovaly specializační kurz pro metodiky, považují se v oblasti PPP za dostatečně erudované a znalé. „*Řekla bych, že informací mám dost, vzhledem k tomu, že tu Výchovu ke zdraví učím a byla jsem na tom kurzu pro metodiky, kde se probíralo fakt všechno...*“ (metodička *α*) Metodičky se také shodly, že mají možnost se v této oblasti dále vzdělávat, prostřednictvím konferencí nebo seminářů v rámci dalšího vzdělávání pro pedagogy, přestože nabídka seminářů pro tuto oblast je spíše v menším rozsahu. „*Tak v téhle oblasti není tak pestrá nabídka, ale určitě je v případě potřeby možnost někam vyjet.*“ (metodička *B*). Z výpovědí však bylo patrné, že pro školu jsou prioritou spíše jiné oblasti a jiná témata těchto seminářů. „*Jo, tak možnosti jsou... můžu se účastnit různých konferencí, spíš podle potřeby, co na škole zrovna potřebujem řešit.*“ (metodička *A*)

Z výpovědí respondentek *α* a *C* byla patrná snaha dozvídat se nové informace a v této oblasti se zdokonalovat. „*Nedávno jsem byla u paní Rozehnalové v Praze na třídenním semináři, bylo to zaměřené na poruchy příjmu potravy, měla tam i svoji dceru, která tím prošla, to bylo opravdu moc dobrý.*“ (metodička *C*) „*Hodně si procházím ten časopis Prevence, tam se o tom dost píše.*“ (metodička *α*)

7.8 Shrnutí a diskuze výsledků

Preventivní působení v oblasti poruch příjmu potravy je ve většině případů redukováno pouze na samotnou oblast výuky, nejčastěji se tak děje v předmětech Výchova ke zdraví, Občanská a rodinná výchova nebo Osobnostně sociální výchova, které většinou vyučují sami metodici prevence. Do preventivního působení jsou zapojeni i další členové pedagogického sboru, opět však pouze v rámci výuky, jedná se zejména o předměty Biologie, Chemie a Tělesné výchova. Vzhledem k tomu, že téměř všechny zmíněné předměty absolvují žáci až při přechodu na druhý stupeň základní školy, chybí na školách preventivní působení v rámci prvního stupně základní školy. Pouze jedna škola je zapojena do projektu určeného dětem na prvním stupni ZŠ, který je zaměřen na budování zdravých stravovacích návyků.

Realizace preventivních aktivit nad rámec výuky je ze strany metodiků spíše výjimkou. Pokud jsou takové aktivity realizovány, mají podobu spíše jednorázových besed či diskuzí a tudíž zásadní problém tkví v jejich krátkodobosti. Jednorázové a málo intenzivní aktivity se v primární prevenci ukazují být neefektivní. Pouze prostřednictvím dlouhodobých a kontinuálních programů je možné vytvořit intenzivní preventivní strategii a dosáhnout uspokojivých výsledků.

Ukázalo se, že školy v této oblasti často spolupracují s neziskovými organizacemi, což většinou probíhá tím způsobem, že lektori dané organizace uskuteční pro žáky přednášku, nejčastěji v rozsahu vyučovací hodiny. Zde je pozitivní snaha škol předat žákům potřebné informace prostřednictvím odborníků pro danou oblast, ani v těchto případech však není dodržen požadavek na dlouhodobost, návaznost a pokračování těchto jednorázových programů.

Představa samotných metodiků o tom jak efektivně a účinně na žáky v této oblasti působit v několika případech neodpovídá požadavkům efektivní primární prevence PPP, prezentace odstrašujících fotek a obrázků zpravidla nevede k žádoucí změně chování, spíše posilují u žáků dojem, že něco tak „strašného“ se jim rozhodně stát nemůže a působí přesně naopak. Na druhou stranu také poměrně dost metodiků má povědomí o protektivních faktorech na straně žáka i rodiny, které je třeba posilovat a tím zároveň i efektivně preventivně působit. Byla zmíněna důležitost budovat u žáků sebevědomí,

vychovávat z nich stabilní osobnost a nabízet jim takové vzory a ideály, které svého úspěchu nedosáhly prostřednictvím štíhlosti a dokonalého vzhledu. Zmíněna byla i souvislost nefungující rodiny jako jednoho z rizikových faktorů PPP.

