

Univerzita Karlova

Pedagogická fakulta

Katedra pedagogiky

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Preventivní aktivity v oblasti prevence poruch příjmu potravy a jejich
realizace na vybraných základních školách

Preventive activities in the field of prevention of eating disorders and their
implementation at selected primary schools

Bc. Marie Hubálková

Vedoucí práce: Ing. Bc. Alena Váchová, Ph.D.

Studijní program: Učitelství všeobecně vzdělávacích předmětů pro základní a střední
školy

Studijní obor: NMgr. Speciální pedagogika – výchova ke zdraví

Čestné prohlášení

Odevzdáním této diplomové práce na téma *Preventivní aktivity v oblasti prevence poruch příjmu potravy a jejich realizace na vybraných základních školách* prohlašuji, že jsem ji vypracovala pod vedením vedoucí práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále potvrzuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze 15. 4. 2021

Poděkování

Ráda bych poděkovala Ing. Bc. Aleně Váchové, Ph.D. za cenné rady, věcné připomínky a ochotu v průběhu zpracování této diplomové práce.

ABSTRAKT

Tato diplomová práce se zabývá problematikou poruch příjmu potravy ve školním prostředí. Cílem je zjistit, jaké preventivní aktivity jsou realizované v této oblasti na vybraných základních školách v Praze 8. Práce uvádí čtenáře do problematiky rizikového chování, práce metodika prevence včetně tvorby minimálního preventivního programu a prevence samotné. Tyto kapitoly práce shrnují základní aspekty odborné práce metodiků prevence a jejich multioborového zaměření. Do teoretické části práce spadá také přehled nejčastějších poruch příjmu potravy včetně možných okolností jejich vzniku, důsledků, způsobů léčby a spolupracujících subjektů. Klíčovou částí práce je kapitola zabývající se reálným průzkumem ve vybraném vzorku kolektivu školních metodiků prevence. Pro získání informací byla zvolena metoda anonymního dotazníkového šetření, jejíž výsledky ukázaly typy realizovaných preventivních aktivit a také způsoby jejich provedení. Dotazník dále zjišťoval obecnou informovanost metodiků prevence o problematice poruch příjmu potravy. Výsledky dotazníkového šetření jsou vyhodnoceny s ohledem na teoretickou část práce. Šetření ukázalo, že preventivní aktivity v oblasti poruch příjmu potravy jsou na školách v jejich minimálních preventivních programech zahrnuty. Realizace těchto programů je dle výzkumu rozptýlena do standardně vyučovaných předmětů v rámci školních vzdělávacích programů. Zajímavým zjištěním je, že většina metodiků si není jista dostatečnou informovaností pedagogů na jejich školách k odhalení žáků s poruchami příjmu potravy. Celá práce je uzavřena návrhem několika preventivních aktivit, které mohou sloužit jako návod pro ostatní pedagogy při práci s třídním kolektivem.

KLÍČOVÁ SLOVA

Rizikové chování, školní metodik prevence, minimální preventivní program, poruchy příjmu potravy, prevence.

ABSTRACT

This diploma thesis deals with the issue of eating disorders in the school environment. The aim is to find out what preventive activities are implemented in this area at selected primary schools in Prague 8. The thesis introduces the reader to the issue of risky behavior, the work of prevention methodist, including the creation of the minimal prevention program and prevention itself. These chapters summarize the basic aspects of the professional work of prevention methodists and their multidisciplinary focus. The theoretical part of the work also includes an overview of the most common eating disorders, including possible circumstances of their origin, consequences, methods of treatment and cooperating subjects. The key part of the work is a chapter dealing with real research in a selected sample of a team of school prevention methodists. To obtain information, the method of anonymous questionnaire survey was chosen, the results of which showed the types of preventive activities implemented as well as the methods of their implementation. The questionnaire also found out the general awareness of prevention methodists on the issue of eating disorders. The results of the questionnaire survey are evaluated with respect to the theoretical part of the work. The survey showed that preventive activities in the area of eating disorders are included in schools in their minimum prevention programs. According to research, the implementation of these programs is divided into standardly taught subjects within school educational programs. An interesting finding is that most methodists are not sure that teachers in their schools are sufficiently informed to detect pupils with eating disorders. The whole work is concluded with a proposal of several preventive activities that can serve as a guide for other teachers when working with the class team.

KEYWORDS

Risk behavior, school prevention methodist, minimal preventive program, eating disorders, prevention.

Obsah

Úvod	9
1 Rizikové chování	11
1.1 Pojem rizikové chování	11
1.2 Oblasti rizikového chování	13
2 Metodik prevence	19
2.1 Legislativní úprava práce metodika prevence.....	19
2.2 Specializační studium metodika prevence	20
2.3 Osobnost metodika prevence	21
2.4 Náplň práce metodika prevence.....	22
2.5 Spolupráce s dotčenými subjekty	25
2.6 Minimální preventivní program.....	29
2.6.1 Rámec tvorby minimálního preventivního programu	30
2.6.2 Tvorba minimálního preventivního programu	30
2.6.3 Evaluace preventivních programů	32
2.6.4 Aktivity zastoupené v minimálním preventivním programu (výběr).....	33
2.7 Rizika a komplikace práce metodika prevence.....	33
3 Prevence.....	36
3.1 Dělení prevence dle obsahu	36
3.2 Efektivní primární prevence	38
3.3 Účastníci primární prevence	41
3.3.1 Primární skupina.....	41
3.3.2 Sekundární skupina	42
4 Poruchy příjmu potravy	43
4.1 Historie poruch příjmu potravy.....	43

4.2	Rizikové faktory vzniku poruch příjmu potravy.....	44
4.3	Charakteristika poruch příjmu potravy.....	45
4.3.1	Mentální anorexie.....	46
4.3.2	Mentální bulimie.....	47
4.3.3	Psychogenní (záchvatovité) přejídání.....	48
4.3.4	Noční záchvatovité přejídání.....	49
4.3.5	Ortorexie.....	49
4.3.6	Drunkorexie.....	50
4.3.7	Bigorexie.....	50
4.3.8	Pregorexie.....	51
4.4	Obtíže v důsledku poruch příjmu potravy.....	51
4.5	Léčba poruch příjmu potravy.....	52
4.6	Prevence poruch příjmu potravy.....	55
4.6.1	Základní principy efektivní primární prevence poruch příjmu potravy.....	56
4.6.2	Odhalování poruch příjmu potravy ve škole.....	57
4.6.3	Organizace poskytující pomoc v oblasti poruch příjmu potravy.....	58
5	Průzkum realizace preventivních aktivit na základních školách.....	60
5.1	Cíle výzkumu.....	60
5.2	Metodika dotazníkové šetření.....	61
5.3	Vyhodnocení.....	62
5.4	Diskuze.....	97
5.5	Komparace.....	104
6	Návrh preventivních aktivit v oblasti poruch příjmu potravy.....	106
6.1	Vhled do problematiky a obecná východiska.....	106
6.2	Rozvoj klíčových kompetencí.....	109

6.3	Cílová skupina	110
6.4	Časový rozsah	110
6.5	Integrace do výuky.....	110
6.6	Cíle.....	111
6.7	Obsah	112
6.8	Metody a formy výuky	112
6.9	Možné další náměty nescifické prevence.....	113
6.10	Aktivity.....	114
6.11	Shrnutí	124
	Závěr.....	125
	Seznam zkratk.....	128
	Seznam použitých informačních zdrojů	129
	Seznam příloh.....	140
	Seznam grafů	169

Úvod

Během celého našeho života jsme vystaveni nejrůznějším tlakům společnosti, očekáváním a nejistotám, které mohou ovlivňovat naše fyzické a duševní zdraví. Pověštinou můžeme tyto negativní okolnosti chápat jako důsledek doby, která s sebou přináší rychlé a převratné změny, na něž v některých případech nedokážeme adekvátně a rychle reagovat, a mohou vést obecně ke vzniku problému. Dospělí lidé mají obvykle tolik zkušeností, že těmto vlivům dokáží lépe odolávat, nebo si sami vyhledají případnou pomoc.

