

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
PEDAGOGICKÁ FAKULTA
Katedra psychologie a patopsychologie

Bakalářská práce
Martina Konečná

Prevence poruch příjmu potravy v prostředí škol

Olomouc 2023

vedoucí práce: Mgr. Lucie Váchová Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Prevence poruch příjmu potravy v prostředí škol“ vypracovala sama pod odborným vedením. Dále prohlašuji, že všechny použité zdroje jsou zahrnuty v seznamu použité literatury.

V Olomouci dne.....

Podpis.....

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala paní Mgr. Lucii Váchové Ph.D, za odborné vedení při psaní této bakalářské práce, dále za odborné rady a za trpělivost. Také děkuji respondentům, kteří byli ochotni vyplnit dotazník a tím autorce poskytli potřebné informace pro realizování praktické části této práce.

OBSAH

ÚVOD.....	5
TEORETICKÁ ČÁST.....	6
1 Poruchy příjmu potravy	7
1.1 Jednotlivá onemocnění patřící mezi PPP.....	7
1.1.1 Mentální anorexie	8
1.1.2 Mentální bulimie.....	9
1.1.3 Záchvatovité přejídání.....	10
1.1.4 Další onemocnění patřící mezi poruchy příjmu potravy	11
1.2 Etiologie poruch příjmu potravy.....	13
1.2.1 Biologické faktory.....	14
1.2.2 Psychologické faktory	14
1.2.3 Sociální a kulturní faktory.....	15
1.2.4 Rodinné a genetické faktory	15
1.3 Zdravotní důsledky.....	16
1.4 Psychické a sociální důsledky.....	17
1.5 Léčba poruch příjmu potravy	18
1.5.1 Ambulantní léčba a hospitalizace	19
1.5.2 Terapeutické přístupy.....	20
2 Prevence poruch příjmu potravy.....	23
2.1 Základní vymezení prevence a její typy.....	24
2.2 Prevence poruch příjmu ve škole.....	25
2.3 Školní metodik prevence	26
2.4 Školní a minimální preventivní program.....	27
PRAKTICKÁ ČÁST	28
3 Cíle výzkumu a výzkumné otázky	29
3.1 Hlavní cíl a dílčí cíle výzkumného šetření.....	29
4 Výzkumný soubor	30
4.1 Průběh sběru dat	31
5 Výzkumné metody.....	32
5.1 Etické aspekty výzkumného šetření	32
6 Výsledky výzkumného šetření	33
6.1 Výzkumná otázka č. 1: Jaký je pohled školních metodiků prevence na problematiku poruch příjmu potravy?	33
6.2 Výzkumná otázka č. 2: Zahrnují školní metodici prevence primární prevenci poruch příjmu potravy do minimálního preventivního programu na škole, kde působí?	35
6.3 Výzkumná otázka č. 3: Vědí školní metodici prevence, koho oslovit, v případě zájmu o primární prevenci poruch příjmu potravy?.....	38
7 Diskuze	41

ZÁVĚR.....	44
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	46
SEZNAM ELEKTORNICKÝCH ZDROJŮ.....	49
SEZNAM ZKRATEK.....	50
SEZNAM PŘÍLOH.....	51

Anotace

Jméno a příjmení:	Martina Konečná
Katedra:	Katedra psychologie a patopsychologie
Vedoucí práce:	Mgr. Lucie Váchová Ph.D.
Rok obhajoby:	2023

Název práce:	Poruchy příjmu potravy v prostředí škol
Název v angličtině:	Prevention of eating disorders in school settings
Anotace práce:	Bakalářská práce se zaměřuje na problematiku poruch příjmu potravy a jejich prevenci v prostředí škol. Definiuje pojem poruchy příjmu potravy, jednotlivá onemocnění, která se mezi ně řadí, jejich příčiny vzniku, symptomy, somatické, psychické a sociální důsledky či léčbu. Dále je v práci zmíněna prevence, činnost školního metodika prevence nebo charakteristika minimálního preventivního programu. Cílem praktické části je prostřednictvím dotazníků, které byly vyplněny školními metodiky prevence, zjistit, zda na základních a středních školách probíhá primární prevence poruch příjmu potravy a jaké metody a formy prevence jsou na školách využívány.
Klíčová slova:	Poruchy příjmu potravy, mentální anorexie, mentální bulimie, prevence, školní metodik prevence

Anotace v angličtině:	The bachelor thesis focuses on eating disorders and their prevention in school settings. It defines the concept of eating disorders, the individual disorders, their causes, symptoms, health, psychological and social consequences and treatment. It also mentions prevention, the work of the school prevention officer and the characteristics of a minimum prevention programme. The aim of the practical part is to find out whether primary prevention of eating disorders is carried out in primary and secondary schools
------------------------------	---

	and what methods and forms of prevention are used in schools, by means of questionnaires filled in by school prevention methodologists.
Klíčová slova v angličtině:	Eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, prevention, school prevention officer
Přílohy:	dotazník
Rozsah práce:	54
Jazyk práce:	český jazyk

ÚVOD

Jako téma bakalářské práce autorka zvolila: „Prevence poruch příjmu potravy v prostředí škol“. Důvodem zvolením tohoto tématu je jak osobní zkušenost s poruchami příjmu potravy, tak ale i pocit, že se o poruchách příjmu potravy stále málo ve společnosti ví, i když osob, kteří toto onemocnění mají, je stále více a více.

V dnešní době je v časopisech nebo na internetu nepřehledné množství informací o dietách, zdravém životním stylu nebo různých typů, jak efektivně a rychle snížit tělesnou hmotnost. Avšak problematika poruch příjmu potravy se v těchto článcích objevuje zřídka kdy a pokud ano, tak většinou jen okrajově. Četnost článků s touto problematikou je však vyšší, než tomu bylo v minulosti, ale stejně je to z pohledu autorky stále nedostačující.

Prevence poruch příjmu potravy by se měla objevovat v rodině, poté i ve škole, kde by mělo docházet k představení problematiky dospívajícím dívkám a chlapcům, předat jim základní informace o vzniku, symptomech či důsledcích a léčbě těchto onemocnění.

Jak již bylo zmíněno, autorka práce má několikaletou zkušenost s poruchou příjmu potravy, konkrétně se záchvatovitým přejídáním. Nikdy však nebyla hospitalizována na psychiatrii, nebo v ohrožení života, dokáže se ale díky svým zkušenostem vcítit do člověka, který tuto nemoc má. Ona sama se s prevencí poruch příjmu potravy na základní škole, ani na gymnáziu nesešla, proto si toto téma vybrala, aby zjistila, jak prevence na školách vypadá.

Cílem teoretické části této bakalářské práce je předat informace o poruchách příjmu potravy a jejich prevenci. První kapitola se věnuje jednotlivým onemocněním, jejich vzniku, symptomům, důsledkům či možnostem léčby. V druhé kapitole lze najít informace ohledně prevence a jejích typů, prevence ve škole, činnostech školního metodika prevence nebo o minimálním preventivním programu.

Cílem praktické části této bakalářské práce je pomocí výsledků nestandardizovaných dotazníků, které byly vyplněny školními metodiky prevence, zjistit, zda na základních a středních školách probíhá primární prevence poruch příjmu potravy, jaké metody či platformy školní metodici prevence znají a využívají.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Poruchy příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy (PPP) patří mezi psychická onemocnění dospívajících dívek, mladých žen a mužů. Mezi nejznámější a také nejvíce se vyskytující PPP patří mentální anorexie a bulimie. Vedle těchto onemocnění stojí i další onemocnění, např. záchvatovité přejídání, ortorexie, bigorexie nebo pregorexie. Jelikož se jedná o onemocnění, která jsou příznačná pro období dospívání, zasahují tyto problémy do formování osobnosti nemocného. Také velice ovlivňují jeho pracovní či vzdělávací příležitosti. Rozvoj u poruch příjmu potravy je často pomalý a nenápadný. Onemocnění se může ztratit v nevhodných jídelních návycích rodiny či vrstevníků (Krch, 2007).

Jedná se o velmi složitou a propletenou síť onemocnění, to však ale neznamená, že se jedná o nesrozumitelný a logiku postrádající systém. Symptomy PPP mají svůj logický vývoj, ale také i biologický, osobní a sociální význam. Postoje osob, které mají zdravý vztah k jídlu se příliš často neodlišují od nevhodných jídelních postojů nemocných. Změna ve stravování je velkým zásahem do složité fyziologie organismu. Tyto změny mohou přinášet psychické a dlouhodobě i sociální a somatické důsledky (Krch, 2005).

V posledních desetiletích je poruchám příjmu potravy věnována velká pozornost, jak ze strany odborníků v literatuře, tak ale i v různých výzkumných šetřeních. Přesto je stále v oblasti této tematiky mnoho nejasností a dohadů (Procházková a Sladká-Ševčíková, 2017).

V naší společnosti nejsou žádnou novinkou, naopak, již jakýmsi „stálicemi“. Vzhledem k tomu, v jakých věkových kategoriích se často manifestují, je opravdu velmi důležité vzdělání pedagoga v této oblasti a schopnost diagnostiky u svých žáků. Proto je dobré mít na paměti, že se nejednou stalo, že právě učitel byl ten, který rozpoznal rozvoj nemoci spojený s výživou dříve než samotný rodič. Heslo, které používá Občanské sdružení Anabell: „Ona to nepozná, Vy ano,“ je v tomto případě opravdu dosti vystihující (Hřivnová, 2014).

1.1 Jednotlivá onemocnění patřící mezi PPP

Mezi základní poruchy příjmu potravy se řadí mentální anorexie a mentální bulimie, to však ale nejsou všechna onemocnění, která si zle pod pojmem „porucha příjmu potravy“ představit. Dle MKN-10 lze PPP rozdělit:

- F50 Poruchy příjmu potravy
 - F50.0 Mentální anorexie
 - F50.1 Atypická mentální anorexie

- F50.2 Mentální bulimie
- F50.3 Atypická mentální bulimie
- F50.4 Přejídání spojené s psychologickými poruchami
- F50.5 Zvracení spojené s jinými psychologickými poruchami
- F50.8 Jiné poruchy příjmu potravy
- F50.9 Porucha příjmu potravy NS (MKN-10).

1.1.1 Mentální anorexie

Mentální anorexie (MA) je porucha, která je charakteristická patologickým strachem z obezity, v důsledku tohoto strachu dochází k odmítání stravy. Osoby, které mají MA odmítají jíst, tím ohrožují své fyzické a psychické zdraví (Krejčířová a Skopalová, 2007).

Avšak samotný termín „anorexie“ může být v některých případech zavádějící, protože oslabení chuti k jídlu nebo nechutenství je spíše až sekundárním důsledkem hladovění, které se ale nemusí vyskytovat u všech osob s touto nemocí. U některých pacientů tomu může být i naopak, omezování se v jídle vede ke zvýšenému zájmu o jídlo – často na jídlo myslí, rádi se o něm baví, sbírají recepty nebo často vaří. Někdy se může objevovat i pozměněná chuť nebo zvýšená její citlivost. V tomto případě se zřejmě jedná o přirozenou adaptační reakci organismu na to, že nemá dostatek stravy, tudíž nemá z čeho tělo vyživovat, proto takto „volá o pomoc“. Pacienti, kteří mají MA, neodmítají jíst proto, že by chuť na jídlo neměli, je to z toho důvodu, že zkrátka jíst nechťejí. Jejich averze k jídlu je projevem k narušenému postoji k tloušťce, tělesné hmotnosti a celkově vzhledu (Krch, 2005).

Nástup nemoci bývá nejčastěji mezi 12 až 16 roky a častěji postihuje dívky. Na konci puberty se některé anorektické znaky mohou ukázat u 6 % dívek. Z počátku se může zdát, že se nejedná o žádný problém, často je i okolí podporuje (např. když jedinec zhubne, tak dostává od okolí pochvaly, že mu to sluší), tím ale dojde k utvrzení toho, že to, co dělají je správné a pokračují v tom, nemoc se vymkne kontrole a už není cesty zpátky (Hřivnová, 2014).

Mezi diagnostická kritéria dle Koutka (in Machová a Kubátová, 2015) patří:

- Tělesná hmotnost je udržována 15 % pod hranicí optimální tělesné hmotnosti nebo hodnota BMI je nižší jak 17,5,
- snížení hmotnosti je způsobeno vyhýbáním se jídlu, které není v očích nemocného zdravé, nadměrným cvičením, zvracením, užíváním projímadel, látek, které potlačují chuť nebo odvodňují organismus,

- objevuje se strach z tloušťky a přibýváním na váze, mylné a zkreslené představy o svém těle,
- porucha menstruačního cyklu,
- pokud se onemocnění objeví již před obdobím puberty, pubertální projevy jsou opožděné nebo se neobjeví vůbec, jedinci nerostou, u dívek se nevyvíjí prsa a nedostaví se menstruace, u chlapců zůstává dětský genitál, avšak po uzdravení dochází k normálnímu dokončení vývoje.

Mentální anorexie je rozdělena na 2 typy:

- **restriktivní,**
- **purgativní** (v tomto případě se objevuje zvracení a jiné patologické mechanismy určené ke snižování hmotnosti (Papežová, 2018).