Zjištěné výsledky byly porovnány s doporučeními *The National Eating Disorders Collaboration*⁸⁵ (NEDC), vydanými aktuálně pro rok 2014, která doporučila zaměřit se při realizaci primární prevence poruch příjmu potravy na školách na níže uvedené oblasti. U každé oblasti je zmíněn komentář, zda se jejich realizace potvrdila i v rámci rozhovorů.

- **Mediální a právní gramotnost, odolávání společenskému tlaku na štíhlost** – tato oblast není v prostředí základních škol se žáky probírána. Vzhledem významnému a nebezpečnému vlivu médií pro riziko vzniku PPP by bylo vhodné naučit pomoci žákům kriticky vyhodnocovat informace z médií a upozorňovat je na častou nereálnost mediálních obrazů a neexistenci absolutního ideálu krásy.
- **Podpora zdravého a vyváženého způsobu stravování a aktivního sportování** – tato oblast je v prostředí základních škol zajišťována v rámci předmětu Výchova ke zdraví, případně i Tělesná výchova, kde jsou žákům předávány informace o zdravé životosprávě a důležitosti pravidelného pohybu. Pedagogové by měli klást důraz na pěstování těchto návyků již od útlého věku dítěte nejen prostřednictvím výuky, ale především v každodenních běžných situacích by měli sledovat, zda a jaké nosí děti svačiny, zda chodí na oběd apod.
- **Osobní identita a sebevědomí, osvojování dovedností podporujících psychickou odolnost** – této oblasti se pedagogové věnují v rámci školní výuky (Osobnostní a sociální výchova, Výchova k občanství).
- **Vztahy s vrstevníky** – práce s třídním kolektivem a budování pozitivního třídního klimatu je velmi důležitá pro předcházení všech druhů rizikového chování. Vztahy v třídním kolektivu jako významný faktor pro vznik rizikového chování zmínil pouze jeden metodik. V ostatních případech nebyly zaznamenány žádné aktivity nebo programy, zaměřené na zlepšování vztahů ve třídě či práci s třídním kolektivem.

⁸⁵ THE NATIONAL EATING DISORDERS COLLABORATION. *Eating Disorders in Schools: Prevention, Early Identification and Response* [online]. 2014 [cit. 2014-11-15]. Dostupné z: <http://www.nedc.com.au/files/Resources/Teachers%20Resource.pdf>

Podle výpovědí respondentek bylo dále zjištěno, že školy často využívají nabídky preventivních programů z nabídky neziskových organizací. Papežová⁸⁶ upozornila na to, že tyto kampaně jsou často vedeny zcela neodborně. Uvádí, že prevence i léčba PPP často přitahuje osoby, které mají či měly s touto diagnózou potíže. Pokud takovou přednášku vede lektor, na kterém jsou patrné známky podvýživy, může být toto působení přímo kontraproduktivní, může u žáků vzbudit tendenci k nápodobě a spustit jejich touhu zhubnout, na rozdíl od zamýšleného cíle přednášky – podporovat děti ve zdravém stravování. Důležité je proto sledovat doporučení pro realizaci preventivních programů a ta dodržovat.

⁸⁶ PAPEŽOVÁ, H. a J. HANUSOVÁ. *Poruchy příjmu potravy: příručka pro pomáhající profese*. Praha: Togga, 2012. ISBN 978-80-87258-98-9.

ZÁVĚR

Hlavním cílem diplomové práce bylo zjistit, jakým způsobem a v jakém rozsahu je zajišťována primární prevence poruch příjmu potravy na vybraných základních školách v okrese Příbram. Autorka zjišťovala, jaká důležitost je na základních školách přikládána prevenci poruch příjmu potravy a jak probíhá její realizace v kontrastu s ostatními druhy rizikového chování.