Ale co děti a dospívající? S enormním nárůstem informací, neschopností je správně třídít a pod vlivem negativních okolností, nezkušeností, strachu či nefunkčního rodinného prostředí se mohou uchýlit k tzv. rizikovému chování. To má ve svém důsledku vliv na jich sociální život, a především zásadní dopad na zdraví, jako nejvyšší hodnotu v životě člověka. A právě mezi možné způsoby řešení takových problémových situací můžeme řadit i rizikové chování v oblasti poruch příjmu potravy, kterým bude v teoretické části této diplomové práce věnována patřičná pozornost.

Poruchy příjmu potravy jsou na základě četnosti výskytu a dopadů na zdraví jedinců odborníky řazeny do základních kategorií rizikového chování, které by měly být reflektovány při vytváření preventivní strategie školy a tvorbě tzv. minimálního preventivního programu, za jehož tvorbu zodpovídá školní metodik prevence. Proto se i další oblast teoretické části práce bude zabývat problematikou vymezení rizikového chování a také prací a osobností metodika prevence. Především pak s přesahem k legislativnímu ukotvení jeho činnosti, spolupracujícím subjektům, náplni práce a také možným okolnostem, které jeho práci ovlivňují.

S ohledem na zvolené téma diplomové práce se v praktické části budu zabývat otázkami, které se týkají realizace preventivních aktivit v oblasti poruch příjmu potravy na jednotlivých základních školách. Téma poruch příjmu potravy je totiž hojně diskutovaný problém při odborných setkáních metodiků prevence. Ústavem zdravotnických informací a statistiky jsou dokázány vzrůstající tendence takového rizikového chování a jsou popsány i velmi vážné dopady na zdravotní stav jedince trpícího některou z poruch příjmu potravy. Paradoxně je tomuto onemocnění věnována poměrně malá pozornost i přes to, že v některých případech mohou důsledky tohoto onemocnění končit i smrtí. I odborné externí

organizace, které na jednotlivých školách poskytují programy primární prevence, nemají ve svých nabídkách tuto oblast prevence často ukotvenou.

Data pro praktickou část práce budou získána na základě dotazníkového šetření, do něhož bych ráda zapojila kolegy metodiky prevence právě působící na základních školách v Praze 8, protože zde i sama pedagogicky působím. Tento užší vzorek respondentů byl vybrán s cílem získat informace, které by se případně mohly využít na některém z metodických setkání metodiků prevence organizovaných pedagogicko-psychologickou poradnou, a také by to mohl být případný námět pro další vzdělávání metodiků prevence.

Sama, jako metodik prevence na základní škole, jsem přesvědčena, že vhodně zvolená preventivní strategie, proškolený pedagogický tým, spolupráce mezi jednotlivými pedagogy ve škole a případná podpora odborníků – školních psychologů a metodiků prevence v pedagogicko-psychologických poradnách, může velmi zásadně ovlivnit klima ve škole a ve třídě. Tímto způsobem lze příznivě působit a eliminovat tak pravděpodobnost vzniku rizikového chování, případně na základě těchto činností získat cenné informace, které by vedly pedagogický sbor k volbě aktivit předcházející rizikovému chování. Proto by i druhá část praktického bloku práce (návrh preventivních aktivit) mohla být jednotlivými metodiky prevence využita jako námět pro další práci s třídním kolektivem.

1 Rizikové chování

Teoretická část diplomové práce se zabývá problematikou rizikového chování žáků, která se velmi úzce prolíná v mnoha oblastech práce se školním kolektivem. Tyto oblasti jsou na základě evaluace realizovaných preventivních aktivit aktualizovány ze strany odborníků podle četnosti výskytů jednotlivých typů rizikového chování a také podle jejich celkového dopadu na společnost. Mezi takové patří i poruchy příjmu potravy (dále PPP).

Pro vzhled do této problematiky je ale potřeba porozumět jejím základním pojmům, které jsou v této práci také často používány – rizikové chování, metodik prevence, prevence, poruchy příjmu potravy a další.

1.1 Pojem rizikové chování

Sousloví rizikové chování v sobě nese slova riziko a chování, přičemž první slovo můžeme chápat jako nebezpečí, možnost ztráty, dopad či jako zátěž (dle Českého národního korpusu, 2021). Chování je pak definováno jako základní pedagogický, a především psychologický termín, který je velmi hojně užíván, i když je mnohými autory chápán odlišně, což je dáno zejména historickými etapami, jimiž vývoj tohoto termínu prošel. Dle Hartlova Psychologického slovníku jde o „souhrn vnějších projevů, činností, jednání a reakcí organismů“ (Hartl, 2009, s. 211). V jiných publikacích se tento pojem staví třeba do protikladu „vnitřních a obtížně vnějšimu pozorovateli dostupných subjektivně prožívaných stavů“ (Gillernová, 2000, s. 23), či zdůrazňují, že chování (jako naše vnitřní prožívání navenek) leckdy neodpovídá tomu, jaké postoje zastáváme. Tyto postoje totiž na člověka mohou klást takové cíle, u nichž může být rovnou jasné, že jsou pro něj nedosažitelné a mohou se tak projevit právě ve způsobu chování jedince (Fontana, 2003).

Spojením výše zmiňovaných slov tedy dostáváme takové chování, jehož důsledkem je cosi negativního – pro jedince samotného nebo pro jeho nejbližší sociální okolí. Pro účely práce je termín pojímán jako nadřazený pro další druhy chování, které jsou dle nejrůznějších zdrojů chápány jako rizikové, tj. *disociální, asociální, antisociální a chování problémové* (Dolejš, 2010).

V pedagogické praxi a v odborné literatuře byl pro tento typ chování používán starší pojem *sociálně patologické jevy*, od něhož bylo ale postupně upuštěno, protože vytvářel klamný

dojem, že takové chování vzniká především vlivem společnosti jako takové, a nikoliv působením jedince samotného (Miovský a kol., 2010).

Dle závažnosti a míry dopadu je takové chování dále v etopedii¹ děleno do několika již zmiňovaných kategorií:

Chování disociální

Disociálním chováním lze chápat chování odlišující se jen mírně od dané normy chování. Ta by však vždy měla být posuzována podle normality chování (= běžnosti) v dané společnosti (Miovský a kol., 2010). Především tedy podle toho, co je dáno kulturní odlišností.

Takový způsob projevu je povětšinou zvládnutelný nejčastěji s využitím nejrůznějších sankcí, které lze v prostředí školy využít, a je krátkodobý. Při řešení popisovaného chování si většinou poradí pedagog sám, ale může se také vycházet i z odborné pomoci poradenských pracovišť. Příkladem takového typu projevu může být vzdorovitost, neposlušnost (Pešatová, 2006).

Asociální chování

U asociálního chování se také uplatňují nejrůznější sankce a je na něj myšleno ve školním řádu, ale oproti předchozímu typu chování je rozpor s normou mnohem patrnější. Jedná se o nejrůznější formy záškoláctví, sebepoškozování, útěky z domova, drobné krádeže, ale také o lži. Další významnou charakteristikou tohoto typu chování je to, že pokud není včas a efektivně řešeno, může se problém nadále více prohlubovat (Slomek, 2010).

K řešení se rovněž může využívat spolupráce s jednotlivými pracovníky poradenských pracovišť (metodik prevence, výchovný poradce nebo psycholog). Spolupráce je tedy více multidisciplinární a mohou být do řešení věci zahrnuti, podle závažnosti problému, i pracovníci orgánu sociálně právní ochrany dětí (dále OSPOD) či policie (Knotová, 2014).

¹ Podobor speciální pedagogiky, který se zabývá studiem poruch chování a edukací žáků a studentů s těmito obtížemi.