1.1.2 Mentální bulimie

Mentální bulimie (MB) je porucha, která je charakteristická opakujícími se záchvaty přejedení, následným zvracením a přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti (Krch, 2005). Jedná se o emocionální poruchu, která se někdy může vyskytovat s jinými psychickými onemocněními (např. s depresí). Souvisí s obavami z tloustnutí a s jídlem, ale dá se říct, že se jedná o určitý způsob, jak zvládat stres a emocionální zátěž. Přejedení zaplňuje čas, přináší uspokojení a odpoutává od problémů. Zvracení pak přináší nabytí pocitů kontroly. Tento začarovaný kruh se neustále opakuje, stává se návykovou formou úniku před problémy (Pugnerová, 2016).

Postihuje jak ženy, tak ale i muže ve vyšším věku než bývá u mentální anorexie (od 16 let a výše). Často se vyskytuje u velmi pracovně vytížených lidí s dobrým socio – ekonomickým postavením ve společnosti. U žen se většinou střídá období diet a přejídání, u mužů bývá na počátku hyperfagie („přecpání se“) (Hřivnová, 2014).

Pro osoby s mentální bulimií (obecně s PPP) mají otázky ohledně tělesné hmotnosti a tvaru těla velký význam. Pocit vlastní hodnoty je závislý na tom, kolik váží a jak vypadají, jen máloco může jejich sebehodnocení ovlivnit. Jejich život se točí kolem otázek, jak vypadají či kolik kilogramů váží. Pokud mají pocit, že se jejich tělesná hmotnost zvýšila, je to pro ně deprimující a velmi dost to ovlivňuje jejich život. Objevují se deprese, vyhýbání se ostatním lidem a přestávají ovládat, kolik toho zkonsumovali. Začnou se přejídat, cítí se hůře a hůře a snaží se o dodržování diet, z důvodu toho, že chtějí zhubnout. Pokud na váze zaznamenají nižší číslo, než tomu bylo naposledy, mají radost a jejich život se začne vracet do normálu. Osoby s MB

jsou dost citlivé k jakékoliv změně hmotnosti a tvaru těla, jedná se o změny, kterých si běžným způsobem člověk ani nevšimne (Cooper, 2014).

Lidé, kteří mají mentální bulimii se snaží své chování zatajit, vynakládají veliké úsilí, aby okolí nepoznalo, že mají poruchu příjmu potravy. Za své chování se stydí, tvrdí, že se cítí jako dvě odlišné osobnosti. Jedna chce být zdravá a snaží se zanechat zvracení, ta druhá toto chování sabotuje. Lež se u těchto osob objevuje na denním pořádku. Často popisují situace, kdy jídlo kradli nebo se začali přehrabovat v odpadkovém koši či popelnici jenom proto, aby získali jídlo, po kterém tolik toužili (Hall a Cohn, 2003).

Mezi diagnostická kritéria dle Koutka (Koutek in Machová a Kubátová, 2015) patří:

- Neustálé myšlenky na jídlo, neustálá touha po jídle,
- objevují se záchvaty přejídání alespoň dvakrát týdně v průběhu 3 měsíců, během kterých nemocný zkonsumuje nepřeborné množství jídla,
- kompenzační mechanismy mezi které může patřit: uměle vyvolané zvracení, užívání projímadel, nadměrné cvičení nebo střídání se období diet a přejídání se,
- objevuje se strach z tloušťky,
- ne vždy, ale často se stává, že MB předchází MA nebo období, během kterého se dívka nebo chlapec intenzivně omezuje v jídle.

Mentální bulimii lze rozdělit na 2 specifické typy:

- **purgativní** (pravidelně se objevuje zvracení, používání laxativ nebo diuretik, aby došlo k zabránění zvýšení hmotnosti),
- **nepurgativní** (pravidelné diety, hladovky nebo velmi fyzicky náročné cvičení) (Krch, 2005).

1.1.3 Záchvatovité přejídání

Záchvatovité přejídání (ZP) je nemoc, která je typická opakovanými epizodami přejídání, po kterých ale nenásledují hladovky, vyvolávání zvracení nebo jiné mechanismy, kterými by se daný jedinec snažil snížit hmotnost. Během jedné epizody záchvatu je nemocný schopný sníst velké množství potravin v nesmyslných kombinacích nebo jídlo, které mu ani nechutná ve velmi krátkém časovém intervalu. Jedinec jídlo konzumuje, aniž by měl hlad nebo chuť, většinou jezením zahání nudu, nervozitu, stres, zklamání, smutek nebo samotu. (Švédová a Mičová, 2010).

Dle Coopera (2014) je záchvatovité přejídání spojeno se 3 (a více) z následujících způsobů chování:

- Konzumace jídla je mnohem rychlejší, než je běžné,
- dotyčná osoba jí do té doby, dokud se nedostaví nepříjemný pocit sytosti,
- dojde ke konzumaci velkého množství jídla, aniž by byl přítomný pocit hladu,
- konzumace potravin o samotě, snaha skrýt to před ostatními,
- výčitky svědomí po přejedení, deprese, znechucenost ze sebe samotné/ho.

Během dne se osoba se ZP stravuje vyváženě a zdravě, v jeho očích správně. Většinou se snaží snížit tělesnou hmotnost, zařazuje pohyb (běh, plavání, cvičení), jí málo, tím pádem tělo nemá dostatečný kalorický příjem a obvykle večer (může to být i během dne) se přejí. Samotná epizoda přejedení je v tu chvíli příjemná, pro nemocného je to jistota a krátkodobý únik z reality od všemožných problémů, které ho trápí. Po přejedení ale přichází výčitky („Opět jsem to zkazila.“, „Dneska jsem to zkazila, od zítra začínám na novo.“...), pláč, shazování sebe samotné/ho, může se objevovat i sebepoškozování, trest za to, že se opět přejedl/přejedla. K tomu všemu je jedinci špatně od žaludku, cítí se plný až k prasknutí, je mu na zvracení. Druhý den se ráno probouzí s tím, že dnes je ten den, kdy začnu od znovu. Nastaví si nesmyslně nízký kalorický příjem, pár dní to vydrží, ale po pár dnech opět přijde přejedení a takto se opakuje dokola a dokola, jedná se o jakýsi „začarovaný kruh“, ze kterého je velmi těžké se dostat ven.

Přejídání se většinou odehrává tajně v soukromí, takže si lidé v okolí nemocného myslí, že se stravuje normálně. Dochází k němu obvykle na místě, kde jsou zásoby jídla, takže v kuchyni nebo si jídlo bere, např. do koupelny nebo na záchod, zkrátka tam, kde ho většinou nikdo nemůže načapat. Průměrně se během záchvatu zkonsumuje kolem 1500 – 3500 kilokalorií, ale u někteří jedinci jsou během záchvatu schopni zkonsumovat až 20 000 kilokalorií. Stává se, že někdo vnímá přejedení i tak, že si dá k jídlu ještě něco, co si na ten daný den nenaplánoval nebo co je „nezdravé“, v tomto případě se ale nejedná o skutečný „objektivní“ záchvat (Cooper, 2014).

1.1.4 Další onemocnění patřící mezi poruchy příjmu potravy

Ortorexie – patologická posedlost zdravou stravou, přílišné lpění na pravidlech a doporučeních ohledně zdravé výživy. Tito lidé nejsou schopni pozřít nic jiného než to, co ve složení neobsahuje sůl, cukr, konzervační látky, bílou mouku aj. Dodržování zdravého životního stylu a neustálé přemýšlení nad jídlem a jeho složením zabírá dotyčnému velkou část času během dne. Jedinec se vyloženě nezdravého jídla bojí, tento strach může vést k podvaze. Určité zdravé potraviny nelze koupit všude, tím pádem může dojít k sociální izolaci (Procházková a Sladká-Ševčíková, 2017).

Ortorexie však stále není formálně uznávaná v DSM-5 jako porucha příjmu potravy i přesto, že má řadu znaků, které jsou charakteristické pro PPP. Pacienti s mentální anorexií nebo bulimií se až obsedantně zaměřují na příjem kalorií, váhu a mají abnormální představu o svém těle. Avšak úbytek hmotnosti bývá často méně nápadný, než tomu je u MA, avšak nemocný nedokáže posoudit své tělesné proporce nebo hmotnost. V důsledku omezování jídelníčku a požívání pouze vyvážené, čisté a zdravé stravy se stejně jako u MA nebo MB se můžou objevovat bolesti hlavy, anémie (chudokrevnost), u žen vymizení menstruačního cyklu a v některých případech i trávicí problémy (McGregor, 2017).

Mezi další příznaky ortorexie patří: odmítání určitých pokrmů s tím, že na ně mají potravinové alergie. Nemocným je nepříjemné jíst před ostatními nebo nezvládnou sníst pokrm, který uvařil někdo jiný a oni nevědí, z jakých konkrétních ingrediencí je uvařený. S tím souvisí odmítání pozvání na společenské akce, kde se jí. Kolem jídla provádějí složité rituály – speciální skladování jídla, pomalu koušou malá sousta pokrmu, jezení malým přiborem, podávají jídlo na co nejmenším talíři, aby se zdálo, že toho je více. Při porušení určitých nastavených „pravidel“ se cítí provinile a selhání se snaží napravit, např. cvičením, běháním nebo snížením kalorického příjmu (McGregor, 2017).

Bigorexie – také Adonisův komplex, toto onemocnění se častěji vyskytuje u mužů. Jedná se posedlost vlastním tělem. Cílem je získat co nejvíce svalové hmoty a dosáhnout velké fyzické zdatnosti. Nemocní si o sobě myslí, že jsou malí a slabí. Často se vyskytuje užívání anabolických steroidů a jiných látek, které slouží k podpoře růstu svalů. Mezi hlavní rizika této nemoci patří poškození pohybového aparátu nebo poškození ledvin, jater či trávicí soustavy (Procházka a Sladká-Ševčíková, 2017).

Bigorexie je některými odborníky nazývána též jako „reverzní anorexie“. Nemocní jsou schopni trávit několik hodin denně v posilovně nebo také utrácet nadměrné částky peněz za neúčinné doplňky stravy. Dnešní společnost klade příliš vysoké nároky na to, jak člověk vypadá. „Vylepšená“ postava díky užívání steroidů ztělesňuje nejen postavu člověka, který žije zdravým životním stylem, ale také i ukazuje minimální fyzický standart, kterého by muži ve 21. století měli dosáhnout. S tím, jak se mění genderové postavení mužů a žen (např. ženy převyšují muže ve vzdělání i na pracovišti), muži poté zpochybňují své tradiční postavení. Proto se snaží svoji mužskou stránku ukázat jiným způsobem, tím pádem narůstá zájem o kulturistiku, zdravý životní styl nebo steroidy. Muži si stále myslí, že ženy touží po svalnaté mužské postavě, ano, je to tomu tak, ale nesmí se jednat o extrém. Příliš svalnatá postava ženy naopak spíše nepřitahuje (Mosley, 2009).

Pregorexie – také anorexie těhotných. Těhotná žena si kontroluje svou hmotnost a podniká kroky k tomu, aby svoji hmotnost snížila. Drží přísné diety, cvičí nebo užívá léky či projímadla. Toto všechno může být nebezpečné jak pro ženu, tak ale i především pro plod (Harasim-Piszczatowska a Elzbieta Krajewska-Kuřak, 2017).

Co je příčinou vzniku tohoto onemocnění? Ženy, které mají pregorexiu mají dosti společného se ženami, které mají mentální anorexiu. Některé mají za sebou zkušenost s MA nebo s jinou poruchou příjmu potravy, u některých se však problémy se stravou mohou objevit až během těhotenství. Mezi faktory, které mohou zapříčinit vznik této nemoci patří: kultura a rodinné prostředí, které klade důraz na fyzický vzhled a s ním spojenou štíhlost. Dále rodinná anamnéza, ve které se objevují poruchy příjmu potravy nebo psychické trauma a špatné zacházení (znásilnění, týrání nebo zneužívání). Mezi další příčiny vzniku mohou patřit stresující události jako je rozhodnutí s partnerem, úmrtí v rodině, ztráta nebo změna zaměstnání. I biologické faktory jako hormonální nerovnováha během těhotenství nebo genetické predispozice mohou mít vliv na vznik nemoci (Rolčková, 2017).

Jedním z důsledků nemoci může být to, že pregorexie vyvolá změny v těle, které vedou k abnormálnímu krvácení a tím pádem je zvýšená pravděpodobnost potratu. Dále také zvýšené riziko nedostatečného vývoje plodu, předčasný porod s velmi nízkou porodní hmotností. Důsledky abnormální tělesné hmotnosti novorozence jsou: krvácení do mozku, poruchy vidění tzv. retinopatie nedonošených (ROP) aj. Jak si lze všimnout, pregorexie je nebezpečná jak pro samotnou matku, tak ale i pro dítě (Rolčková, 2017).