Diplomová práce byla rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou. V teoretické části práce bylo na základě studia odborné literatury vytvořeno teoretické východisko pro realizovaný výzkum. Bylo vysvětleno důležité pojmosloví, popsána oblast prevence z hlediska obecného i vzhledem k realizaci ve školním prostředí. Poruchy příjmu potravy byly vymezeny jako multifaktoriálně podmíněné nemoci, u nichž doposud nebyla prokázána hlavní a určující příčina, a jejichž riziko vzniku významně souvisí s obdobím dospívání. Dále byla zdůrazněna role pedagoga, respektive školního metodika prevence, a možné postupy, které lze realizovat ve školním prostředí, a jež mohou zásadním způsobem snížit u žáků riziko vzniku nevhodných jídelních návyků nebo přímo poruch příjmu potravy. V jedné kapitole je popsán možný postup jak vytvořit efektivní preventivní program pro oblast PPP ve školách, zde bylo nastíněno i několik vhodných témat a doporučení, na co se zaměřit u žáků staršího školního věku. Poznatky v této kapitole mohou napomoci pedagogům při vytváření preventivních programů v oblasti poruch příjmu potravy.

V praktické části diplomové práce bylo realizováno výzkumné šetření. Pro dosažení vymezeného hlavního cíle diplomové práce byla zvolena kvalitativní strategie výzkumu, konkrétně metoda polostrukturovaných rozhovorů s pěti školními metodiky prevence vybraných základních škol v okrese Příbram. Zároveň byla provedena analýza minimálních preventivních programů těchto škol především pro doplnění a potvrzení získaných poznatků. Na základě analýzy provedených rozhovorů a zhodnocení jejich výsledků lze prohlásit, že hlavní cíl diplomové práce byl naplněn. Bylo zjištěno, že oblast poruch příjmu potravy stále patří v rámci rizikového chování k opomíjeným a snad i podceňovaným oblastem, a byly odhaleny jisté rezervy v této oblasti nejen ze strany školních metodiků prevence. Přestože jisté preventivní působení probíhá, tak

pouze v minimálním rozsahu a to především v povinném rozsahu předepsaného ve školním vzdělávacím programu. V oblasti poruch příjmu potravy zcela chybí efektivní, kontinuální a dlouhodobé programy, do kterých by byli žáci zapojeni již od prvního stupně základní školy, vzhledem k současnému trendu, kdy jsou ohroženi již i žáci mladšího školního věku. Bylo zjištěno, že prioritou zkoumaných základních škol jsou stále spíše jiné kategorie rizikového chování než poruchy příjmu potravy a že tato oblast není školními metodiky vnímána jako ta, na niž by měl být kladen větší důraz, jelikož ve většině případů vidí působení v rámci výuky jako plně dostačující. Zapojení neziskových organizací lze vidět spíše jako doplňující prvek vzhledem k obvyklému jednorázovému a dále nenavazujícímu působení. Nabídka dalších vzdělávacích programů pro školní metodiky je v tomto ohledu výrazně omezenější než u ostatních druhů rizikového chování, což naznačuje i podcenění přesahující úroveň základního školství.

Zjištěné nedostatky na školách lze pokládat za souhrn několika aspektů. Prvním z nich je nedostatek časových možností ze strany školních metodiků prevence, kdy vzhledem k tomu, že se jedná o učitele s plnohodnotnou pracovní dobou, nezbývá na přípravu funkce školního metodika prevence příliš volného času a jejich působení se tak v mnoha případech stává, namísto primárně preventivního působení, až řešením následků, tj. sekundární prevencí. Další aspektem je nedostatek preventivních programů pro oblast poruch příjmu potravy, přestože se odborníci snaží vyvíjet komplexní a kontinuální preventivní programy, oproti ostatním oblastem rizikového chování jsou stále v menším zastoupení. Na základě těchto předpokladů lze navrhnout určitá doporučení a postupy preventivního působení, které by bylo možné realizovat v každodenní praxi. Například zkvalitnit nabídku nápojů a potravin dostupných žákům v prostředí školy, rozšířit nabídku sportovních zájmových aktivit a kroužků v rámci školy, vážně se zaobírat nevhodnými narážkami nebo poznámkami v komunikaci mezi žáky a neprodleně je řešit. Realizace těchto menších kroků může být mnohdy daleko efektivnější než zahlcování žáků nadměrným množstvím věcných informací. Téma prevence by mělo být nenucenou součástí každodenní komunikace mezi pedagogy a jejich žáky.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Česká literatura

BUDINSKÁ, M., HOLICKÁ, N. a J. PILAŘ. Organizační rámec školské prevence v ČR. In: MIOVSKÝ, M., L. SKÁCELOVÁ, J. ZAPLETALOVÁ a P. NOVÁK (eds.). *Primární prevence rizikového chování ve školství*. Praha: Sdružení SCAN a Univerzita Karlova v Praze ve vydavatelství Togga, 2010. ISBN 978-80-87258-47-7.