Antisociální chování

Antisociální chování je v pomyslném žebříčku závažnosti na samotném vrcholu, protože poškozuje nejenom jedince, ale také se do určité míry dotýká nejbližší společnosti, v níž se jedinec pohybuje. Tento způsob projevu je výrazně protispolečenský a směřuje k porušování všech norem – morálních, sociálních i zákonných (Pešatová, 2006). Příkladem toho chování mohou být opakované krádeže závažnějšího charakteru, loupeže, útoky se sexuálním podtextem, či gamblerství.

Společnou charakteristikou tohoto typu chování i je to, že k němu dochází organizovaně, dlouhodobě a opakovaně. Možnosti nápravy takového chování jsou běžně realizované s ohledem na závažnost prostřednictvím ústavní péče dle zákona č. 109/2002 Sb. o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních (Slomek, 2010).

Problémové chování

Problémové chování jako typ rizikového chování se vyskytuje v některých publikacích jako pojem, který je synonymní k disociálnímu chování (Slomek, 2010), ale v některých jiných pohledech je definován jako zdroj obav, který si vytváří společnost sama v kontaktu s takovým chováním (Dolejš, 2010). Společnost tak tedy cítí „problém“, který se ukazuje jako jedno z možných rizikových chování, kam spadají všechny kategorie rizikového chování bez ohledu na jejich závažnost (Kyriacou, 2005).

Znalost jednotlivých stupňů rizikového chování je pro pedagoga působícího ve škole naprosto zásadní, protože se někdy v různých formách objeví, a má mu být proto také věnována patřičná pozornost. Především pak je-li závažnějšího charakteru a ovlivňuje-li atmosféru v třídním kolektivu. Je totiž mnohem efektivnější takovému chování předcházet než jej později řešit.

1.2 Oblasti rizikového chování

Rizikovitost chování je v prostředí školy každoročně velmi pečlivě sledována a vyhodnocována. Později se z ní vyprecizovaly základní oblasti, na které se upíná zvýšená pozornost pedagogů. Následujících devět oblastí rizikového chování bylo vytvořeno s ohledem na lepší orientaci a členění celé problematiky rizikového chování a také z důvodu

určité podobnosti jednotlivých typů rizikového chování. Toto členění také slouží subjektům poskytujícím služby v této oblasti (neziskové organizace, pedagogicko-psychologické poradny a školní poradenská pracoviště).

Následující výčet uvádí jednotlivé oblasti rizikového chování, které jsou na základě evaluace preventivních programů nejčastěji zmiňovány a na které se prevence rizikového chování nejvíce soustředí. K těmto typům chování jsou vydávána i metodická doporučení, jež pomáhají pedagogům – metodikům prevence při řešení krizových situací (Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí a mládeže, 2010):

1. Záškoláctví
2. Šikana a extrémní projevy agrese
3. Rizikové sporty a rizikové chování v dopravě
4. Rasismus a xenofobie
5. Nebezpečí sekt a náboženských skupin
6. Rizikové sexuální chování
7. Zneužívání návykových látek a nelátkové závislosti
8. Poruchy příjmu potravy
9. Poruchy spojené se syndromem CAN – syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte (Miovský a kol., 2010).

Záškoláctví

Školní docházka je základní zákonná povinnost, za kterou zodpovídají vždy zákonní zástupci žáků. Ve chvíli, kdy je žák ve škole fyzicky nepřítomen, je právě povinností zákonných zástupců, aby důvody absence doložili třídnímu učiteli. O záškoláctví lze hovořit tehdy, když absence není řádně a způsobem vymezeným ve školním řádu školy omluvena.

Odborníci rozeznávají několik typů záškoláctví:

- **Pravé** – žák do školy nedochází a rodiče o takovém jednání nevědí
- **Skryté** – žák do školy nedochází a rodiče o tom vědí, což může být dáno slabou vůlí rodiče ve smyslu rozhodování, nebo odmítavým postojem ke škole samotné, většinou ze strany rodičů

- **Záškoláctví s klamáním rodičů** – žák do školy nedochází z důvodu zdravotních obtíží, které si vymýšlí, a rodiče tyto obtíže omlouvají
- **Útěky ze školy** – žák do školy dorazí, ale za několik hodin ze školy bezdůvodně odejde (Jindrová, 2012).

Na jednotnost omlouvání absence a prevenci záškoláctví myslí i metodické doporučení Ministerstva školství mládeže a tělovýchovy (dále MŠMT) – Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí a mládeže (2010) Příloha č. 11 – Záškoláctví (Salavcová a Foist, 2017).

S ohledem na rizikovost jevu se vždy zjišťuje (pokud je to možné), z jakého důvodu žák do školy nepřišel, nebo co jiného dělá v průběhu vyučování, jelikož tato informace může vést k odhalení dalšího typu rizikového chování, případně pomoci při řešení takové situace (Kyriacou, 2005).

Šikana a extrémní projevy agrese

Další oblast rizikového chování je velmi závažná, protože v sobě nese především rysy agresivního chování. Toto chování se může projevovat několika způsoby:

- **Přímo** – s použitím fyzického násilí (kopání, tahání, bití), nebo verbálně (výhrůžky, nadávky, vydírání, zesměšňování před jinými skupinami žáků).
- **Nepřímo** – snahou agresora (skupiny) je působit bolest tak, aby to ale nebylo zřejmé navenek. Mezi způsoby takového utrpení lze řadit pomluvy, lži, neoprávněná nařčení s cílem takového žáka izolovat a později danou skupinou ignorovat. Agresor tedy působí na emoce a psychiku oběti. Tento typ šikany je ale v kolektivech někdy velmi obtížně odhalitelný.
- **Kyberšikana** – takový typ agresivního chování, při kterém se využívají komunikační technologie. Může projevovat obtěžováním oběti prostředním mobilního telefonu – častá volání a SMS zprávy ze skrytých čísel, zprávy výhrůžné, nebo se sexuálním podtextem. Také to mohou být nejrůznější videa, na kterých je zaznamenána oběť v nelichotivých situacích a která mohou být později umístěna na webové portály (Kolář, 2011).

Rizikové sporty a rizikové chování v dopravě

S rozvojem profesionálního sportu, snahou překonávat limity člověka a zvyšujícím se počtu dopravních prostředků se i do oblasti školské prevence dostává téma rizikových sportů a rizikového chování v dopravě jako fenoménu, který může přispívat ke vzniku dopravních nehod a kolizí, jež mohou způsobovat úrazy, či snad zapříčinit smrt (Miovský a kol., 2010).

Z pohledu rizikových sportů Slepíčka (2018) zmiňuje velmi podrobně závažnější formy rizikového chování ve sportu, které se ale mohou ve své podstatě převést i do běžného „nesportovního“ života, jako je například podvádění, doping a jiné podpůrné látky zvyšující výkon, agresivní chování či testování vlastních fyzických limitů v extrémních a nebezpečných situacích.

Rasismus a xenofobie

Rizikové chování na podkladu rasismu a xenofobie může vést k rasové nesnášenlivosti, stírání multikulturní pestrosti a prosazování práv jedné skupiny lidí – národa na úkor práv příslušníků jiných národnostních skupin (Danics, 2008).

V některých případech toto může vést k otevřenému verbálnímu násilí, slovnímu napadání spolužáků či snad i dospělých příslušníků dané skupiny. To vše může vyústit i v otevřené fyzické násilí, které i částečně koresponduje s kategorií rizikového násilí na podkladu agrese (Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí a mládeže; Příloha č. 9, nedatováno).

Nebezpečí sekt a náboženských skupin

Nebezpečí těchto skupin dle Dacíka (1999) tkví především v jejich sociální ohraničenosti. Typickým znakem sekt a náboženských skupin je sdílení společného ideologického pohledu na společnost a svět, kdy v některých případech může později pod vlivem vůdčí osobnosti docházet k postupnému získávání psychické nadvlády nad jedincem, případně také k sociální izolaci od osob jedinci blízkých, ztrátě identity či manipulaci leckdy i pod pohrůžkou násilí.