1.2 Etiologie poruch příjmu potravy

O etiologii poruch příjmu potravy existuje mnoho různých hypotéz. Každá hypotéza nebo etiologický model má svoje omezení a není možné, aby vysvětlila všechny varianty poruch. Mnohé studie na větším vzorku pacientů nepotvrdily platnost žádné z hypotéz. V nejednom případě šlo jen o shodu poruchy a určitého jevu typického pro danou skupinu osob (problémy v rodině, dospívání, aj.) nebo nebylo možné určit, zda se jedná o příčinu nebo důsledek PPP. Žádný závěr nelze vyvodit ani z epidemiologického výzkumu, výsledky si někdy protirečí nebo zdůrazňují příliš obecné faktory (věk či pohlaví). Pracovníci a výzkumníci, kteří se problematikou poruch příjmu potravy zabývají, se shodují na tom, že kromě redukčních diet neexistuje jednoznačná příčinná souvislost či specifický etiologický faktor, který by se objevoval u většiny pacientů a vysvětloval vznik onemocnění. V osobní a rodinné

anamnéze pacientů s PPP se lze setkat s nespecifickými rizikovými faktory, které se ale často objevují i u jiných duševních poruch (alkoholismus, negativní sebehodnocení) (Krch, 2005).

1.2.1 Biologické faktory

Dědičnost je jedním z biologických faktorů, který může mít podíl na vzniku PPP. Rodinná dispozice může spočívat v tom, že se dědí některé povahové rysy, které mohou být pro vznik nemoci rizikové. Dědičnost také ovlivňuje možný rozvoj obezity, která se řadí mezi významný rizikový faktor, především u mentální bulimie. Takže tedy lze říci, že se PPP předávají z generace na generaci, ale už se neví, zda tím rizikovým faktorem jsou nebezpečné vzory chování, požadavky na vzhled a hmotnost ze strany rodiny, přístup matky k dietám a jídlu celkově. Bylo však prokázáno, že pokud se PPP v rodině vyskytuje/vyskytovala, je větší riziko, že toto onemocnění bude mít i potomek (Švédová a Mičová, 2010).

Ženské pohlaví - už jen ten fakt, že je žena ženou zvyšuje riziko výskytu mentální anorexie desetkrát. Je tomu tak, protože u ženského těla dochází v období puberty a adolescence k nejdramatičtějším tělesným a psychickým změnám, které mohou být jednou z příčin vzniku PPP. Velmi rychlý tělesný růst vede k rostoucí tělesné hmotnosti, tím pádem i k přibývání tukových zásob. Průměrná tělesná hmotnost u českých dívek v tomto období vzroste z BMI (Body mass index) 16 na 19 (Krch, 2005).

Puberta - jedná se o typické období vzniku mentální anorexie. Puberta u dívek končí první menstruací. Avšak malnutrice (dlouhodobý stav výživy, který nepokrývá potřeby jedince) spojená s mentální anorexií často přeruší fyzický vývoj dívek. Podle toho, kdy se nemoc objeví, tak se mohou objevovat abnormality ve fyzickém vývoji (pozastaví se růst, aj.). Puberta je období, kdy dochází k výraznému uvědomování si sebe sama. Zdá se, že dívky o sobě více pochybují, nejsou si tolik samy sebou vnitřně jisté (oproti chlapcům). Více se obávají toho, že nejsou mezi svými vrstevníky oblíbené, mají nízké sebevědomí, jsou k sobě příliš kritické. Sebevědomí se dospíváním zlepšuje, avšak nízké hodnocení vlastního těla přetrvává až do dospělosti a vede k sebepodněcování (Krch, 2005).

1.2.2 Psychologické faktory

Určité osobnostní rysy a vlastnosti, které se u jedince vyskytují před započítím samotného onemocnění, dle odborníků mohou souviset se vznikem PPP. U mentální anorexie to je, např. kladení příliš vysokých nároků na svoji osobnost (především ve školní oblasti). U dívek

se také vyskytuje nadměrná přizpůsobivost, vyhýbavost, poslušnost, pochybnosti o sobě samotné, vysoká sebekontrola nebo přílišná sebekritika vlastní osoby. U mentální bulimie se mohou objevovat následující projevy: impulzivita, sebekritičnost, zranitelnost a labilita (Procházková a Sladká-Ševčíková, 2017).

1.2.3 Sociální a kulturní faktory

Biologické a psychologické faktory jsou zodpovědné především za závažnost průběhu PPP, společenské faktory jsou bezprostředně zodpovědné za zvyšující se počet nemocných. Mentální anorexie, mentální bulimie a jiná onemocnění patřící mezi poruchy příjmu potravy se začaly objevovat v zemích, které tzv. přijaly kulturu západních zemí, dříve se v těchto zemích tato onemocnění nevyskytovala tak hojně jako dnes. Módní průmysl, internet, televize, sociální sítě a jiné šíří názor, že nadváha je zdraví nebezpečná, takže by člověk měl být štíhlý. Štíhlost je považována za kult krásy, atraktivity a úspěšnosti. Až přehnaný zájem o hmotnost se stává ve společnosti normou, ideálem je však vyhublost, a ne ideální váha (Švédová a Mičová, 2010).

Sociální a kulturní tlaky na dodržování štíhlosti jsou v rozporu s přirozeností lidského těla a jeho biologickou variabilitou. Také neoprávněně oslabují sebedůvěru dívek a mladých mužů, kterým jsou díky těmto tlakům nastavovány příliš vysoké cíle a nevhodné vzory. Posilují tak jejich nespokojenost s vlastním tělem či strach z tloušťky. Také nevhodné jídelní postoje v rodinách a ve společnosti těmto osobám nepomáhají (Krch, 2005).

Reakcí na nespokojenost vlastní osoby a postavy se objevuje porovnávání s jinými osobami (modelkami, herečkami), vědomé omezování v jídle nebo strach z tloušťky. Pokud se dívka povede zhubnout, od okolí přichází pozitivní ohlasy, dívka roste sebevědomí a říká si, že to co dělá, je správné (Švédová a Mičová, 2010).

1.2.4 Rodinné a genetické faktory

Vztah mezi dívkou a jejími rodiči je velmi důležitý. Aniž by dívky věděly, tak právě nenaplněný pocit toho, že ji oba rodiče nedávají dostatek lásky, může být jednou z příčin vzniku PPP. Na první pohled se však ale může zdát, že vztah mezi rodiči a dcerou je naprosto správný, všechny potřeby dcery jsou uspokojovány. Ale dívka si může vedle svých rodičů připadat méněcenná, otázkou je, proč by tento pocit u dívky vznikal. Důvodů může být několik, dcera může být prostřední dítě a může se stát, že jí rodiče nedávají nebo v minulosti nedávali tolik lásky jako zbylým sourozencům, to si dívka uvědomuje a může začít hledat sama v sobě. Dalším důvodem může být také to, že rodiče jsou téměř dokonalí a úspěšní lidé a dívka se vedle

nich může cítit jako „ošklivé kačátko“. Proto by občasná pochvaly a lichotky směřované k dívce měly být ne na denním pořádku, ale zkrátka svoji dceru umět občas a ve vhodnou situaci pochválit.

Ještě větší pozornost než jednotlivým členům rodiny, je věnována rodině jako celku. Dle Minuchina jsou pro anorektické rodiny příznačné čtyři základní znaky: 1. Přehnaně blízké vztahy v rodině, kde blízkost a submisivní chování jsou ceněny více než samostatnost a seberealizace. 2. Rodina se řešení problémů raději vyhýbá, pokud k nim ale dojde, neumí je řešit. 3. Nadměrná citlivost a ochrana, anorektické dítě může cítit potřebu chránit svou rodinu (nemoc dítěte by mohla rodinu udržet pohromadě). 4. Rodina má pevně stanovené modely interakce a pravidla. Měnící se potřeby dospívajícího dítěte spíše přehlíží a přechází, než aby se snažili pomoci a potřeby uspokojit (Minuchin in Krch, 2005).

1.3 Zdravotní důsledky

Zdravotní rizika poruch příjmu potravy jsou vysoká. Jedinci jsou náchylnější k cukrovce, onemocnění štítné žlázy nebo k zánětlivým onemocněním. U mentální anorexie se častěji setkáme s úmrtím než tomu tak může být u mentální bulimie, avšak i zde může tato nemoc skončit fatálně (Pugnerová, 2016).

Zdravotní důsledky u mentální anorexie: zpomalení tepu srdce a snížení krevního tlaku oproti zdravému jedinci, hrozí omdlávání nebo infarkt. Předčasně dochází k řídnutí kostí (osteoporóza), ztrácí se svalová hmota a s ní i síla. Pacient bývá často unavený, je mu zima (z důvodu poruch termoregulace), je celkově slabý, trpí nespavostí nebo častými bolestmi hlavy. Vypadávání vlasů, suchá pleť, lámání nehtů a kažení zubů patří mezi další zdravotní důsledky. Ženy ztrácí menstruační cyklus, což může vést i k neplodnosti (Rošková, 2017).

Zdravotní důsledky mentální bulimie: souvisí s úbytkem na váze, nedostatečnou výživou, zvracením, také i užíváním projímadel a diuretik. Mohou se objevovat srdeční obtíže (arytmie – abnormální srdeční rytmus), z důvodu narušení elektrolytové rovnováhy u pacientů, kteří zvrací. Poleptání sliznice jícnu žaludečními šťávami nebo zvýšená kazivost zubů mohou být dalším rizikem, které se u jedinců, kteří pravidelně vyvrhují stravu, může vyskytovat. Únavnost, citlivost na chlad, oslabený oběh krve, osteoporóza (řídnutí kostí) aj. jsou možnými důsledky této nemoci (Hřivnová, 2014).

Jaké jsou možné tělesné dopady kompenzačních praktik? Jako první lze zmínit diety, držení diet může mít neblahé účinky na tělo. Opakované držení diet může vést k tzv. jojo efektu, ke zvýšení tělesné hmotnosti, lidské tělo strádá tak dlouho, až si zkrátka o dostatečný příjem

kalorií řekne samo a to přejídáním. Lidský organismus a metabolismus si zvykne na nižší příjem v období diety, ale při návratu k normálnímu stravování se se efektivita metabolismu vrátí do normálu, jedinec začne jíst více a tím pádem se bude i tělesná hmotnost zvyšovat. Kvůli dietám může menstruační cyklus ztratit svou pravidelnost a nebo zcela vymizet. Menstruační cyklus potřebuje k optimálnímu fungování určité množství tuku (asi 20 %), u jedinců, kteří drží diety bývá často množství tuku menší (Cooper, 2014).

Opakované zvracení může často způsobit poškození hltanu. Osoby, které si zvracejí, si zvracení většinou musí nějak vyvolat, obvykle strčením něčeho do krku, to však může být občas složité a je zapotřebí vynaložit určitou sílu k tomu, aby došlo ke zvracení. Těmito postupy dochází k poškození zadní strany hltanu. Výjimečně se stává, že časté a násilné zvracení způsobí natržení jícnu. Užívání laxativ a diuretik, tato metoda stejně jako zvracení, je neúčinná a nebezpečná forma snižování tělesné hmotnosti. Na těchto látkách si lze vytvořit závislost. Tělo si na laxativa může zvyknout a po vysazení této látky se mohou objevovat zácpa nebo zadržování vody. A jako poslední kompenzační praktika bude zmíněny prostředky k potlačení chuti k jídlu. Tyto látky mohou vést k vnitřnímu neklidu nebo depresi (Cooper, 2014).

1.4 Psychické a sociální důsledky

Mentální anorexie i bulimie narušují psychickou pohodu, společenský i osobní život. Paradoxně se u anorexie zprvu objevuje nárůst sebevědomí a aktivit, pacienti jsou spokojeni s tím, jak vypadají a co všechno dokážou zvládnout. Myšlenky na jídlo a nutkání neustále něco jíst u bulimiček s sebou přinášejí pocity viny, selhání a deprese, které mohou ovlivňovat i jiné oblasti života. Vzrůstá zájem o vlastní osobu a problémy. Pacientky se často samy litují, což se projevuje i ve vztazích s vrstevníky ve škole, ale i doma. Dlouhodobá osamělost je potom důsledkem neuspokojivých společenských vtaů, dochází tak se snižování schopnosti přizpůsobit se a objevují se nepřiměřené reakce. (Marádová, 2007).

U poruchy příjmu potravy bývají typické následující **psychické a sociální důsledky**:

- nošení volného oblečení,
- odmítání se stravovat ve společnosti,
- zvýšený zájem o jídlo, recepty a radost z připravování jídla pro sebe a svoji rodinu, ale samy ho nejedí,
- znalost kalorických hodnot potravin ovlivňuje stravování,
- perfekcionismus,
- vzhledem k velké hubenosti jsou nemocní velmi aktivní a výkonní,

- dodržování přísného cvičebního plánu až do úplného vysílení,
- jsou ochotni se vzdát svých přátel, studia, práce ve prospěch nemoci,
- vysoká nesoustředěnost,
- střídání deprese a euforie,
- panika, úzkost, paranoia, výčitky svědomí,
- pocity viny, odporu, hanby, méněcennosti,
- sebepoškození,
- nízké sebevědomí (Ročková, 2017),
- pocity nejistoty a úzkostných prožitků,
- i drobné problémy se zdají být neřešitelné,
- častěji se vyskytují konflikty s okolím,
- nálada je nadměrně závislá na tělesné hmotnosti,
- někteří pacienti se adaptují na roli nemocného, zvyknou se vyžadovat podporu a pohledy od okolí,
- jedinci, kteří mají pocit přejedení, se snaží najít jiné nebezpečné prostředky, častěji kouří nebo experimentují s návykovými látkami (Marádová, 2007).

Považuji za důležité zmínit, že výše zmíněné somatické, psychické a sociální důsledky se všechny neobjevují u všech osob, které mají poruchu příjmu potravy. Výskyt jednotlivých důsledků je individuální, záleží na mnoha faktorech (rodinné zázemí, psychika osobnost jedince, školní prostředí aj.).