ČABLOVÁ, L., M. MIOVSKÝ a L. SKÁCELOVÁ. Minimální preventivní program školy. In: MIOVSKÝ, M. et al. *Výkladový slovník základních pojmů školské prevence rizikového chování*. Praha: Klinika adiktologie, 1. LF Univerzity Karlovy v Praze a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze ve vydavatelství Togga, 2012. ISBN 978-80-87258-89-7.

ČECH, T. Prevence. In: MIOVSKÝ, M. et al. *Výkladový slovník základních pojmů školské prevence rizikového chování*. Praha: Klinika adiktologie, 1. LF Univerzity Karlovy v Praze a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze ve vydavatelství Togga, 2012. ISBN 978-80-87258-89-7.

ČERNÝ, M. Základní úrovně provádění primární prevence. In: MIOVSKÝ, M., L. SKÁCELOVÁ, J. ZAPLETALOVÁ a P. NOVÁK (eds.). *Primární prevence rizikového chování ve školství*. Praha: Sdružení SCAN a Univerzita Karlova v Praze ve vydavatelství Togga, 2010. ISBN 978-80-87258-47-7.

FALTUS, F. Behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory (psychogenní poruchy příjmu potravy). In: ZVOLSKÝ, P. *Speciální psychiatrie*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 1998, 206 s. ISBN 80-718-4666-X.

FIALOVÁ, L. a F. D. KRCH. *Pojetí vlastního těla – zdraví, zdatnost, vzhled*. Praha: Karolinum, 2012, 278 s. ISBN 978-802-4621-609.

HARTL, P. a H. HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2009, 774 s. ISBN 978-807-3675-691.

HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005, 407 s. ISBN 80-7367-040-2.

- CHARVÁT, M. a M. NEVORALOVÁ. Faktory rizikové a protektivní. In: MIOVSKÝ, M. et al. *Výkladový slovník základních pojmů školské prevence rizikového chování*. Praha: Klinika adiktologie, 1. LF Univerzity Karlovy v Praze a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze ve vydavatelství Togga, 2012. ISBN 978-80-87258-89-7.
- LANGMEIER, J. a D. KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 3. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 1998, 343 s. ISBN 80-716-9195-X.
- MARÁDOVÁ, E. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007, 32 s. ISBN 978-80-86991-09-2.
- MATĚJČEK, Z. *Praxe dětského psychologického poradenství*. Vyd. 2., aktualiz. a upr. Praha: Portál, 2011, 342 s. ISBN 978-802-6200-000.
- MIOVSKÝ, M. et al. *Výkladový slovník základních pojmů školské prevence rizikového chování*. Praha: Klinika adiktologie, 1. LF Univerzity Karlovy v Praze a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze ve vydavatelství Togga, 2012, 220 s. ISBN 978-80-87258-89-7.
- MIOVSKÝ, M. Historie a současné pojetí primární prevence rizikového chování v České republice. In: MIOVSKÝ, M., L. SKÁCELOVÁ, J. ZAPLETALOVÁ a P. NOVÁK (eds.). *Primární prevence rizikového chování ve školství*. Praha: Sdružení SCAN a Univerzita Karlova v Praze ve vydavatelství Togga, 2010. ISBN 978-80-87258-47-7.
- MIOVSKÝ, M. *Návrh doporučené struktury minimálního preventivního programu prevence rizikového chování pro základní školy*. Praha: Klinika adiktologie, 1. LF Univerzity Karlovy v Praze a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze ve vydavatelství Togga, 2012, 100 s. ISBN 978-80-87258-74-3.
- MIOVSKÝ, M., L. SKÁCELOVÁ, J. ZAPLETALOVÁ a P. NOVÁK (eds.). *Primární prevence rizikového chování ve školství*. Praha: Sdružení SCAN a Univerzita Karlova v Praze ve vydavatelství Togga, 2010, 253 s. ISBN 978-80-87258-47-7.
- PAPEŽOVÁ, H. (ed.) *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Praha: Grada, 2010, 424 s. ISBN 978-802-4724-256.