Rizikové sexuální chování

O tomto typu rizikového chování je možné se v současné době dozvědět především z mediálních kauz, kde jsme svědci odhalování zločinů, při kterých dochází k sexuálnímu

zneužívání ve všech jeho podobách. V nynější době k nejvíce viditelným osvětovým aktivitám patří dokumentární film *V síti* (režie: Vít Klusák a Barbora Chalupová, 2020, ČR). Tento snímek se snaží zmapovat chování sexuálních predátorů na internetu, především pak získávání intimních fotografií dívek k různým účelům – k vlastním uspokojení, ale i jako nástroj vydírání (z neveřejné projekce pro pedagogy v kině Světozor, 12. 12. 2019).

Do této skupiny rizikového chování, kromě zneužívání a sdílení intimních fotografií, patří rovněž rané zahájení sexuálního života i častá promiskuita. Ze zdravotních důsledků je tento typ závažný především z důvodu nebezpečí vzniku pohlavně přenosných chorob, či brzkého, nechtěného těhotenství (Weis, 2001).

Zneužívání návykových látek a nelátkové závislosti

Okruh rizikového chování patří v této oblasti mezi nejvíce skloňované, jelikož riziko důsledků (sociálních či zdravotních) je v tomto typu chování i patrně největší (Nielsen Sobotková a kol., 2014). Pro období dospívání je totiž typická snaha vymezit se proti autoritám – rodičů, učitelů – a hledání vlastní cesty a identity. A právě „zakázané ovoce“ ve formě návykových látek je tím velmi častým nástrojem, kdy žáci a studenti testují vlastní hranice. Avšak velmi podstatné je především uvědomění si toho, aby se z pouhého testování nestala běžná forma chování.

Nelátkové závislosti se na rozdíl od předchozího typu chování dostávají do popředí zájmu až v posledních letech s rozvojem informačních a komunikačních technologií. Pokrok s sebou přinesl zneužívání těchto technologií ve smyslu vzniku závislosti na různých počítačových hrách, mobilních telefonech (a jeho komunikačních platformách – Facebook, Instagram, ...) a televizi (Dosedlová, 2016). Taková závislost má stejně jako předchozí zmiňovaná opět velké následky jak v oblasti mezilidských vztahů, tak i na zdravotní stav jedince s tímto typem závislosti.

Poruchy příjmu potravy

Jelikož je práce zaměřena především na oblast PPP, bude jednotlivým druhům PPP, jakož i prevenci, příčinám a důsledkům věnována samostatná kapitola (viz kapitola 4 – Poruchy příjmu potravy).

Poruchy spojené se syndromem CAN

Hlavní podstatou této oblasti je jednoznačně prevence a případně depistáž dětí, žáků a studentů, kteří mohou být právě postihnuti tímto syndromem. Jedná se tedy podle Hanušové (2006) především o prevenci na sekundární úrovni – vyhledávání takových dětí. Typickými projevy pak mohou být změny v jejich chování, např. náhlé výkyvy nálad, zvýšené napětí, napadání spolužáků, agresivita, lhostejnost, ztráta zájmu o činnost pro dítě jindy běžné (Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí a mládeže; Příloha č. 5, nedatováno).

Další činností je také vyhledávání dospělých či rodin, u kterých by mohlo být riziko vzniku takové situace velké. Později se odborníci zaměřují i na prevenci terciální – tj. snaze zabránit prohlubování negativního působení na daný objekt (Hanušová, 2006).

2 Metodik prevence

I přestože je pozice metodika prevence ve školském systému zavedena již po delší dobu, z poloviny 90. let minulého století je znám pouze jako protidrogový preventista (Knotová, 2014), jeho náplň práce a možnost zapojení se do pedagogického procesu se s postupnými novelizacemi zákonů, vyhlášek a metodických doporučení stále vyvíjí.

2.1 Legislativní úprava práce metodika prevence

Na prvním místě rozhodně nelze vynechat zákon č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), kde je jasně stanovena úloha školy při výchovně vzdělávací činnosti v § 29 „školy a školská zařízení jsou při vzdělávací činnosti a s ní souvisejících činnostech a při poskytování školských služeb povinny přihlížet k základním fyziologickým potřebám dětí, žáků a studentů a vytvářet podmínky pro jejich zdravý vývoj a pro předcházení vzniku sociálně patologických jevů.“ A konkrétní povinnost je ve vzdělávacím procesu stanovena i pro každého jednotlivého pedagogického pracovníka zvláště „pedagogický pracovník je povinen (...) chránit bezpečí a zdraví dítěte, žáka a studenta a předcházet všem formám rizikového chování ve školách a školských zařízeních“ (zákon č. 561/2004 Sb. § 22).

Ve školské praxi proto postupně vznikla potřeba odborníka – koordinátora, který bude zajišťovat všechny náležitosti ve výše zmiňovaném zákonu (Tyšer, 2006). Prováděcí vyhláškou č. 72/2005 Sb. o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních se tak poprvé do školské terminologie v Příloze 3 této vyhlášky dostává i metodik prevence a vymezují se také jeho standardní činnosti práce.

Metodikem prevence se může stát pouze takový pedagog, který splňuje základní zákonné požadavky. Ty jsou stanoveny především v § 2 zákona č. 563/2004 Sb. o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů. Podle tohoto zákona by tedy měl být absolventem magisterského studijního programu učitelských oborů, nebo mít jinou kvalifikaci dle § 22 zákona 563/2004 Sb. Ve všech případech ale není pro výkon této specializované činnosti podstatná aprobace – tedy oborová specializace takového učitele.

Další zásadní zákonnou normou upravující činnost metodika prevence je vyhláška č. 317/2005 Sb. o dalším vzdělávání pedagogických pracovníků, akreditační komisi a

kariérním systému pedagogických pracovníků. V § 9 se totiž hovoří o tom, že k výkonu specializované činnosti, kam práce metodika prevence rozhodně patří, je potřeba dalšího odborného studia v minimálním rozsahu 250 hodin (více následující kapitola 2.2 – Specializační studium metodika prevence).

Učitel, který splňuje všechny tyto náležitosti, se na pozici metodika prevence dostává na základě jmenování ředitelem školy. Výběr takového pracovníka není vždy jednoduchý, protože specializovaná činnost s sebou bohužel nenese zkrácení přímé pedagogické činnosti jako je to například u výchovných poradců (§ 3 vyhlášky č. 75/2005 Sb. o stanovení přímé pedagogické činnosti), kdy je výchovnému poradci snižován úvazek dle počtu žáků a studentů pod jeho správou. Tj. u metodika prevence se počítá s tím, že svou práci bude vykonávat nad rámec své stanovené pracovní doby, za což mu dle uvážení ředitele a v případě splnění všech kvalifikačních požadavků může náležet příplatek ve výši 1 000 – 2 000 Kč (dle zákoníku práce zákon č. 262/2006 Sb. § 133).

2.2 Specializační studium metodika prevence

Jak již bylo nastíněno v předchozí kapitole, metodik prevence by měl být pedagog, který se na své další pedagogické působení odborně připravuje. Poskytovatelé takového studia musí však splňovat Standardy studia pro výkon specializované činnosti (dle § 9 vyhlášky č. 317/2005 Sb.) a musí být akreditováni u MŠMT². Tyto akreditace byly tradičně udělovány pro období tří let a posléze docházelo k odbornému přezkoumání, zda daná organizace poskytuje právě takové služby, které jsou v souladu ve Standardy (Pavlas Martanová, 2012).

Na poli školitelů se angažují jednak vysoké školy (např. Pedagogická fakulta Univerzity Karlovy a Klinika adiktologie 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy), tak i další vzdělávací organizace např. Jules a Jim, z. ú., nebo Magdaléna, o. p. s. (viz Příloha č. 1 - Specializační studium – poskytovatelé³).

² V současné době (od roku 2019) je udělování akreditací pozastaveno z důvodu administrativních změn. Stávající certifikace však nadále zůstávají v platnosti (Certifikace odborné způsobilosti programů primární prevence, 2019).