1.5 Léčba poruch příjmu potravy

Vzhledem k tomu, že se u PPP objevuje mnoho různých faktorů, které ovlivňují vznik a následný průběh nemoci, tak je v léčbě optimální multidisciplinární spolupráce odborníků jako jsou: pediatr, obvodní lékař, psycholog, psychiatr, speciální pedagog, gynekolog, psychoterapeut, sociální pracovník a jiní odborníci. Existuje a používá se mnoho různých metod a technik, ale nelze říci, která z nich je nejúčinnější. Každý jedinec, který má PPP, má rozdílné potřeby, takže je zapotřebí individuální přístup dle konkrétních aktuálních potřeb a problémů (Švédová a Mičová, 2010).

Léčba u dětí je závislá na jejich věku a skutečných možnostech spolupráce. Velmi důležité je to, jak způsobem rodiče spolupracují, stejně tak i škola nebo vrstevníci. Rodiče často berou

za vinu vznik PPP u jejich dítěte, proto je zbavení těchto pocitů je velice žádoucí. Dohled nad dítětem a nastolení určitých omezení je něco, co je u léčby až nutností. Na druhé straně je ale velmi důležitá otevřenost, upřímnost, respekt k rodině a emocionálním potřebám dítěte (Marádová, 2007).

Léčba by měla sledovat **tři cíle**:

- „Léčba dlouhodobé podvýživy a tělesných obtíží (vlivem opakovaného zvracení, zneužívání laxativ, diuretik, dlouhodobého hladovění).
- Psychoterapie k pochopení příčin onemocnění a zejména k pochopení „role“ nemoci v současném životě klientky.
- Psychoterapie, zaměřená na změnu nevhodných jídelních zvyklostí a samotného životního stylu nemocného.“ (Procházková a Sladká-Ševčíková, 2017, s. 54).

Úspěšná léčba vypadá tak, že se pacientům daří uskutečňovat žádoucí změny ve svém životě. Tyto změny nejsou však v kompetencích odborníků ani blízkých osob, nejdou vynutit nebo přikázat, to by potom mělo spíše opačný efekt. Důležitá je motivace pacientek a také vedení rozhovoru ze strany odborníka tak, aby motivaci posílil a pomohl k případné a potřebné změně. Veškeré komunikace s osobami, které mají PPP, mají za cíl především motivovat – ovlivnit postoje, rozhodování a chování jak v krátkodobém, ale i dlouhodobém časovém období, ne vždy jsou postupy účinné. Stává se, že pacientky se snaží odborníky spíše jen poslouchat a dělat to, co jim řeknou, aby jim dali laicky řečeno klid a ony byly propuštěny z nemocnice nebo už nemusely docházet na terapii (Soukup, 2018).

1.5.1 Ambulantní léčba a hospitalizace

U lehčích forem poruch příjmu potravy je možnost využití ambulantní péče, která může být lékařská, pacient pravidelně dochází na kontroly hmotnosti či odběry krve nebo v případě medikace je pacient v péči psychiatra. Nutriční terapie a nastolení jídelního režimu jsou při léčbě poruch příjmu potravy velmi důležité, dívky potřebují navést a ukázat cestu ke správným stravovacím návykům. Ambulantní léčba může probíhat v denních stacionářích (Procházková a Sladká-Ševčíková, 2017).

Při léčbě mentální anorexie bývá většinou nutná hospitalizace, kterou pacient podstoupí v případě, že se u něj objevují sebevražedné myšlenky, nadměrné užívání alkoholu a drog nebo život ohrožující somatické komplikace (Švédová a Mičová, 2010).

Hospitalizace je u dětí do 14 let doporučována:

- je-li úbytek na váze více než 25 % optimální tělesné hmotnosti,
- pokud hrozí dehydratace organismu,
- jsou-li patrné známky selhávání krevního oběhu (nízký krevní tlak, pomalý tep),
- objevuje se zvracení nebo zvracení krve,
- u pacienta přetrvávají těžké deprese a hrozí sebevražedné chování (Marádová, 2007).

Svépomocné skupiny jako pro nemocné nebo jejich rodiče či partnery jsou další možností, kterou lze využít. Podpora, motivace, sdílení vlastních zkušeností a pocitů mohou výrazně pomoci. Pocit, že v tom jedinec není sám, že někdo zažívá to stejné jako on, dokáže se do dané situace je vžít a pochopit ji, tento pocit je u nemocných k nezaplacení. Už jen to, že se člověk skupinového sezení zúčastní vede k překonání sociální izolace. Pokud se na toto ale člověk stále necítí nebo nechce využívat služeb „z očí do očí“, tak lze zpočátku využít svépomocné manuály, např. na webových stránkách Občanského sdružení Anabell lze takové manuály nalézt. V manuálech lze najít motivaci k postupným změnám ve stravování, stojí k sobě samému nebo také i kontakty na odborníky, na které se může člověk v případě zájmu obrátit (Procházková a Sladká-Ševčíková, 2017).

1.5.2 Terapeutické přístupy

Do terapeutického plánu je možné také zahrnout různé psychoterapeutické postupy. V posledních letech se nabídka těchto postupů velmi rozšířila. Dle Krcha (2005), kromě vzniku specializovaných forem léčby, byly potřeb pacientů upraveny i hlavní psychoterapeutické přístupy:

- **Kognitivně-behaviorální terapie (KBT)** – především u léčby mentální bulimie. Vhodné pro pacienty, kterým vzhledem k jejich věku není doporučována rodinná terapie. Tento přístup je zaměřen na zlepšení pojetí těla, sebedůvěry, sebevědomí, posílení sociálních dovedností aj. Hlavním cílem je přesvědčit pacienta, že tělesná hmotnost, postava nebo štíhlost nejsou tím nejdůležitějším kritériem, které o něm vypovídají a určují jeho hodnotu. Dále také odstranění strachu ze zvyšování hmotnosti, to se týká především osob s mentální anorexií, u léčby mentální bulimie se tolik nepřibírá, protože tyto pacienti většinou netrpí podvýživou.
- **Rodinná terapie** – zapojení celé rodiny, bývá používána především u dětí nebo mladších adolescentů. V případech, že se v rodině vyskytují konflikty, by měla být tato terapie použita jako doplněk k individuální terapii nebo u starších pacientů. Nejedná

se o základní způsob léčby, ale je důležitá pro pochopení určitých terapeutických problémů. Pomáhá především ke zlepšení rodinných vztahů, k odstranění konfliktů mezi členy rodiny nebo ke změně vzorců v rodině (výchovné nebo interakční). Také je velmi důležitá a nezbytná pro porozumění ze strany rodičů, často si sami nevědí rady, neumí s dítětem komunikovat nebo s ním dítě komunikovat nechce, právě v těchto případech je dobré tuto terapii do léčby zařadit.

- **Farmakoterapie** – nejedná se o metodu, která se by se využívala jako první volba. Jedná se spíše o podpůrné použití zejména u dívek s depresivními a úzkostnými stavy. Medikace se využívá především u pacientů s mentální bulimií a záchvatovitým přejídáním, které neuspějí při léčbě kognitivně-behaviorální terapií. U mentální anorexie není medikace nutná nebo užitečná, proto se v případě tohoto onemocnění nepoužívá. Jako účinná při léčbě mentální bulimie se ukázala antidepresiva, ne však pro všechny osoby jsou vhodná, mohou se objevovat nežádoucí vedlejší účinky, z tohoto důvodu vysoké procento pacientů léčbu vůbec nedokončí a bohužel se objevují i případy, ve kterých došlo k předávkování. Důležité je však vědět, že na samotnou mentální anorexii a bulimii žádný lék neexistuje.
- **Vícerodinná terapie** – tato terapie je koncipována jako jednoletý kurz, který má danou strukturu. Umožňuje členům se aktivně podílet na léčbě svého blízkého, znovuobjevit naději a sílu, které bývají během dlouhého procesu uzdravování téměř vyčerpány. Jednoho kurzu se účastní 5 až 6 rodin, ve které jeden z členů rodiny má mentální anorexii, nejčastěji to bývá dospívající dcera, ale nemocná může být i matka nebo méně často syn. Tato terapie je vhodná i pro partnerské páry, kdy se žena (někdy i muž) potýká s MA. Tuto skupinu má na starosti 4 až 5 terapeutů a každá z rodin nebo jen ten/ta nemocný/á jsou ve stále péči jednoho z účastněných terapeutů. Důraz je kladen především na komunikaci a vytvoření pozitivně naladěného klimatu v rodině (např. během společného stravování se snaží předejít hádkám nebo napjaté a úzkostné atmosféře). Proto se v kurzu nacvičuje společné rodinné stravování, při kterém se zaměřují na komunikaci při jídle. Díky tomu, že se kurzu účastní více rodin, mají rodiny možnost srovnávat vlastní vzorce chování se vzorci jiných rodin, konfrontují své názory s ostatními, poskytují si vzájemně zpětnou vazbu a tím získávají zkušenosti a poznatky. Zároveň i dívky s mentální anorexií vidí rozdíly mezi nimi a ostatními nemocnými dívkami a mohou se porovnávat, sdílet mezi sebou zkušenosti s léčbou, navzájem se motivovat. Tuto terapii lze využít v Denním stacionáři při Oddělení

pro poruchy příjmu potravy Psychiatrické kliniky VFN 1. LF v Praze (Procházková a Sladká-Ševčíková, 2017).

Výsledkem léčby by měla být zdravá a spokojená dívka, která akceptuje to, jak vypadá, akceptuje svoji tělesnou hmotnost a postavu, má zdravé sebevědomí a pozitivní sebehodnocení. Její vztah k jídlu je kladný, došlo k nalezení potěšení z jídla. Vztahy s rodinou či vrstevníky se urovnaly, zkrátka její život směřuje k lepším zítřkům (Švédová a Mičová, 2010).

2 Prevence poruch příjmu potravy

Prevence poruch příjmu potravy je druhým větším tématem, kterému by se autorka této práce ráda věnovala. Prevence a osvěta jsou obecně velmi důležitou složkou lidských životů. Díky prevenci lze předejít mnoha patologickým a nechtěným situacím či stavům. S prevencí se člověk setkává téměř všude, doma, na internetu, v knihách a časopisech, především však ve škole ze strany pedagogů a vychovatelů, ale i externistů, kteří byli za účelem šíření prevence pozváni.

Téma prevence poruch příjmu potravy se stalo jednou z nejdůležitější složkou výzkumu těchto onemocnění a to z důvodu, že se jedná o závažné duševní poruchy, jejich léčba je zdlouhavá, náročná a v některých případech neúčinná. Existuje velké množství preventivních programů, které se liší v zaměření, struktuře a cílové skupině. Jeden z nejdůležitějších cílů prevence je podání informací o zdravém stravování, minimalizování rizik diet, posílení postavení ženy ve společnosti, dále také eliminování vlivu médií, sociálních sítí a kulturních stereotypů vůči fyzickému vzhledu a tělesné hmotnosti (Rošková, 2017).

Základem prevence je jedinec s poruchou příjmu potravy a jeho rodina, jejich vzájemná komunikace a optimální rodinné klima (dobré vztahy mezi rodiči a dětmi). Zdravé postoje k jídlu, vztah k jídlu rodičů, společné stravování se nebo vhodné stravovací návyky, to jsou prvky, které by děti měly v rodině vidět a učit se je od svých rodičů (Švédová, 2010).

Neopomenutelnou roli v prevenci poruch příjmu potravy má škola. Sice škola nemůže nahradit rodinnou výchovu, přesto by se však měla snažit napravit nebo odstranit nedostatky, které vznikají ve školním prostředí. Je zřejmé, že bez vzájemné spolupráce rodiny a školy, nebude prevence tak účinná, jako kdyby tyto 2 důležité složky života dospívajícího spolupracovaly (Adámková, 2020).

V poslední době se trendem v prevenci objevuje spolupráce nejenom s ohroženou skupinou (především dospívající dívky), ale i s rodiči nebo učiteli. Je nutné si uvědomit, že s prevencí je dobré začít co nejdříve, již v útlém dětství, na základní škole. Výchova dětí by měla být směřována k tomu, že každý člověk vypadá jinak, že jednotvárnost není zajímavá. Děti by si díky prevenci měly uvědomit, že neexistuje žádný předpis nebo pravidlo, podle kterého by lidé měli vypadat, aby dosáhli zdravého sebevědomí a štěstí. Při výchově dětí by se mělo vyhýbat nepřiměřené kritice s poznámkami, které by dětem mohly ublížit. Také se vzájemným posmíváním mezi sourozenci kvůli vzhledu by měli rodiče umět pracovat a projevovat dětem lásku stejným způsobem a ne jednoho ze sourozenců upřednostňovat nebo více chválit (Rošková, 2017).

Prevence PPP by měla být dlouhodobá a systematická. Aby byla prevence účinná, musí patřit do života každého z nás a také by měla být integrována do všech oblastí kultury. K rozvoji PPP přispívá velké množství faktorů, skutečná prevence by měla zahrnovat všechny, což je až nereálné, ale pokud je motivace a touha předcházení vzniku PPP nebo uzdravení z obou stran (ze strany osoby s PPP, tak i ze strany pedagoga, rodiče či terapeuta), tak uzdravení lze dosáhnout (Hall a Cohn, 2003).