PAPEŽOVÁ, H. a J. HANUSOVÁ. *Poruchy příjmu potravy: příručka pro pomáhající profese*. Praha: Klinika adiktologie, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze ve vydavatelství Togga, 2012, 47 s.

ISBN 978-80-87258-98-9.

PAVLAS MARTANOVÁ, V. *Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů školské primární prevence rizikového chování*. Praha: Klinika adiktologie, 1. LF Univerzity Karlovy v Praze a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze ve vydavatelství Togga, 2012. ISBN 978-80-87258-75-0.

SKÁCELOVÁ, L. Minimální preventivní program školy. In: MIOVSKÝ, M., L. SKÁCELOVÁ, J. ZAPLETALOVÁ a P. NOVÁK (eds.). *Primární prevence rizikového chování ve školství*. Praha: Sdružení SCAN a Univerzita Karlova v Praze ve vydavatelství Togga, 2010. ISBN 978-80-87258-47-7.

SMOLÍK, P. *Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací, nástin nozologie, diagnostika*. Praha: Maxdorf, 1996, 504 s. ISBN 80-858-0033-0.

STRAUSS, A a J. CORBINOVÁ. *Základy kvalitativního výzkumu: Postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Boskovice: Albert, 1999, 196 s. ISBN 80-858-3460-X.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2004, 870 s. ISBN 80-717-8802-3.

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. Praha: Karolinum, 2005, 467 s. ISBN 978-802-4609-560.

Zahraniční literatura

REES, J. M. Eating Disorders during Adolescence: Nutritional Problems and Interventions. In: *University of Washington* [online]. 2012 [cit. 2014-11-15].

Dostupné z: <http://staff.washington.edu/jrees/ch1edado.html>

THE NATIONAL EATING DISORDERS COLLABORATION. *Eating Disorders in Schools: Prevention, Early Identification and Response* [online]. 2014 [cit. 2014-11-

15]. Dostupné z: <http://www.nedc.com.au/files/Resources/Teachers%20Resource.pdf>

THE NATIONAL EATING DISORDERS COLLABORATION. *Eating Disorders Prevention, Treatment & Management: An Evidence Review* [online].

2010 [cit. 2014-11-15]. Dostupné z:

http://www.nedc.com.au/files/pdfs/NEDC_Evidence%20Review_Final.pdf

Eating Disorders in Adolescents: Position Paper of the Society For Adolescent Medicine. *Journal of Adolescent Health* [online]. vol. 2003, i. 33, p. 496-503 [cit. 2014-11-15]. Dostupné z: https://www.adolescenthealth.org/SAHM_Main/media/Advocacy/Positions/Dec-03-Eating_Disorders_in_Adolescents.pdf

Internetové zdroje

BARTÁKOVÁ, M. *Poruchy příjmu potravy: ... A co s tím?* [online]. Občanské sdružení Anabell, 2009 [cit. 2014-10-30]. Dostupné z:

http://www.anabell.cz/images/obr/1404371674_plakat-ucitele.pdf

NEŠPOR, K. a A. SCHEANSOVÁ. Dovednosti pro život v prevenci a léčbě návykových nemocí. *Infodrogy.sk* [online]. 2009 [cit. 2014-10-01].

Dostupné z: <http://www.infodrogy.sk/index.cfm?module=Library&page=Document&DocumentID=693>

ŠVÉDOVÁ, J. a L. MIČOVÁ. *Poruchy příjmu potravy: Manuál pro pedagogy* [online]. Občanské sdružení Anabell, 2010 [cit. 2014-10-30]. Dostupné z:

http://www.anabell.cz/images/obr/1404371833_manualpropedagogy.pdf

VALENTOVÁ, L. Poradenské služby ve škole. *Euroguidance ČR* [online].