³ Poznámka autorky: Pro srovnání byly vybrány organizace působící pouze v Praze.

Studijní program se zaměřuje na upevňování znalostí, které frekventanti získali již předchozím studiem dle výše zmiňovaných zákonů. A dále se rozšiřuje o oblast pedagogických a psychologických věd, teorii závislostního chování, základů adiktologie, osobnostní a sociální výchovy, systému poradenství ve školách, aj. Studenti se seznamují s jednotlivými druhy rizikového chování, rovněž i s praktickým nácvikem depistáže takových žáků a studentů a základům práce s nimi, jakož i komunikaci se zákonnými zástupci. Součástí studia jsou i odborné stáže na některých specializovaných pracovištích jako jsou pedagogicko-psychologické poradny a ambulantní služby poskytující pomoc určitým skupinám klientů (látkové a nelátkové závislosti, agresivní chování, gamblerství, kriminální chování).

Jak je možné z přílohy vyčíst, liší se zde ceny účastnického poplatku. Dále jsou jednotlivými organizacemi odlišně nastaveny četnosti setkávání, způsoby práce, časová dotace (vždy je však dodržena ta povinná – minimálně 250 hodin) a způsoby examinace.

Obecně lze říci, že studium je nejčastěji rozděleno do čtyř semestrů. Po absolvování prvního roku studia následuje ročníková práce, která se obvykle týká sestavení toho nejdůležitějšího dokumentu – minimálního preventivního programu (MPP) (viz kapitola 2.6 – Minimální preventivní program). Po absolvování celého cyklu studia následuje závěrečná zkouška, která se skládá rovněž z obhajoby závěrečné práce. Poté absolvent získává certifikát, který má neomezenou platnost a opravňuje ho k výkonu takto specializované činnosti po dobu celé pedagogické praxe (Příloha č. 1 – Specializační studium – poskytovatelé).

2.3 Osobnost metodika prevence

Na základě znalostí a dovedností nabytých během celého studia by tedy měl být metodik prevence především odborníkem, který je důležitým partnerem při řešení problematických situací v oblasti prevence rizikového chování. Měl by být vybrán z řad pedagogického sboru na základě velmi pečlivého výběru. Rozhodně by se nemělo jednat o učitele bez pedagogické praxe, či snad o učitele, který na školu přichází nově a nezná tak prostředí školy, kolegy, žáky a studenty a jejich zákonné zástupce, neorientuje se a není obeznámen s její historií a běžnými zvyklostmi (Knotová, 2014).

Pokud se ředitel školy rozhoduje o změně nebo o posílení činnosti již stávajícího metodika prevence, mělo by se jednat o takového pedagoga, který na dané škole působí minimálně dva roky (Tyšer, 2006). Tyšer dále zmiňuje i následující: „je to pedagog, odborně připraven pro výchovné poradenství v oblasti prevence a sledování chování dětí a mládeže z hlediska pedagogické, psychologické a sociální normy, zjišťování negativních jevů a poruch a jejich napravování“ (Tyšer, 2006, s. 7).

Dalšími uváděnými kritérii jsou i ta, že by se mělo jednat o takového učitele, který má velmi dobré komunikační schopnosti nejen ve vztahu k žákům a studentům, ale i směrem k zákonným zástupcům, kolegům ve sboru, vedení školy a dalším subjektům zapojeným v poradenské činnosti. Dále by měl být ochoten se průběžně vzdělávat, měl by mít přirozenou autoritu u žáků a studentů, ale zároveň by v nich měl vzbuzovat důvěru. Také by měl být ochoten věnovat se své práci nad rámec svého úvazku (viz kapitola 2.1 – Legislativní úprava práce metodika prevence).

Nicméně velmi často dochází i k tomu, že je pozice metodika prevence kumulována ještě s jiným pracovním zařazením – nejčastěji to pak bývá třídní učitel, výchovný poradce, ředitel nebo zástupce ředitele školy (Tomanová a Charvát, 2012). Proto je nutné „stanovit si zdravé hranice osobní angažovanosti, dbát na duševní hygienu a prevenci syndromu vyhoření, protože role metodika prevence zahrnuje jednoznačně řešení silně emocionálních a krizových situací u dětí“ (tamtéž, s. 11).

2.4 Náplň práce metodika prevence

Ve vyhlášce č. 72/2005 Sb. o poskytování poradenských služeb ve školách a školských zařízeních je v § 7 jasně popsána spolupráce aktérů poradenských služeb ve školním poradenském pracovišti, jež tvoří v té nejzákladnější podobě výchovný poradce a metodik prevence. Dalšími spolupracovníky jsou jednotliví učitelé, třídní učitelé, vedení školy, a pokud škola disponuje, tak i školní speciální pedagog a školní psycholog. V tomto paragrafu není jasně rozlišené, jaká činnost se plně vztahuje na metodika prevence a jaká na výchovného poradce. Je tedy zřejmé, že se v jistých ohledech jejich práce překrývá, a proto by jim měly být přesně nastaveny kompetence tak, aby jejich práce byla efektivní (Procházka, 2019).

Bližší specifikaci náplně práce metodika prevence lze zjistit z Přílohy 3 výše zmiňované vyhlášky, ve které je jeho činnost rozdělena do tří stěžejních oblastí:

1. Metodické a koordinační činnosti
2. Informační činnosti
3. Poradenské činnosti.

Metodické a koordinační činnosti

V první části této přílohy je zdůrazněna práce spočívající především v podpoře zvládnutí projevů rizikového chování ve školním či třídním kolektivu, jako i podpora pedagogů řešících tyto projevy rizikového chování. Metodik by měl také pro své kolegy nabízet a zajišťovat další možnosti vzdělávání v oblasti studia rizikového chování. Koordinační činnost metodika je zaměřena na podchytení spolupráce s dotčenými orgány konajících svou činnost v oblasti prevence rizikového chování. Vyhláška zmiňuje například spolupráci s poradenskými, terapeutickými, preventivními a krizovými pracovišti.

Informační činnosti

Nedílnou součástí práce metodika prevence je průběžné získávání nových informací o problematice rizikového chování. Jedná se o mapování nejnovějších trendů v oblasti prevence, orientace a přehled v nabízených a realizovaných preventivních programech na trhu i v jiných školských zařízeních. Metodik prevence takto získává komplexní přehled o aktuální situaci a využívá toho při své činnosti a ve spolupráci s dalšími subjekty v oblasti prevence. Tyto cenné informace předává celému pedagogickému sboru, a tím zajišťuje, že je celý proces živý a aktuální.

Poradenské činnosti

Poslední oblastí zmiňovanou ve vyhlášce je především činnost poradenská:

1. „Vyhledávání a orientační šetření žáků s rizikem či projevy rizikového chování; poskytování poradenských služeb těmto žákům a jejich zákonným zástupcům, případně zajišťování péče odpovídajícího odborného pracoviště ve spolupráci s třídními učiteli.
2. Spolupráce s třídními učiteli při zachycování varovných signálů spojených s možnostmi rozvoje rizikového chování u jednotlivých žáků a tříd a participace na

sledování úrovně rizikových faktorů, které jsou významné pro rozvoj rizikového chování ve škole.

3. Příprava podmínek pro integraci žáků se specifickými poruchami chování ve škole a koordinace poskytování poradenských a preventivních služeb těmto žákům školou a specializovanými školskými zařízeními“ (vyhláška č. 72/2005 Sb., Příloha 3).

Vedle základních činností se metodik prevence také zabývá:

Administrativní činnosti

Mezi další zásadní náplň práce metodika prevence patří činnost administrativní – metodik prevence o svých aktivitách musí vést záznamy, které dokládají dosud realizované činnosti. Při systematickém a dlouhodobém sledování projevů rizikového chování mohou být tyto záznamy velmi dobrým vodítkem při řešení obdobných situací v budoucnosti.