2.1 Základní vymezení prevence a její typy

V dnešní době je téma prevence velkým trendem, téměř v každém oboru se prevence dá najít. Společnost snaží o to, aby nedocházelo k pasivnímu smiřování se s vadou, poruchou či nemocí, psychika jedince hraje v mnoha ohledech velkou roli, proto negativní naladění jedinci moc nepomáhá. Cílem prevence je snaha eliminovat vznik vady, poruchy či nemoci, případně poté pracuje s projevy a důsledky (Slowík, 2007).

Primární prevence – jedná se o soustavu opatření, která mají za cíl předcházet nežádoucím jevům. Primární prevence se zabývá předpoklady, podmínkami a příčinami jevů, kterým by se jedinec měl vyvarovat a předcházet jim. Cílovou skupinou bývá veškeré obyvatelstvo, není zde konkrétní cílová skupina osob (Klementová a Sychrová, 2017).

Cílem primární prevence je vychovávat děti ke zdravému životnímu stylu, k osvojení správného chování a snaha o zachování vlastní integrity. Jedná se o základní část celého systému prevence. Bývá realizována prostřednictvím přednášek, osvětové činnosti, volnočasových, kulturních či sportovních aktivit. (Gabrhelík, 2012).

Dělení primární prevence:

- **nespecifická primární prevence** – je směřována na co nejširší okruh žáků, aniž by docházelo k individuálnímu zaměřování se na rizikové skupiny nebo jedince,
- **specifická primární prevence** – opak nespecifické primární prevence. Orientuje svými aktivitami a činnostmi na jedince či skupiny, u kterých je riziko vzniku patologie (Vaňkátová, Mertin a Jiroušová, 2010).

Sekundární prevence – zaměřuje se na jedince, u kterých se vyskytuje nějaké ohrožení či oslabení. Důležité je rychlé rozpoznání možné patologie, následné zmapování problému a pomoc žákovi. Na sekundární prevenci se podílí jak pracovníci ze školského poradenského pracoviště, ostatní pedagogové školy, rodiče, ale i pracovníci z pedagogicko – psychologických poraden (PPP), ze speciálně pedagogických centrech (SPC) a ze středisek výchovné péče (SVP).

S pojmem sekundární prevence se pojí selektivní preventivní intervence, do které lze zařadit pojmy depistáž a intervence. Depistáž je aktivní vyhledávání jedinců, u kterých se vyskytují rizikové znaky. Intervence je pak poskytnutí psychologické první pomoci v krizové situaci (Jedlička, 2015).

Terciární prevence – snaha terciární prevence tkví v tom, že se snaží zmírnit následky nebo předejít zhoršení u již vzniklé patologie (Fischer a Škoda, 2014). U tohoto typu prevence lze polemizovat, zda se ještě jedná o prevenci nebo jestli už se nejedná spíše o formu terapie.

2.2 Prevence poruch příjmu ve škole

Základ prevence poruch příjmu potravy spočívá v rodině, avšak škola se na prevenci PPP také velmi podílí. Škola by měla pomocí primární prevence žáky jak informovat, ale i pobízet ke zdravému životnímu stylu a zároveň napomáhat ke vzniku pozitivního sociálního klimatu, snažit se o co největší osobnostní rozvoj každého žáka a posilovat jeho sebedůvěru (Procházková a Sladká-Ševčíková, 2017).

Během realizace prevence PPP je dobré využívat zásady správné výživy, ale také i poukazovat na média (fotomontáže modelek, různé druhy diet, ...). Důležité je také upozornit na porovnávání se s vrstevníky, pedagogy či osobami, které vystupují na sociálních sítích. Kvalitní prevence by měla být taková, že jsou žákům předávány pozitivní hodnoty, které následně ovlivňují jejich sebehodnocení a orientaci na životní hodnoty. Je také potřeba žáky naučit, aby zvládali samostatně hodnotit sebe a okolí, porovnávat, vybírat, co je důležité a také jim pomoci vytvořit systém hodnot, který je pro ně zdravý a bezpečný. Děti by měly umět stát si za svým názorem a vytvářet si svou vlastní jedinečnou individualitu pomocí nejbližších osob (Titmanová, 2019).

Ještě před začátkem puberty by měli být žáci upozorněni na tělesné, psychické a sociální změny, které se v období puberty objevují a díky kterým se z nich stanou dospělí jedinci. Konkrétně se jedná o vývoj druhotných pohlavních znaků, zaoblování těla dívek, jež je součástí sexuálního dozrávání. Stejně tak ale důležité i seznámení se vztahem hmotnosti a výšky podle BMI (body mass index), což vede ke správnému pochopení právě vztahu hmotnosti a výšky a následnému vytvoření realistického obrazu svého vlastního těla (Machová a Kubátová, 2015).

Činnost škol v rámci primární prevence sahá i mimo školní prostředí. Jedná se především o zajištění pomoci v případě, kdy výchova dítěte není vhodná nebo dochází k citové deprivaci, týrání, zneužívání, k užívání návykových látek nebo rizikových stravovacích návyků, které u dětí mohou vést ke vzniku PPP (MŠMT in Skopalová, Raszková a Zelinka, 2015).

Rady pro učitele nebo rodiče, kterými mohou včas pomoci dětem s jejich problémy:

- Učitelé nebo rodiče by si měli všimnout odchylek, které se v chování dítěte začaly objevovat, např. ubývání na váze, straní se vrstevníků, jídlo konzumuje v soukromí, je smutné.
- Učitelé nebo rodiče by měli umět určit závažnost změn, které u dítěte nastaly a snažit se zjistit, do jaké míry jsou nově vzniklé vzorce chování zafixovány.
- Rodiče by se měli zamyslet, zda na změnách, které se u dítěte začaly objevovat, nemají oni sami podíl, např. diety, vztah k jídlu a ke sportu, nebo psychologická situace v rodině.
- Měli by si včas uvědomit, kdy sami na problémy u dítěte nestačí a případně vyhledat odbornou pomoc.
- Součástí terapie by měly být i změny ve způsobu života rodiny, nejenom řešení nově vzniklých odchylek chování u dítěte (Fraňková, Pařízková a Malichová, 2013).

2.3 Školní metodik prevence

Školní metodik prevence má na starosti koordinaci v oblasti prevence rizikových projevů chování. Rámcová náplň práce je uvedena v příloze č. 3 k vyhlášce č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, ve které lze najít standardní poradenské činnosti škol a jednotlivých pracovníků (Ciklová, 2016).

Dle Procházky (2019) mezi základní povinnosti školního metodika prevence patří:

- řízení přípravy Minimálního preventivního programu a jeho následné zavádění ve škole,
- měnit MMP dle aktuálních potřeb, podmínek a trendů, vyhodnocovat jej,
- pomoc učitelům, kteří ji vzhledem k charakteru vyučovacího předmětu potřebují,
- poskytování informací z oblasti prevence všem pracovníkům školy,
- poskytování a prezentace materiálů, které k prevenci slouží,
- sledování (společně s ostatními pedagogy) projevy rizikového chování a navrhnout konkrétní opatření,
- spolupráce se školním metodikem prevence pedagogicko – psychologické poradny, případně s krajským koordinátorem prevence,
- spolupráce s dalšími zařízení (se souhlasem ředitelem školy).

2.4 Školní a minimální preventivní program

„Školní minimální program (ŠPP) je dlouhodobým preventivním programem pro školy a školská zařízení a je součástí školního vzdělávacího programu, který vychází z příslušného rámcového vzdělávacího programu (RVP) (Miovský, 2015, s. 140). Během vytváření ŠPP se musí brát v ohled omezené personální, časové a finanční možnosti školy. Program má jasně stanovené jak dlouhodobé, tak i krátkodobé cíle, zároveň však musí být přizpůsoben kulturním, politickým a sociálním okolnostem. Cílem programu je předcházet vzniku či bránit nebo snižovat výskyt rizikového chování. Program by měl především pomáhat jedincům, kteří pocházejí z nejvíce ohrožených skupin (minoritám či cizincům), při ochraně lidských práv. Dalším cílem je podpora zdravého životního stylu a zároveň být zdrojem podnětů při vytváření minimálního preventivního programu (MMP) (Miovský, 2015).

Minimální preventivní program, jedná se o konkrétní dokument školy, který se zaměřuje na výchovu žáka vedoucí ke zdravému životnímu stylu, na jejich rozvoj osobnosti a komunikačních dovedností a sociální rozvoj. Při jeho realizaci je nutné respektovat omezené časové, finanční a personální možnosti školy (stejně jako u ŠPP). MMP reprezentuje komplexní a složitou intervenci, která začíná nástupem dítěte do školy a končí jeho odchodem. Program musí souhlasit s obsahem školního řádu, RVP a podmínkami dané školy (Miovský, 2015).

Tento dokument je zpracováván na jeden školní rok. Je vypracováván školním metodikem prevence, který spolupracuje s ostatními pedagogy a vedením školy, především se jedná o výchovného poradce a školního psychologa. Školní metodik prevence by měl být jak iniciátorem, koordinátorem, tak i zpracovatelem MMP. Také během roku vyhodnocuje preventivní strategie školy a zpracovává závěrečnou evaluační zprávu, tato zpráva se poté vyskytuje v obsahu výroční zprávy školy (Ciklová, 2016).

Škola je povinna tento dokument vytvářet. MMP by neměl být o nátlaku na žáky, ale především o vytváření prostředí, ve kterém se žáci budou cítit bezpečně. Proto by jeho obsahem měla být komplexní a celistvá řada cílů, pedagogických přístupů, akcí a aktivit, které podpoří rozvoj jedince. Až sekundárním cílem je snaha o odstranění možného rizika a sociálně patologických jevů, které mohou ohrožovat jak žáky, tak ale i pedagogy školy (Jedlička, 2015).

PRAKTICKÁ ČÁST

3 Cíle výzkumu a výzkumné otázky

Poruchy příjmu potravy patří mezi často vyskytující se psychická onemocnění, které postihují především dospívající dívky. Jak již bylo řečeno v teoretické části této práce, primární prevence těchto onemocnění je velmi důležitá (obecně primární prevence), proto by se na ni nemělo zapomínat a měla by být uskutečňována na každé škole. Na základě této skutečnosti se výzkumný problém této práce zabývá prevencí poruch příjmu potravy v prostředí škol.

Ve výzkumné části bakalářské práce se autorka zaměřuje na zjištění, jakým způsobem probíhá prevence poruch příjmu potravy na základních a středních školách.

3.1 Hlavní cíl a dílčí cíle výzkumného šetření

Hlavním cílem výzkumného šetření této práce je zjistit, zda na základních a středních školách probíhá primární prevence poruch příjmu potravy. K tomuto hlavnímu cíli byly stanoveny i cíle dílčí:

- **1. dílčí cíl:** Zjistit, jakým způsobem probíhá primární prevence poruch příjmu potravy.
- **2. dílčí cíl:** Analyzovat, zda školní metodici prevence znají platformy, které slouží k primární prevenci poruch příjmu potravy.

Výzkumné otázky k 1. dílčímu cíli:

Cílem této práce bylo získání odpovědí na následující výzkumné otázky:

- **Výzkumná otázka č. 1:** Jaký je pohled školních metodiků prevence na problematiku poruch příjmu potravy?
- **Výzkumná otázka č. 2:** Zahrnují školní metodici prevence primární prevenci do minimálního preventivního programu na škole, kde působí?

Výzkumná otázka k 2. dílčímu cíli:

- **Výzkumná otázka č. 3:** Vědí školní metodici prevence koho oslovit, v případě zájmu o primární prevenci poruch příjmu potravy?

4 Výzkumný soubor

Výzkumným souborem tohoto výzkumu byli školní metodici prevence ze základních, středních škol a gymnázií. V tabulkách č. 2 – 4 (níže), lze vidět zjištěné demografické údaje o školních metodících prevence.

	n ¹	n % ²
Základní školy	21	45,7 %
Střední školy	19	41,3 %
Gymnázia	6	13 %

Tabulka č. 1 – Četnost a relativní četnost zastoupení typů škol

Proč byli zvoleni právě školní metodici prevence? Tématem této bakalářské práce je primární prevence poruch příjmu potravy. A právě prevenci na školách mají na starosti školní metodici prevence. Každá státní škola má ze zákona povinnost mít zřízené školské poradenské pracoviště, jehož součástí musí být výchovný poradce a školní metodik prevence. Školní metodici prevence na škole zpracovávají Minimální preventivní program (za dopomoci jiných pedagogických pracovníků a ředitele školy), ve kterém je obsažena veškerá prevence, která by na škole měla probíhat, její forma a jiné.

Autorka práce oslovovala respondenty ze 3 typů škol – základních, středních škol a gymnázií. Z jakého důvodu jsou střední školy a gymnázia odděleny? Autorku práce zajímalo, zda se přístup na těchto školách liší. Gymnázium nabízí i 8leté nebo 6leté vzdělávání, tudíž se na gymnáziu vzdělávají i mladší děti (oproti střední škole).