[cit. 2014-10-15]. Dostupné z: <http://www.euroguidance.cz/cz/clanky/l-valentova-poradenske-sluzby-ve-skole.html>

ZAPLETALOVÁ, J. Školní poradenská pracoviště. *Národní ústav pro vzdělávání* [online]. [cit. 2014-10-15]. Dostupné z: <http://www.nuv.cz/cinnosti/ppp/poradenstvi/skolni-poradenska-pracoviste>

Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí a mládeže.

Praha: MŠMT, 2010 [cit. 2014-04-25]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/vzdelavani/socialni-programy/metodicke-doporuceni-k-primarni-prevenci-rizikoveho-chovani>

Národní strategie primární prevence rizikového chování dětí a mládeže na období 2013-2018. Praha: MŠMT, 2013 [cit. 2014-09-14].

Dostupné z: <http://www.msmt.cz/file/28077>

Strategie prevence rizikových projevů chování u dětí a mládeže v působnosti resortu školství, mládeže a tělovýchovy na období 2009-2012. Praha: MŠMT, 2009

[cit. 2014-09-14]. Dostupné z: www.msmt.cz/file/7322_1_1/

Ostatní zdroje

Vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních.

SEZNAM ZKRATEK

ADHD	porucha pozornosti s hyperaktivitou
BMI	body mass index, index tělesné hmotnosti
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
MPP	minimální preventivní program
MŠMT	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR
NEDC	National Eating Disorders Collaboration
PČR	Policie ČR
PPP	poruchy příjmu potravy
PPP	pedagogicko-psychologická poradna
SPC	speciálně pedagogické centrum
ŠMP	školní metodik prevence
ŠPP	školní preventivní program
SVP	středisko výchovné péče
ŠVP	školní vzdělávací program
ZŠ	základní škola

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Kontakty na neziskové organizace.....	I
--	----------

Kontakty na neziskové organizace

Acet, ČR o.s.

Občanské sdružení, které poskytuje péči, praktické vzdělávání a vyučování v oblasti HIV/AIDS a rizikového chování mládeže s pobočkami v 9 krajích ČR.

Mgr. František Krampota, tel. 733 121 953

Elrond, o.p.s.

Elrond je vzdělávací zařízení, které mimo jiné poskytuje zajišťování preventivních programů pro školy. Sídlo v Příbrami, Středočeský kraj.

Mgr. Eva Burdová, MBA, ředitelka, tel. 773 587 552

Magdaléna, o.p.s.

Společnost Magdaléna poskytuje pomoc osobám závislým na návykových látkách a všem jednotlivcům i sociálním skupinám tímto jevem ohroženým. Za tímto účelem zřizuje síť strukturovaných a funkčně provázaných programů. Působí v Benešově, Berouně, Praze, Příbrami, Mníšku pod Brdy a Kolíně.

Centrum primární prevence:

Hana Lukešová, vedoucí Centra primární prevence, tel. 731 625 960,

e-mail: prevence@magdalena-ops.cz

Mgr. Helena Fialová, odborný garant Centra primární prevence, tel. 737 284 597,

e-mail: fialova@magdalena-ops.cz

Nízkoprahové centrum BEDNA

Nízkoprahové zařízení pro děti a mládež, poskytující odbornou podporu a pomoc v krizových situacích v Příbrami.

Mgr. Kateřina Volfová, tel. 773 645 133, e-mail: volfova@ponton.cz

Tilius, o.s.

Výcvikové a vzdělávací centrum v oblasti bezpečnosti, sebeobran, prevence kriminality a dalších souvisejících činností. Sídlo v Příbrami, Středočeský kraj.

Vít Skalník, předseda, jednatel, tel. 731 445 501

Ing. Ota Hajzler, manažer, tel. 737 501 748

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Tereza Šornová

Obor: Speciální pedagogika

Forma studia: prezenční studium

Název práce: Primární prevence poruch příjmu potravy na základních školách se zaměřením na roli školního metodika prevence

Rok: 2015

Počet stran textu bez příloh: 80

Celkový počet stran příloh: 1

Počet titulů českých použitých zdrojů: 24

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 4

Počet internetových zdrojů: 8

Vedoucí práce: PhDr. Zuzana Hadj Moussová