Mezi nejdůležitější dokumenty patří MPP školy, evidence realizovaných preventivních programů, školení pedagogů, případná opatření při zjištění rizikového chování, záznamy z jednání s žáky či studenty a jejich zákonnými zástupci (vyhláška č. 72/2005 Sb., Příloha 3).

V Rukověti školního metodika prevence (2019) jsou na základě praxe ještě jmenovány další dokumenty, které sice nejsou explicitně ve vyhlášce č. 72/2005 Sb., resp. v Příloze 3 jmenovány, ale jejich vedení metodikovi ulehčuje další práci:

- Podklady pro metodické vedení učitelů
- Databáze odborníků působících v okolí školy
- Seznam kontaktů na odborná pracoviště, který lze použít v akutním případě výskytu rizikového chování
- Evaluace a podklady k evaluaci preventivní strategie školy
- Zprávy, které metodik prevence zpracovává do Výroční zprávy činnosti školy
- Veškeré dotazníky a výsledky šetření v jednotlivých třídních kolektivech (Burdová, 2019).

Další činnosti metodika prevence

V souvislosti s vydanou Národní strategií – Primární prevence rizikového chování dětí a mládeže na období 2019–2027 (2019) se ještě zpřesňuje odborná činnost metodiků podle aktuálních potřeb a nároků kladených na jejich práci v současnosti:

- „Koordinace tvorby a kontrola realizace preventivního programu školy.
- Koordinace a participace na realizaci aktivit školy zaměřených na prevenci záškoláctví, závislostí, násilí, vandalismu, sexuálního zneužívání, zneužívání sektami, prekriminálního a kriminálního chování, rizikových projevů sebepoškození a dalších forem rizikového chování.
- Metodické vedení pedagogických pracovníků školy v oblasti primární prevence rizikového chování (vyhledávání problémových projevů chování, preventivní práce s třídními kolektivy, nastavení vhodné podpory směřující k odstranění rizikového chování apod.).
- Koordinace vzdělávání pedagogických pracovníků školy v oblasti primární prevence rizikového chování.
- Koordinace spolupráce školy s orgány státní správy a samosprávy, které mají v kompetenci problematiku primární prevence rizikového chování.
- Vedení písemných záznamů umožňujících doložit rozsah a obsah jeho činností, navržených a realizovaných opatření. Kontaktování odpovídajícího odborného pracoviště a participace na intervenci a následné péči v případě akutního výskytu rizikového chování.
- Vedení dokumentace, evidence a administrativy související se standardními činnostmi v souladu se zákonem o ochraně osobních údajů a předávání informací o realizovaných preventivních programech školy pro potřeby analýz, statistik a krajských plánů prevence“ (tamtéž, s. 17–18).

2.5 Spolupráce s dotčenými subjekty

Z prováděcí vyhlášky je patrné, že metodik prevence při snaze o dosahování vytyčených cílů a činností tak, jak byly uvedeny v předchozí kapitole, musí nutně spolupracovat i s dalšími subjekty, na kterých je ve smyslu vlastní práce závislý a bez jejichž informační, poradenské a metodické podpory by svou práci nemohl vykonávat náležitě správně.

Následující přehled ukazuje vzestupnou provázanost jednotlivých profesí a institucí, které spolupracují s metodikem prevence:

Pedagogové a další pedagogičtí pracovníci školy

Zásadní vliv na utváření příznivého a bezpečného klimatu mají všichni ti, kteří se v prostředí školy vyskytují. Všichni pracovníci – pedagogičtí i ti nepedagogičtí (Čech, 2011). Je tedy jen na nositelích normy chování určit, co vše bude v rámci školy z oblasti rizikového chování tolerováno, popř. přehlíženo a co již bude řešeno a případně sankcionováno. Všichni pedagogové by se totiž na strategii prevence rizikového chování měli podílet jednotlivě a stejnou vahou. Hlavní podstatou je snaha o jednotnost netolerance případného rizikového chování napříč pedagogickým sborem, což je ale velmi komplikované například u velkých sídlištních škol, a také stěžováno různorodostí pedagogického sboru (Knotová, 2014). Jednotnost rozhodování by do určité míry měla být dána úzkou spoluprací mezi jednotlivými pedagogy, ale i s metodikem prevence a výchovným poradcem, samozřejmě i s vedením školy.

Zastřešujícím dokumentem celé této součinnosti je MPP (viz kapitola 2.6 – Minimální preventivní program), s nímž by na začátku každého školního roku měli být seznámeni všichni pedagogové. Je v něm totiž popsána nejen preventivní strategie školy, ale i některé oblasti prevence, které by měly být realizovány na základě aprobace pedagogů (viz Příloha č. 2 – Tematické bloky ve výuce zaměřené na prevenci rizikového chování).

Třídní učitel

Třídní učitel je dalším velmi blízkým spolupracovníkem metodika prevence, protože je to právě on, kdo by měl na základě vlastního pedagogického působení ve své třídě, formálního a neformálního setkávání se žáky a studenty a jejich zákonnými zástupci zachytávat první náznaky vzniku rizikového chování (Čech, 2011). V tomto pohledu se zdá být mnohem snadnější práce pro třídní učitele žáků na 1. stupni, kteří povětšinou tráví ve své třídě mnohem více vyučovacích hodin, ve srovnání s učiteli na 2. stupni a těmi, kteří působí na středních školách.

Výchovný poradce

Jak již bylo zmíněno v kapitole 2.4 – Náplň práce metodika prevence, tak v některých oblastech se práce obou zmíněných prolíná, což můžeme demonstrovat především na § 7 vyhlášky č. 72/2005 Sb. (odst. 2):

- (k) „metodická podpora učitelům při použití psychologických a speciálně pedagogických postupů ve vzdělávací činnosti školy
- (l) spolupráce a komunikace mezi školou a zákonnými zástupci
- (m) spolupráce školy při poskytování poradenských služeb se školskými poradenskými zařízeními.“

Velmi častou praxí také bývá to, že tito dva poradenští pracovníci sdílejí společné pracoviště tak, aby jejich spolupráce byla co nejefektivnější. Další pozitivem jejich úzké spolupráce může být i jejich částečná vzájemná zastupitelnost (Opekarová, 2010).

Vedení školy

Ředitel a jeho zástupce se rovněž velmi aktivně podílí na dotváření strategie rizikového chování. Svou funkcí ředitel zodpovídá za naplňování preventivních aktivit, koordinuje také spolupráci mezi jednotlivými pedagogy, a především do funkce metodika prevence jmenuje vybraného pedagoga z řad učitelského sboru.

Vedení školy by se také mělo aktivně zapojovat (společně s výchovným poradcem, popř. školním psychologem) do jednání se zákonnými zástupci žáků, u kterých se objevily závažnější formy rizikového chování (Čech, 2011).

Metodik prevence v pedagogicko-psychologické poradně

Činnost metodika prevence v pedagogicko-psychologické poradně je především metodická a poradenská. V jeho kompetenci je odborné vedení metodiků prevence ve školách, předávání informací a zprostředkovávání dalšího vzdělávání. Do jisté míry také zodpovídá za efektivní a kvalitní práci metodiků prevence v oblasti jeho působnosti. Takový metodik by měl být pro školního metodika první volbou při hledání pomoci v obtížné situaci, kterou by nedokázal vyřešit vlastními silami sám nebo ve spolupráci s dalšími členy školního poradenského pracoviště (Tyšer, 2006).

Krajský koordinátor školské prevence

Krajský koordinátor školské prevence je ve vzestupném žebříčku mezičlánkem mezi jednotlivými metodiky v pedagogicko-psychologických poradnách a dále spolupracuje na strategii rizikového chování s dalšími dotčenými subjekty, např. s krajským protidrogovým koordinátorem, manažerem prevence kriminality a koordinátorem pro romské záležitosti (Národní strategie – Primární prevence rizikového chování dětí a mládeže na období 2019–2027, 2019).