Dotazovaní školní metodici prevence pochází z Ústeckého, Olomouckého, Pardubického a Moravskoslezského kraje. Tyto kraje byly vybrány z následujících důvodů:

- Z Ústeckého kraje pochází autorka práce,
- v Olomouckém kraji autorka práce studuje,
- Pardubický a Moravskoslezský kraj byl vybrán proto, že autorka měla kontakty na školní metodiky prevence právě z těchto dvou oblastí (přes známost)

¹ n = četnost

² n % = relativní četnost, byla vypočítána z počtu respondentů dané věkové kategorie

Pohlaví	Muž	Žena
Četnost (n)	9	37
Relativní četnost (n %)	19,7 %	80,3 %

Tabulka č. 2: 1. demografický údaj – pohlaví

Věk	20-30 let	31-40 let	41-50 let	51-65 let
Četnost (n)	1	8	24	13
Relativní četnost (n %)	2,2 %	17,5 %	52,1 %	28,2 %

Tabulka č. 3: 2. demografický údaj – věk

Tabulka č. 3 poukazuje, že věk byl autorkou práce rozdělen do 4 skupin. Toto rozdělení bylo zvoleno, protože si autorka práce chtěla udělat představu o tom, do jakých věkových kategorií patří školní metodici prevence, kteří dotazníky vyplňovali.

Délka praxe	1-10 let	11-20 let	21-31 let
Četnost (n)	30	11	5
Relativní četnost (n %)	65,1 %	23,9 %	11 %

Tabulka č. 4: Doba působení na pozici školního metodika prevence

Stejně tak jako u tabulky č. 3, i u tohoto demografického údaje došlo k rozdělení délky praxe pro představu, jaké je zastoupení školních metodiků prevence u konkrétních časových obdobích.

4.1 Průběh sběru dat

Výzkum proběhl během měsíce listopad v roce 2022. Dotazníky byly distribuovány online, pomocí emailových adres školních metodiků prevence, které jsem si autorka vyhledala dle příslušných krajů na webových stránkách jednotlivých základních a středních škol. Během měsíce autorka nasbírala 46 dotazníků. Z poslaných asi 120 dotazníků, se vrátilo (již zmíněných) 46 dotazníků. Vyplnění dotazníků bylo anonymní a podmínkou pro vyplnění bylo potvrzení informovaného souhlasu (viz příloha č. 1), který se v dotaznících objevoval v úvodní části, bez tohoto souhlasu nebylo možné pokračovat dál ve vyplňování.

5 Výzkumné metody

Jako výzkumná metoda byla zvolen dotazník. Jedná se nestandardizovaný dotazník.

Dotazník obsahuje následující části:

- úvodní část – představení se, vysvětlení záměru dotazníku, poděkování,
- informovaný souhlas,
- položky zjišťující demografické údaje (4),
- položky zjišťující konkrétní informace o primární prevenci poruch příjmu potravy (11)
- prostor na dotazy,
- užitečné odkazy na možnosti využití primární prevence poruch příjmu potravy na školách (viz příloha č. 1).

V dotazníku byly použity otevřené (3), polouzavřené (4) i uzavřené (8) otázky, otázky výběrové (9), výčtové (2) a škálové (1). Ne všechny položky dotazníku byly povinné k vyplnění, nepovinné byly ty, které bylo možné vyplnit pouze, pokud u předešlé otázky byla odpověď „Ano.“ Povinných položek bylo 10, nepovinných položek bylo 5 (viz příloha č. 1).

V poslední části dotazníku byl prostor pro případné dotazy nebo zprávy, které chtěli školní metodici prevence autorce sdělit. Na úplném konci byly vloženy užitečné odkazy na webové stránky, kam se lze obrátit v případě zájmu o primární prevenci poruch příjmu potravy od odborníků, kteří působí v organizacích či programech, na které bylo v dotazníku dotazováno.

5.1 Etické aspekty výzkumného šetření

Sběr a zpracování dat proběhl v souladu se všemi platnými etickými principy psychologického testování. Všichni respondenti vyjádřili souhlas s anonymní participací (účastí) na tomto šetření. Informovaný souhlas byl součástí úvodní části dotazníku (viz příloha č. 1).

6 Výsledky výzkumného šetření

6.1 Výzkumná otázka č. 1: Jaký je pohled školních metodiků prevence na problematiku poruch příjmu potravy?

- „Setkal/a jste se někdy přímo s problematikou poruch příjmu potravy během vaší učitelské praxe?“

Analýza dat proběhla dle délky praxe na pozici školního metodika prevence, autorka chtěla zjistit, zda může délka praxe na pozici školního metodika prevence ovlivnit četnost setkání s PPP.

Z tabulky č. 5 lze vyčíst, že odpověď „Ano“ zvolilo ve všech věkových kategoriích kolem 60-75 %. Kdežto ve věkové kategorii 20 let a více nebyla odpověď „Ne“ zodpovězena ani jednou, lze tedy říci, že čím je delší praxe, tím je větší pravděpodobnost, že se metodik praxe s problematikou prevence poruch příjmu potravy setká, ale je nutné upozornit na poslední možnou odpověď.

Délka praxe	1-10 let		11-20 let		20 let a více	
	n	n %	n	n %	n	n %
Ano	22	75,9 %	8	72,7 %	3	60 %
Ne	7	24,1 %	3	27,3 %	0	0 %
Nevzpomínám si	1	3,4 %	0	0 %	2	40 %

Tabulka č. 5 – Zkušenost školních metodiků s poruchami příjmu potravy

- „Myslíte si, že je věnován dostatečný prostor prevenci poruch příjmu potravy na školách?“

Autorku zajímalo, zda všechny 3 typy škol, na kterých školní metodici prevence působí, mají dostatečný prostor na primární prevenci poruch příjmu potravy. Jak lze vyčíst z tabulky č. 6, větší část školních metodiků prevence si myslí, že této problematice je věnován dostatečný prostor. Avšak kolem 40% respondentů odpovědělo jinak. Buď si myslí, že prostor dostatečný není

nebo napsali svou vlastní odpověď (tabulka č. 7), jak na tuto problematiku nahlízejí.

Na základních školách byly odpovědi „Ano“ a „Ne“ téměř v poměru 1:1. Odpovědi nám říkají to, že by bylo zapotřebí věnovat více času primární prevenci poruch příjmu potravy na základních školách.

Typ školy	Základní škola		Střední škola		Gymnázium	
	n	n %	n	n %	n	n %
Ano	10	47,6 %	13	68,4 %	4	66,7 %
Ne	8	38,1 %	4	21,1 %	2	33,3 %
Jiná	3	14,3 %	2	10,5 %	0	0 %

Tabulka č. 6 – Pohled školních metodiků prevence na to, zda je podle nich na školách věnován dostatečný prostor na realizaci primární prevence PPP

Respondent	Zařízení, na kterém působí jako MP	Délka praxe	Odpověď
Žena	Gymnázium	8 let	Na naší ano, ale nemohu posoudit ostatní školy.
Muž	Střední škola	17 let	Nevím co se děje na jiných školách, na té naší se tomuto problému věnujeme, ale pouze ve druhém a třetím ročníku. Možná by to chtělo prostor už v 1. ročníku.
Žena	Střední škola	3 roky	U nás ano, jsme gastronomická škola a máme to v předmětech.
Žena	Střední škola	8 let	Učím na odborné škole s gastronomickým zaměřením.
Žena	Střední škola	5 let	Záleží na konkrétní škole.
Žena	Základní škola	23 let	Záleží na přístupu školy, ŠMP, vyučujících především VkZ.
Žena	Střední škola	13 let	Záleží na typu školy, na naší ano.

Tabulka č. 7 – Konkrétní odpovědi školních metodiků prevence

- **Důležitost realizace primární prevence poruch příjmu potravy na školách**

Podle četností jednotlivých odpovědí si lze všimnout, že školní metodici prevence považují realizaci primární prevence PPP za důležitou. Nejčastěji byly zodpovězené hodnoty 3 a 4, které značí, že prevence PPP důležitá je, avšak ne zcela nejdůležitější.

Hodnota na škále ³	n	n %
1	0	0 %
2	2	4,3 %
3	18	39,1 %
4	16	34,8 %
5	10	21,7 %

Tabulka č. 8 – Důležitost realizace primární prevence PPP z pohledu školních metodiků prevence

6.2 Výzkumná otázka č. 2: Zahrnují školní metodici prevence primární prevenci poruch příjmu potravy do minimálního preventivního programu na škole, kde působí?

- „Jsou součástí minimálního preventivního programu na vaší škole poruchy příjmu potravy?“

Z tabulky č. 9 je zřejmé, že 4 respondenti zvolili odpověď „Ne“, přesto, že by tato problematika v MPP měla být zahrnuta.

Vlivem této položky v dotazníku se nám zmenšil výzkumný vzorek z 46 respondentů na 42 respondentů, bude tomu však u nepovinných položek, u položek povinných museli odpovědět vždy všichni, jinak by nebylo možné dotazník odeslat.

	n	n %
Ano	42	91,3 %
Ne	4	8,7 %

Tabulka č. 9 – Zařazení problematiky PPP do minimálního preventivního programu

³ Hodnota na škále – 1 je nejméně, 5 je nejvíce

- **„Pokud součástí Minimálního preventivního programu na vaší škole nejsou poruchy příjmu potravy, z jakého důvodu?“**

Tato položka měla za cíl zjistit, z jakého důvodu není primární prevence poruch příjmu potravy součástí Minimálního preventivního programu dané školy. V tabulce č. 10 lze vidět odpovědi, které respondenti buď vybrali nebo sami napsali, dále také na jaké škole působí a jaká je délka jejich praxe na pozici školního metodika prevence, to je do tabulky zahrnuto proto, aby bylo možné si udělat představu o tom, kdo konkrétní odpověď napsal.

Z 46 respondentů pouze 4 odpověděli, že primární prevence PPP není součástí MPP u nich na škole. Dokonce pouze 2 neví o tom, že by primární prevence měla být součástí MPP. Zbylí 2 metodici prevence, buď mají v plánu tuto problematiku zahrnout do MPP, nebo prevence na škole probíhá, ale jiným způsobem.

Respondent	Zařízení	Délka praxe	Odpověď
Muž	Střední škola	1 rok	Nevím o tom, že by měly poruchy příjmu potravy být součástí.
Žena	Základní škola	15 let	Nevím o tom, že by měly poruchy příjmu potravy být součástí.
Žena	Střední škola	5 let	Poruchy příjmu potravy jsou součástí učiva v předmětech jako psychologie, péče o zdraví.
Žena	Základní škola	1 rok	Metodikem jsem teprve od září, od příštího roku mám v plánu PPP do plánu zařadit.

Tabulka č. 10 – Odůvodnění, proč není problematika PPP zařazena do MMP

- **„Pokud ano, jakým způsobem je uskutečňována?“**

U této položky dotazníku se zmenšil výzkumný vzorek z 46 na 42 respondentů, jelikož v předešlé položce dotazníku odpověděli, že primární prevence PPP není součástí MPP na škole, kde působí.

Z tabulky lze vyčíst, že nejčastěji zvolenou odpovědí byla odpověď: „V rámci výuky.“ nebo bývá realizována prostřednictvím přednášek. Existuje mnoho různých metod a forem, jak může primární prevence poruch příjmu potravy vypadat. Některé konkrétní formy

jsou uvedeny v tabulce č. 12. Metod je však nepřehledné množství, toto je pouze zlomek možných variant.

Odpověď	n	n % ⁴
Přednáška od vyučujícího	20	47,6 %
Video	12	28,6 %
Přednáška od odborníka	20	47,6 %
V rámci výuky	36	85,7 %
Jiná	6	14,3 %

Tabulka č. 11 – Realizace primární prevence PPP na školách

Dle odpovědí si lze všimnout, že primární prevence poruch příjmu potravy je realizována různými způsoby. Podílí se na ní kromě školního metodika prevence, např. i školní psycholog nebo jiní pedagogové školy.

Zároveň ale využívají i jiných způsobů realizace primární prevence poruch příjmu potravy, např. prožitkové lekce či projektové dny. Interaktivní forma může být pro žáky o něco více přínosná. V tabulce č. 12 lze vidět konkrétní odpovědi školních metodiků prevence.

Respondent	Zařízení	Délka praxe	Odpověď
Žena	Gymnázium	1 rok	Přímou prevenci neděláme, mohlo by to být návodné. Myslím si, že nejlepší prevencí je obecná prevence jako, aby se studenti cítili dobře, byli přijímání, nebyli výkonově přetěžováni, měli dobré vztahy atd. Na tom se snažíme pracovat. Aby dostávali dostatek podpory ze strany rodiny i školy.
Žena	Základní škola	7 let	Soukromé rozhovory s žáky.
Žena	Gymnázium	18 let	Prožitkovou lekcí.
Žena	Základní škola	13 let	Program realizovaný školní psycholožkou.
Žena	Střední škola	3 roky	Třídnické hodiny, intervence školní psycholožky.
Žena	Střední škola	3 roky	Projektový den v rámci "Dne zdraví".

Tabulka č. 12 – Konkrétní odpovědi školních metodiků prevence

⁴ n=relativní četnost byla vypočítána ze vzorku 42 respondentů

6.3 Výzkumná otázka č. 3: Vědí školní metodici prevence, koho oslovit, v případě zájmu o primární prevenci poruch příjmu potravy?

- „Víte, koho oslovit v případě zájmu o primární prevenci poruch příjmu potravy?“

Téměř celý výzkumný soubor ví, jaké odborníky může v případě primární prevence PPP oslovit. Pouze 3 respondenti neví, koho oslovit. V následujících položkách jsou zmíněné konkrétní platformy, které lze využít, metodici se mohli inspirovat a v budoucnu využít služeb některé z platform.

	n	n %
Ano	43	93,5 %
Ne	3	6,5 %
Nevím	0	0 %

Tabulka č. 13 – Znalost jiných možností realizace primární prevence PPP

- „Slyšel/a jste někdy o možnosti využití primární prevence poruch příjmu potravy prostřednictvím těchto platform?“

Nejčastěji vybranou odpovědí bylo Občanské sdružení Anabell, toto sdružení nabízí i přednášky ve školách od pracovníků tohoto sdružení, pobočky má vícero městech České republiky, možná i díky tomu ho metodici prevence znají nejvíce.

Aplikaci Napanikař zná menší počet respondentů, ale přesto v podvědomí některých je. Zbylé platformy buď metodici prevence neznají vůbec nebo jen velmi malá část z nich.

	n	n %
Občanské sdružení Anabell	33	71,7 %
Aplikace Napanikař	19	41,3 %
Projekt Safezóna	0	0 %
Projekt ÁMOS vision	2	4,3 %
Projekt 3pe	1	2,2 %
Neslyšel/a	8	17,4 %

Tabulka č. 14 – Znalost konkrétních platform školními metodiky prevence

- „Pokud ano, využil/a jste někdy nějakou z těchto platforem?“

Na tuto položku dotazníku odpovědělo 41 respondentů, nebyla to položka povinná. 24 respondentů někdy využilo již zmíněných platforem.

	n	n %
Ano	24	58,5 %
Ne	17	41,5 %

Tabulka č. 15 – Využití platforem školními metodiky prevence

- „Využil/a jste jinou možnost primární prevence poruch příjmu potravy? Pokud ano, jakou?“

V tabulce č. 16 si lze všimnout, že 19 školních metodiků prevence někdy využilo i jinou než zmíněnou metodu prevence. V tabulce č. jsou vypsány konkrétní odpovědi. Metodici prevence využívají i jiné platformy než ty, které byly zmíněny v dotazníku, např. Zdravá 5, Centrum pro zdraví nebo MP Education. Zároveň se na realizaci prevence PPP podílí i školní psycholog nebo jiní externí odborníci, či osoby, které mají vlastní zkušenost s poruchou příjmu potravy. Další možností, kterou metodici prevence využívají, jsou workshopy nebo projektové dny, které jsou zaměřeny na problematiku PPP.

Tabulka č. 17 poukazuje, že metodici prevence se snaží o to, aby primární prevence poruch příjmu potravy byla pro žáky jak přínosná a podána zábavnou formou.

	n	n %
Ano	19	41,3 %
Ne	27	58,7 %

Tabulka č. 16 – Využití jiné formy realizace primární prevence PPP

Respondent	Zařízení	Délka praxe	Odpověď
Žena	Střední škola	10 let	Besedy se žáky v rámci výuky.
Žena	Základní škola	7 let	Služby našeho školního psychologa, odborníka v tomto oboru.
Žena	Základní škola	13 let	Dívka bulimička vyprávěla svůj příběh.

Žena	Základní škola	3 roky	Programy od Semiramis, práce se školním psychologem.
Muž	Střední škola	17 let	V rámci projektového dne "zdravý životní styl" na naší škole pořádají studentky lékařské fakulty celodenní workshop i s touto uvedenou problematikou.
Žena	Gymnázium	18 let	Sdružení D, jejich prožitkovou lekcí „Jsem, kdo jsem“.
Žena	Střední škola	13 let	Práce s preventivním filmem Vigner a praktické zkušenosti vyučujících.
Žena	Základní škola	15 let	V rámci přednášek o zdravém životním stylu.
Muž	Základní škola	6 let	Centrum pro zdraví.
Žena	Základní škola	15 let	Poradna pro rodinu a dítě, klinický a školní psycholog.
Muž	Základní škola	14 let	MP Education.
Žena	Gymnázium	8 let	Beseda s absolventkou, která poruchou trpěla a nyní je studentkou psychologie.
Muž	Základní škola	3 roky	Vlastní besedy a v rámci výuky - předmět VkZ (Výchova ke zdraví).
Žena	Základní škola	11 let	Zdravá 5.
Muž	Střední škola	9 let	Workshop s odborníkem na výživu.

Tabulka č. 17 – Konkrétní odpovědi školních metodiků prevence

7 Diskuze

Hlavním výzkumným cílem dotazníkového šetření bylo zjištění, zda na základních a středních školách probíhá primární prevence poruch příjmu potravy. Výzkumného šetření se zúčastnilo 46 školních metodiků prevence, z nichž 21 působí na základní škole a 25 na střední škole (6 z nich na gymnáziu, viz tabulka č. 1). V rámci diskuze by autorka ráda našla odpovědi na následující předem stanovené dílčí cíle a k nim vztahující se výzkumné otázky.

- **1. dílčí cíl: Zjistit, jakým způsobem probíhá primární prevence poruch příjmu potravy.**

Pomocí dotazníkového šetření bylo zjištěno, jakým způsobem je na základních a středních školách uskutečňována primární prevence poruch příjmu potravy. Školní metodici prevence využívají mnohých způsobů, jak tuto prevenci uskutečňují (viz tabulka č. 17).

Realizace primární prevence poruch příjmu potravy je na každém školním metodikovi prevence. Samozřejmě záleží na finančních prostředcích školy a četnosti výskytu onemocnění na dané škole. Dle odpovědí v dotaznících lze říci, že na školách jsou dobré podmínky pro realizaci primární prevence PPP.

Podle autorky práce je realizace primární prevence na školách velmi pestrá. Školní metodici se snaží vymyslet a uskutečnit realizaci zajímavým a pro žáky přínosným způsobem, což je pro ně lépe uchopitelné. Jedná se o tematiku, která pro mnoho žáků nemusí být příjemná, proto způsob, jakým jim budou předány informace ohledně prevence PPP, by měl být pro žáky dobře pochopitelný.

- **Výzkumná otázka č. 1: Jaký je pohled školních metodiků prevence na problematiku poruch příjmu potravy?**

Školní metodici prevence nahlíží na problematiku poruch příjmu potravy takovým způsobem, že její prevenci shledávají za důležitou až nejdůležitější. Na její realizaci si někteří z nich zvou do školy odborníky či hosty, kteří s těmito onemocněními mají zkušenosti, které žákům předávají.

Na druhou stranu jsou tu i tací, kteří ji za důležitou nepovažují a myslí si, že by se o poruchách příjmu potravy ve škole nemělo mluvit. Snaží se tímto předejít tomu, aby přednášky nebo jiné formy realizování prevence žáci nebrali jako „inspiraci“ a měli

tendence to v budoucnu vyzkoušet. Což je ze strany školních metodiků prevence pochopitelné, zároveň by žáci měli o této problematice získat alespoň základní informace.

U konkrétních odpovědí od školních metodiků prevence lze vidět, že se jejich odpovědi často stáčely k tomu, že záleží na typu školy, s čímž autorka práce souhlasí. Větší důraz by měl být kladen na školách, které navštěvují převážně dívky (gastronomické, pedagogické či jiné zaměření), avšak poruchu příjmu potravy mohou mít i chlapci, takže by prevence PPP měla probíhat na všech školách.

- **Výzkumná otázka č. 2: Zahrnují školní metodici prevence primární prevenci do minimálního preventivního programu na škole, kde působí?**

Díky dotazníkovému šetření bylo zjištěno, že z více jak 90 % (n – 42) školní metodici prevence zahrnují problematiku do minimálního preventivního programu na škole, kde působí. Pouze 4 školní metodici prevence problematiku poruch příjmu potravy do MMP nezahrnují z důvodu toho, že o tom buď nevědí nebo to mají v plánu následující školní rok.

Je nutné si uvědomit, že součástí Minimálního preventivního programu dané školy nejsou pouze poruchy příjmu potravy, ale i prevence jiných sociálně-patologických jevů, kterých se primární prevence týká. Přesto by však žádná oblast neměla být vynechána a mělo by se všem sociálně-patologickým jevům věnovat dostatečně s ohledem na časové a finanční možnosti.

- **2. dílčí cíl: Analyzovat, zda školní metodici prevence znají platformy, které slouží k primární prevenci poruch příjmu potravy.**

Platform, které nabízejí primární prevenci poruch příjmu potravy je dost, jen se o nich příliš nemluví a laická veřejnost je nezná. Proto autorka práce zjišťovala znalost 5 platform v dotazníku. Občanské sdružení Anabell zná nejvíce dotazovaných školních metodiků prevence, ať už z internetu nebo jejich služeb někdy využili. Druhou nejčastěji vybranou odpovědí byla aplikace Nepanikař, avšak počet je značně menší než u předchozí odpovědi. Zbylé platformy buď neznají vůbec nebo jejich znalost potvrdil opravdu malý zlomek respondentů (viz tabulka č. 14).

Konkrétní platformy byly vybrány z toho důvodu, protože autorka práce chtěla školním metodikům prevence ukázat i jinou formu realizování primární prevence poruch příjmu potravy, na konci dotazníku byly vloženy odkazy na jednotlivé platformy, aby si případně školní metodici prevence mohli odkaz rozkliknout a dozvědět se více.

- **Výzkumná otázka č. 3: Vědí školní metodici prevence koho oslovit, v případě zájmu o primární prevenci poruch příjmu potravy?**

Odpověď na tuto výzkumnou otázku je ano. Téměř celý výzkumný vzorek věděl, koho může oslovit v případě zájmu o primární prevenci poruch příjmu potravy. Školní metodici prevence dostali v dotazníku prostor k tomu, aby napsali, jaké jiné formy primární prevence využívají (kromě zmíněných platforem) (viz tabulka č. 18). Ze získaných odpovědí lze vyvodit, že se problematikou poruch příjmu potravy na základních a středních školách zaobírají. Prevence je uskutečňována i jinými formami, než jsou přednášky od vyučujících nebo vložení do vyučovacího předmětu. Každá forma uskutečňování prevence je správná. Pokud se však jedná o formu, která žáky baví, autorka se domnívá, že si z ní žáci odnesou více znalostí.

Je však nutné zmínit, že počet respondentů, který dotazník vyplnil, je opravdu malý. To si autorka práce uvědomuje.

Pro realizaci výzkumného šetření byl použit nestandardizovaný dotazník, který si autorka práce vytvořila sama za účelem získání odpovědí na již předem stanovené výzkumné cíle a otázky. Z hlediska odbornosti by bylo lepší použít dotazník standardizovaný, ten ale k této problematice není vytvořen.

V práci autorka zmiňovala Mezinárodní klasifikaci nemocí 10. revize (MKN-10) z toho důvodu, že nová Mezinárodní klasifikace nemocí 11. revize (MKN-11), která vstoupila v platnost 1. ledna 2022, není stále přeložena do českého jazyka. MKN-10 za účelem získání informací o klasifikaci poruch příjmu potravy stačila.

ZÁVĚR

Cílem této bakalářské práce bylo seznámit čtenáře s problematikou poruch příjmu potravy a prevencí těchto onemocnění. Ačkoliv je informovanost v posledních letech lepší, počet dívek a chlapců, kteří poruchu příjmu potravy mají, je stále vyšší a vyšší. Což může být způsobeno aktuálním trendem sociálních sítí, kdy dospívající tráví značnou část svého volného času na mobilních zařízeních, kde se čím dál častěji objevuje tematika diet nebo zdravého životního stylu.

Pomocí primární prevence lze těmto onemocněním předcházet nebo alespoň dát dospívajícím vhled do této problematiky a předat jim základní informace. Prvním místem, kde by se již děti s prevencí měly setkat, je rodina. Následně základní škola, kde prevenci má na starosti především školní metodik prevence, ale samozřejmě i ostatní pedagogové školy. Těmito „malými“ kružky lze mnoha žákům pomoci.

Cílem teoretické části této práce bylo předat informace o poruchách příjmu potravy a jejich prevence. V první kapitole lze najít, co jsou to poruchy příjmu potravy a jaká onemocnění se mezi ně řadí. Dále příčiny vzniku, symptomy, zdravotní, psychické a sociální důsledky a léčbu těchto onemocnění. Druhá kapitola obsahuje informace o prevenci, o primární prevenci poruch příjmu potravy ve škole, o činnostech školního metodika prevence a o minimálním preventivním programu.

Cílem praktické části bylo zjistit pomocí nestandardizovaných dotazníků, které byly vyplněné školními metodiky prevence, zda na základních a středních školách probíhá primární prevence poruch příjmu potravy. Zároveň se díky vyplněným dotazníkům podařilo odpovědět na předem stanovené výzkumné otázky.

Výzkumné šetření ukázalo, že na školách mají školní metodici prevence dostatečný prostor na realizaci primární prevence poruch příjmu potravy. Téměř všichni respondenti zahrnují tuto problematiku do minimálního preventivního programu na škole, kde působí. Využívají různých způsobů realizace prevence, např. zahrnují tuto problematiku do projektových dnů nebo kontaktují odborníky, kteří realizují přednášky na školách.