Činnost ministerstev

Orgány státní správy se snaží především o koordinaci jednotlivých aktivit v prevenci rizikového chování: „cílem koordinace na státní, krajské a regionální úrovni je sjednocování standardizovaných postupů, spolupráce na přidělování dotací, sběr dat a jejich vyhodnocování, přenos informací a přístupů v oblasti prevence rizikového chování“ (Národní strategie – Primární prevence rizikového chování dětí a mládeže na období 2019–2027, 2019, s. 12).

Dominantní roli v této oblasti má rozhodně MŠMT, protože spolupracuje s dalšími subjekty na své úrovni – s dalšími ministerstvy. MŠMT koordinuje metodickou činnost, angažuje se v problematice certifikací organizací poskytujících programy primární prevence, vytváří národní strategii primární prevence, legislativně zajišťuje vzdělávání metodiků prevence a dohlíží na kvalitu jejich vzdělávání, aj. (Pavlas Martanová a kol., 2012).

Další ministerstva jsou aktivní z pohledu svého zaměření:

Ministerstvo zdravotnictví

- Prevence škod, které jsou způsobeny užíváním tabákových výrobků, návykových látek a alkoholu
- Prevence zdraví (ve spolupráci se Státním zdravotním ústavem)
- Péče adiktologická
- Poruchy příjmu potravy
- Péče o duševní zdraví

Ministerstvo vnitra

- Prevence kriminality

Ministerstvo dopravy

- Prevence rizikového chování v dopravě (Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí a mládeže, 2010).

2.6 Minimální preventivní program

V textu bylo již několikrát odkázáno na základní dokument, který ve školách a školských zařízeních komplexně zaštituje problematiku prevence rizikového chování. Než ale bude podrobněji představen, je třeba zmínit několik slov o nejednotnosti terminologie, jež se v legislativní úpravě vyskytuje. Vyvolává totiž častá nedorozumění při pojmenování tohoto dokumentu:

1. Vyhláška č. 72/2005 Sb. o poskytování poradenských služeb ve školách a školských zařízeních dle poslední novelizace vyhláškou č. 197/2016 Sb. hovoří o standardních činnostech metodika prevence, což je tedy „koordinace tvorby, kontrola a participace při realizaci *minimálního preventivního programu školy*.“
2. Metodický pokyn ministryně školství, mládeže a tělovýchovy k prevenci a řešení šikany ve školách a školských zařízeních (2016) ve článku 3 (odstavec 9) definuje tyto povinnosti školy: „škola kontinuálně realizuje specifickou primární prevenci rizikového chování (...), kterou má popsáno v *Preventivním programu školy někdy nazývaném také jako minimální preventivní program*.“

Terminologická rozkolísanost však nemění pohled na tento dokument. Dle Miovského (2012) je „komplexním dlouhodobým preventivním programem školy/školského zařízení a je součástí školského vzdělávacího programu, který vychází z příslušného RVP“ (Miovský a kol., 2012, s. 13). Zaměřený je zejména na výchovu žáků ke zdravému životnímu stylu, vedení žáků k pravé hodnotě zdraví, na jejich osobnostní a sociální rozvoj a rozvoj jejich dovedností a znalostí v oblasti mezilidských vztahů (tamtéž, 2012).

Klíčovými dokumenty pro tvorbu minimálního preventivního programu dle Metodického doporučení k prevenci rizikového chování u dětí a mládeže (2010) jsou následující dva dokumenty:

1. **Školní preventivní strategie**, jejímž cílem je zapojit problematiku prevence rizikového chování do kontextu běžně vyučovaných předmětů. Tedy, aby preventivní aktivity nebyly osamocenou či izolovanou činností, ale jejich zcela přirozenou součástí. Tato strategie má velkou návaznost na Rámcové vzdělávací programy a logicky i na jejich konkrétní realizaci v rámci školních vzdělávacích programů pro jednotlivé stupně a typy škol.
2. Druhým dokumentem je **Program proti šikanování**. Tento dokument se poprvé objevil až v tomto doporučení a reagoval na potřeby učitelské ale i rodičovské veřejnosti řešit stále vzrůstající míru agresivního chování ve školách a školských zařízeních (tamtéž, 2010).

2.6.1 Rámec tvorby minimálního preventivního programu

Při samotné tvorbě MPP musí škola vzít v potaz všechny legislativně nadřazené dokumenty (zákony, vyhlášky, nařízení) a dále pak i následující dokumenty, jelikož právě ty popisují aktuální stav prevence a ručí tak za korektní předpoklad vzniku takového dokumentu:

- Koncepce a prognózy směřované i k primární prevenci ze strany státu, kraje, obce či městské části
- Standardy poskytovatelů programů primární prevence (viz kapitola 2.2 – Specializační studium)
- Preventivní strategii školy
- Krizový plán školy⁴
- Školní řády a další restriktivní dokumenty upravující chod školy (Miovský a kol., 2012).

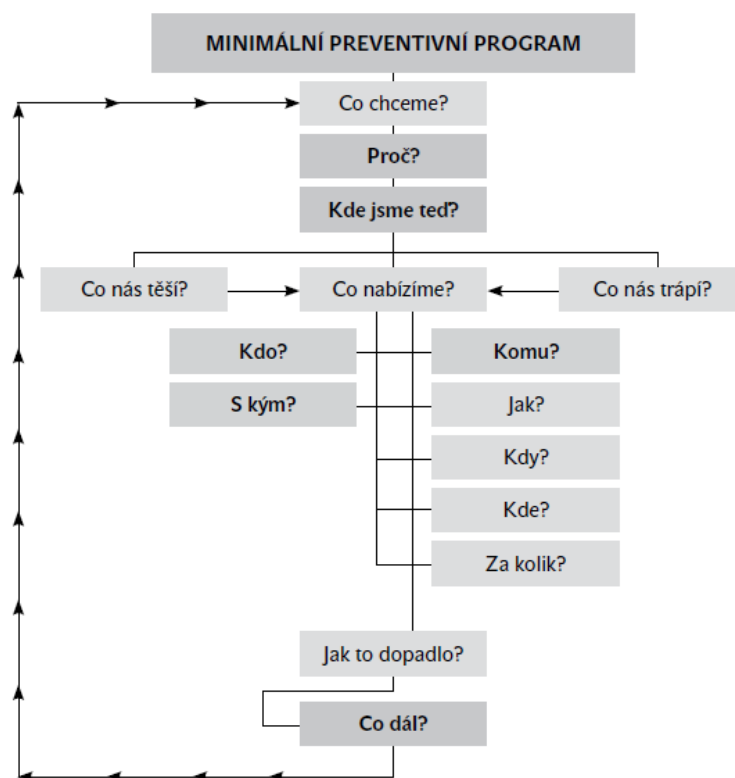
2.6.2 Tvorba minimálního preventivního programu

Kromě povinnosti administrativní, tedy té, že je MPP povinnou součástí dokumentace školy, je podstatné to, aby takový dokument nebyl jen tím, co je na začátku každého školního roku vytvořeno, a pak s ním již není pracováno. Měl by být dokumentem živým, podléhajícím

⁴ Krizový plán školy – shrnuje popisy krizových situací a postupy řešení při jejich výskytu (Knotová, 2014).

průběžným změnám, podle toho, jak se vyvíjí situace ve škole a jaké potřeby mají jednotlivé třídní kolektivy a pedagogický sbor. Ty lze poměrně snadno evidovat v rámci nejrůznějších aktivit, které lze realizovat během celého roku s pomocí žáků a učitelů. Ideální variantou je možnost zapojit do tvorby programu školy i rodiče a zákonné zástupce žáků a studentů. Pro tyto účely je možné využít dotazníková šetření, ankety, řízené rozhovory. (Procházka, 2019).

Takto stanový obsah je základem pro vytvoření základního pilíře MPP a cílů, které by měly sloužit jako ukazatele toho, kam by se chtěla škola během školního roku posunout. Dalším vodítkem při tvorbě programu by mohl posloužit následující diagram, ve kterém jsou popsány základní směry, které by měly pedagogický sbor vést při tvorbě minimálního preventivního programu (Miovský a kol., 2012).