Touto cestou by autorka ráda apelovala jak na pedagogy na školách, ale i rodiče, kamarády či partnery, aby poruchy příjmu potravy nebrali na lehkou váhu. Jedná se psychická onemocnění, která na první pohled nemusí být viditelná. Není pravidlem, že člověk s PPP musí být štíhlý a nadměrně cvičit. Pokud osoby s tímto onemocněním budou chtít svou nemoc tajit, lze toho snadno dosáhnout. Proto v případě jakéhokoliv podezření, ať už by se mělo jednat o změnu chování nebo výraznou změnu jídelních návyků, je důležité za dotyčnou osobou dojít

a citlivě si s ní/m promluvit a odkázat na někoho, kdo se dané problematice věnuje. Spousta lidí bere poruchy příjmu potravy na lehkou váhu, ale opravdu se jedná o závažná onemocnění, která mohou mnohdy skončit i hospitalizací nebo smrtí.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. ADÁMKOVÁ, Lenka. *The attitudes of elementary school teachers to eating disorders*. 1st edition. Brno: Masaryk University Press, 2020. Physical education and health education; volume 3. ISBN 978-80-210-9802-2.
2. CIKLOVÁ, Kateřina. *Rizikové chování ve škole s vazbou na legislativní úpravu: rádce školního metodika prevence*. 2. vydání. [Ostrava]: EconomPress, 2016. ISBN 978-80-905065-9-6.
3. COOPER, Peter J. *Bulimie a záchvatovitě přejídání: jak je překonat*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2014. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-262-0706-1.
4. FISCHER, Slavomil a ŠKODA, Jiří. *Sociální patologie: závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení*. 2., rozš. a aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2014. Psyché. ISBN 978-80-247-5046-0.
5. FRAŇKOVÁ, Slávka, Jana PAŘÍZKOVÁ a Eva MALICHOVÁ. *Jídlo v životě dítěte a adolescenta: teorie, výzkum, praxe*. Praha: Karolinum, 2013. ISBN 978-80-246-2247-7.
6. GABRHELÍK, Roman. Základní úroveň provádění prevence. In MIOVSKÝ, Michal a kol. *Výkladový slovník základních pojmů školské prevence rizikového chování*. Vyd. 1. Praha: Klinika adiktologie, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze ve vydavatelství Togga, 2012. Monografie. ISBN 978-80-87258-89-7.
7. HALL, Lindsey a COHN, Leigh. *Rozlučte se s bulimií*. 1. vyd. Brno: ERA group, 2003. Psychoporadna. ISBN 80-86517-60-8.
8. HŘIVNOVÁ, Michaela. *Základní aspekty výživy*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2014. ISBN 978-80-244-4034-7.0
9. JEDLIČKA, Richard a kol. *Poruchy socializace u dětí a dospívajících: prevence životních selhání a krizová intervence*. Vydání 1. Praha: Grada, 2015. Psyché. ISBN 978-80-247-5447-5.
10. KREJČÍŘOVÁ, Olga a SKOPALOVÁ, Jitka. *Deviace a sociální patologie - vybrané jevy*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. ISBN 978-80-244-1698-4.
11. KRCH, František David. *Poruchy příjmu potravy*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2005. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0840-X.

12. MACHOVÁ, Jitka a Dagmar KUBÁTOVÁ. *Výchova ke zdraví*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, 2015. Pedagogika. ISBN 978-80-247-5351-5.
13. MACHOVÁ, Jitka. Poruchy příjmu potravy. In MACHOVÁ, Jitka a Dagmar KUBÁTOVÁ. *Výchova ke zdraví*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, 2015. Pedagogika. ISBN 978-80-247-5351-5.
14. MARÁDOVÁ, Eva. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007. ISBN 978-80-86991-09-2.
15. MCGREGOR, Renee. *Ortorexie: posedlost zdravou stravou*. Praha: Dobrovský s.r.o., 2019. Knihy Omega. ISBN 978-80-7390-968-0.
16. MIOVSKÝ, Michal a kol. *Prevence rizikového chování ve školství*. Druhé, přepracované a doplněné vydání. Praha: Klinika adiktologie 1. LF UK v Praze a VFN v Praze, 2015. Monografie. ISBN 978-80-7422-391-4.
17. MIOVSKÝ, Michal et al. *Návrh doporučené struktury minimálního preventivního programu prevence rizikového chování pro základní školy*. Vyd. 1. Praha: Klinika adiktologie, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze ve vydavatelství Togga, 2012. Monografie. ISBN 978-80-87258-74-3.
18. *MKN-10: mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize: obsahová aktualizace k 1.1.2018*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2017-2018. 3 svazky. ISBN 978-80-7472-168-7. Dostupné také z: <http://uzis.cz/katalog/klasifikace/mkn>.
19. PAPEŽOVÁ, Hana. *Anorexie, bulimie a psychogenní přejídání: interdisciplinární a transdiagnostický pohled*. Praha: Mladá fronta, 2018. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-4904-7.
20. PROCHÁZKA, Miroslav. *Metodik prevence a jeho role na základní škole*. V Praze: Pasparta, 2019. ISBN 978-80-88290-28-5
21. PROCHÁZKOVÁ, Lenka a Jana SLADKÁ-ŠEVČÍKOVÁ. *Poruchy příjmu potravy: odpovědi na otázky, na které jste se báli zeptat*. [Praha]: Pasparta, [2017]. ISBN 978-80-88163-46-6.
22. PUGNEROVÁ, Michaela a Jana KVINTOVÁ. *Přehled poruch psychického vývoje*. Praha: Grada, 2016. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5452-9.
23. ROLKOVÁ, Henrieta. *Sociálnopatologické javy*. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, s.r.o., 2017. Učebnice. ISBN 978-80-7380-662-0.

24. SKOPALOVÁ, Jitka, Tereza RAZSKOVÁ a Jan ZELINKA. Rizikové chování ve školním prostředí. In BLAŠTÍKOVÁ, Lucie. *Klima školy a jeho ovlivnění školním metodikem prevence a sociálním pedagogem v základní škole*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015. Monografie. ISBN 978-80-244-4894-7.
25. SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. Pedagogika. ISBN 978-80-247-1733-3.
26. SOUKUP, Jan. Motivační rozhovory v léčbě poruch příjmu potravy. In PAPEŽOVÁ, Hana. *Anorexie, bulimie a psychogenní přejídání: interdisciplinární a transdiagnostický pohled*. Praha: Mladá fronta, 2018. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-4904-7.
27. TITMANOVÁ, Michaela. *Prevence rizikového chování: praktická příručka pro práci se třídou*. Praha: Univerzita Karlova, 2019. ISBN 978-80-7603-034-3.
28. VAŇKÁTOVÁ, Eva, Václav MERTIN a Ivana JIROUŠKOVÁ, ed. *Co dělat, když- -: praktické náměty k prevenci a intervenci rizikového chování*. Praha: Raabe, c2010-, 2 sv. (na volných l.). Nahlížet - nacházet. ISSN 1804-5537.

SEZNAM ELEKTORNICKÝCH ZDROJŮ

1. HARASIM-PISZCZATOWSKA, Emilia a Elżbieta KRAJEWSKA-KUŁAK. *Pregorexia – anorexia of pregnant women*. *Mediatr Med Rodz*, 2017. [cit. 2023-02-25]. Dostupné z: <http://pimr.pl/artykul.php?a=1103>
2. KLEMENTOVÁ, Jana a Markéta SYCHROVÁ, *Manuál pro školní metodiky prevence* [online]. Ústí nad Orlicí: Pedagogicko-psychologická poradna, 2017 [cit. 2023-02-14]. Dostupné z: https://www.pppuo.cz/soubory/projekty/bezpecne_klima/Manual_pro_skolni_metodiky_prevence.pdf
3. KRCH, František David. *Poruchy příjmu potravy-rizikové faktory* [online]. *Psychiatrie pro praxi*, 2004. [cit. 2022-10-12]. Dostupné z: <http://solen.cz/savepdfs/psy/2004/01/04.pdf>
4. KRCH, František David. *Poruchy příjmu potravy* [online]. *Medicína pro praxi*, 2007. [cit. 2022-10-12]. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2007/10/08.pdf>
5. MOSLEY, Philip E. *Bigorexia: bodybuilding and muscle dysmorphia*. *European Eating Disorders Review*, 2009. ISSN: 1072-413. [cit. 2022-11-06]. Dostupné z: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/erv.897?saml_referrer= .
6. ŠVÉDOVÁ, Jarmila a Lenka MIČOVÁ, *Manuál pro pedagogy* [online]. Občanské sdružení Anabell. Brno, 2010. [cit. 2022-10-18]. Dostupné z: http://knihovna.anabell.cz/components/com_jshopping/files/demo_products/manualpedagogy.pdf

SEZNAM ZKRATEK

PPP – porucha příjmu potravy

MA – mentální anorexie

MB – mentální bulimie

ZP – záchvatovité přejídání

ROP – retinopatie nedonošených

BMI – body mass index

PPP – pedagogicko – psychologická poradna

SPC – speciálně pedagogické centrum

SVP – středisko výchovné péče

ŠPP – školní preventivní program

MMP – minimální preventivní program

MKN-10 – Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize

MKN-11 – Mezinárodní klasifikace nemocí 11. revize

např. – například

aj. – a jiné

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 – dotazník pro školní metodiky prevence základních, středních škol a gymnázií

Příloha č. 1 – dotazník pro školní metodiky prevence základních, středních škol a gymnázií

Prevence poruch příjmu potravy v prostředí škol

Dobrý den,

mé jméno je Martina Konečná a jsem studentkou 3. ročníku oboru speciální pedagogika - intervence na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. Ráda bych Vás požádala o vyplnění krátkého dotazníku k mé bakalářské práci, nezabere Vám to více než 10 minut času. Tento dotazník je určen pouze školním metodikům prevence na základních, středních odborných školách a gymnáziích. Cílem je zjištění, jakým způsobem probíhá, a pokud vůbec probíhá, prevence poruch příjmu potravy na českých školách.

Velmi Vám děkuji za vyplnění dotazníku.

S pozdravem

Konečná Martina

Potvrzení informovaného souhlasu: (povinná položka)

Souhlasím s tím, že informace budou anonymně zpracovány a prezentovány pouze v rámci bakalářské práce.

- a) Ano.

Výzkumná část-demografické údaje:

1. Pohlaví: (povinná položka)

- a) Muž.
b) Žena.
c) Jiná... (možnost napsat svou odpověď).

2. Věk: (povinná položka)

3. Jako školní metodik prevence působím na: (povinná položka)

- a) Základní škole.
b) Střední odborné škole.
c) Gymnáziu.

4. Jak dlouho působíte na pozici školního metodika prevence? (počet let číslovkou)
(povinná položka)

5. Setkal/a jste se někdy přímo s problematikou poruch příjmu potravy během vaší učitelské praxe? (povinná položka)

- a) Ano.
- b) Ne.
- c) Nevzpomínám si.

Výzkumná část:

- 6. Myslíte si, že je věnován dostatečný prostor prevenci poruch příjmu potravy na školách?** (povinná položka)
- a) Ano.
 - b) Ne.
 - c) Jiná... (možnost napsat svou odpověď).
- 7. Vyberte na škále od 1 do 5, jak moc považujete prevenci poruch příjmu potravy za důležitou? (1 je nejméně, 5 je nejvíce)** (povinná položka)
- 8. Jsou součástí Minimálního preventivního programu na vaší škole poruchy příjmu potravy?** (povinná položka)
- a) Ano.
 - b) Ne.
 - c) Nevím.
- 9. Pokud ano, jakým způsobem je prevence uskutečňována?** (nepovinná položka)
- a) Přednáška od vyučujícího.
 - b) Video.
 - c) Přednáška od odborníka.
 - d) V rámci výuky.
 - e) Jiná... (možnost napsat svou odpověď).
- 10. Pokud součástí Minimálního preventivního programu na vaší škole nejsou poruchy příjmu potravy, z jakého důvodu?** (nepovinná položka)
- a) Nevím o tom, že by měly poruchy příjmu potravy být součástí.
 - b) Vím o tom, ale nepřijde mi důležité toto téma do výuky zařazovat.
 - c) Z důvodu nedostatku financí.
 - d) Není k tomu žádný důvod.
 - e) Jiná... (možnost napsat svou odpověď).
- 11. Víte, koho oslovit v případě zájmu o primární prevenci poruch příjmu potravy?** (povinná položka)
- a) Ano.
 - b) Ne.
 - c) Nevím.
- 12. Slyšel/a jste někdy o možnosti využití primární prevence poruch příjmu potravy prostřednictvím těchto platforem?** (povinná položka)
- a) Občanské sdružení Anabell.
 - b) Aplikace Nepanikař.

- c) Projekt Safezóna.
- d) Projekt ÁMOS vision.
- e) Projekt 3pe.
- f) Neslyšel/a.

13. Pokud ano, využil/a jste někdy nějakou z těchto platforem? (nepovinná položka)

- a) Ano.
- b) Ne.

14. Využil/a jste jinou možnost primární prevence poruch příjmu potravy?
(nepovinná položka)

- a) Ano.
- b) Ne.

15. Pokud ano, jakou? (nepovinná položka)

16. Je zde něco dalšího, k čemu byste se chtěl/a v rámci této problematiky vyjádřit?
(nepovinná položka)

Užitečné odkazy k primární prevenci:

- <http://www.anabell.cz/>
- <https://nepanikar.eu/>
- <https://www.safezona.cz/>
- <https://amosvision.cz/cz>
- <https://www.3pe.online/>