Obrázek č. 1 Systém otázek při tvorbě minimálního preventivního programu (Miovský a kol., 2012, s. 19).

Jako vhodný nástroj k definování cílů lze použít „model SMART“:

- S – cíle specifické
- M – cíle měřitelné
- A – cíle akceptovatelné

- **R** – cíle realistické
- **T** – cíle časově ohraničené“ (Gallà a kol., 2005, s. 45).

Tak lze jednotlivé cíle i z hlediska doby naplnění (krátkodobé a dlouhodobé) poměrně snadno vyhodnotit a získat zpětnou vazbu o úspěšnosti daného programu. Cíle musí podléhat kontrolovatelnosti, nemohou být příliš abstraktní, či snad nepředstavitelné. „Cíle jako *škola bez drog a násilí* nebo *nulový výskyt rizikového chování* nejsou ani rozumné ani realistické a nevedou ke smysluplnému výsledku“ (Miovský a kol., 2012, s. 23).

Další činnost při přípravě preventivního programu vyplývá z celkové analýzy školy, tj. zjišťování potřeb jednotlivých třídních kolektivů s ohledem na výskyt rizikového chování, rovněž i z evaluace předchozích uskutečněných programů primární prevence na škole. Na základě vyhodnocení takto dostupných dat může být vytvořen dokument, jenž by měl přesně odpovídat dané škole a jejímu specifiku. Není proto možné vytvářet univerzální dokument, který by mohl být realizován v jakékoliv škole generálně (Procházka, 2019).

2.6.3 Evaluace preventivních programů

Všechny preventivní programy probíhající ve škole by měly projít evaluací. Hodnotit by se měla každá část daného preventivního programu, tj. fáze jeho přípravy, realizace a zejména efektivnosti dopadu na účastníky programu. Pod termínem evaluace lze chápat „systematické shromažďování, analyzování a interpretování informací o průběhu intervence a jeho možných účincích“ (Miovský a kol., 2015, s. 168).

V současnosti jsou stále více prosazovány online metody pro evaluaci jednotlivých preventivních programů, především za účelem zjištění aktuálního stavu výskytu rizikového chování ve školách a školských zařízeních. Na bázi dobrovolnosti je metodikům prevence dostupný portál Systém evidence preventivních aktivit (dále SEPA)⁵, který umožňuje v tomto prostředí vytvářet plány a vykazovat činnost metodika prevence. Byl vytvořen na základě spolupráce MŠMT a Kliniky adiktologie 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze. Zadané údaje jsou dostupné v plném rozsahu jen školnímu metodikovi a metodikovi prevence v pedagogicko-psychologické poradně, pod

⁵ Systém evidence preventivních aktivit. Dostupné online www.preventivni-aktivity.cz

něhož daná škola spadá. Na vyšších úrovních spolupráce jsou data SEPA dostupná pouze jako statistický údaj, který může v celorepublikovém pohledu objektivizovat výskyt rizikového chování (Vacek a Gabrhelík, 2021).

I přestože je možnost zapojení dobrovolná, v grantových programech primární prevence Magistrátu hlavního města Prahy je možné bodové zvýhodnění, pokud škola žádající o grant tento systém využívá (Metodika programu primární prevence, 2020).

Doporučená podoba minimálního preventivního programu je součástí přílohy diplomové práce (viz Příloha č. 3 – Doporučená podoba minimálního preventivního programu).

2.6.4 Aktivity zastoupené v minimálním preventivním programu (výběr)

- **Blok primární prevence** je chápán jako jednotka dlouhodobého a komplexního programu primární prevence založené na principu interaktivity, která je tvořena ze čtyř základních částí. Z úvodu, při kterém dochází k naladění skupiny a navázání na informace z minulých programů, dále se skládá z nosného tématu, závěru a zhodnocení.
- **Interaktivní seminář** je pak jednorázová aktivita, která interaktivní formou zprostředkovává informace o vybraných formách rizikového chování.
- **Beseda.** Jednorázová preventivní aktivita, při které lektor diskuzí s posluchači zjišťuje jejich znalosti, postřehy, vztahy ke konkrétnímu tématu, které z debaty vyplynou. U této formy se často využívá „peer“ modelu (viz kapitola 3.2 – Efektivní primární prevence).
- **Komponovaný pořad** je také jednorázový program, který využívá kombinace umělecké formy (dokument, film, divadelní představení) a následnou diskuzi s odborníky.
- **Přednáška** neboli setkání s odborníkem z dané oblasti rizikového chování (Manuál pro tvorbu minimálního preventivního programu, 2010).

2.7 Rizika a komplikace práce metodika prevence

Na předchozích stranách byla podrobně popsána náplň práce a povinnosti metodika prevence. Práce metodika prevence může být ovšem zatížena mnohými riziky a diskomfortem.

Kumulace funkcí

Jedním z nejpálčivějších problémů je jistě kumulování dalších funkcí. Z tematické zprávy České školní inspekce (ČŠI) z roku 2016 - Prevence a řešení šikany a dalších projevů rizikového chování ve školách vyplývá, že činnost metodiků prevence je nejčastěji spojována s funkcí třídního učitele. Z oslovených metodiků prevence to bylo 69,1 %; na dalších místech pak s funkcí výchovného poradce, ředitele školy, zástupce ředitele apod. Vzhledem k tomu, že již metodik vykonává svou práci nad stanovenou pracovní dobou, je další zátěž v jeho funkci spíše chápána kontraproduktivně (Hokeová, 2011).

Nedostatečná kvalifikace

Dalším problémem je nedostatečná kvalifikace metodiků prevence. Ze zmíněné zprávy vyplývá, že kvalifikaci k výkonu specializované činnosti dle zákona splňuje dané podmínky pouze třetina dotázaných metodiků prevence. Je tedy otázkou, zda mohou být poradenské, informační a metodické činnosti takovým metodikem poskytovány dostatečně kvalitně a ve správné míře.

Nízká míra spolupráce

Velká očekávání a snaha změnit stav věci je pro nastupující pedagogy vlastní a pochopitelně se objevuje i u metodiků prevence, kteří často naráží na nedostatek pochopení u vedení nebo u kolegů. Málo prostoru pro zavádění nových postupů a metod řešení rizikového chování – to vše může na metodika prevence působit negativně. „Aktivní a iniciativní metodik se často stává velmi brzy osamělým jezdcem v poli a ztrácí rychle energii a ustupuje do bezpečí splněných základních formalit“ (Tomanová a Charvát, 2012, s. 10). Takovou tendenci lze demonstrovat na dalším údaji z tematické zprávy ČŠI Prevence a řešení šikany a dalších projevů rizikového chování (2016), kdy metodici uvedli, že pouze polovina návrhů například ke zkvalitnění prevence šikany přichází od ostatních z pedagogického sboru. Na spolupráci vytváření minimálního preventivního programu se podíleli společně s metodiky pouze ve 28,6 % případů i ostatní pedagogové. V 54,3 % byl pak na tvorbu MPP metodik sám, i přestože vyhláška č. 72/2005 Sb. hovoří jasně pouze o „koordinaci tvorby, kontrole, evaluaci a participaci při realizaci minimálního preventivního programu školy“ (Příloha 3 zmiňované vyhlášky).

Pracovní úvazek

Poměrně velkou komplikací je i to, že metodik nemá snížený pracovní úvazek k výkonu své práce (viz kapitola 2.1 – Legislativní úprava práce metodika prevence). Práci tedy vykovává nad rámec své běžně stanovené pracovní doby – ve zprávě ČSI metodici uvádějí průměrně 2,6 hodin týdně strávené prací metodika prevence.

Doporučením této zprávy bylo také tedy snížení pracovního úvazku metodiků prevence, o němž se ale v odborných kruzích a při pracovních setkávání metodiků prevence hovoří velmi často. A ve Strategii prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže v působnosti resortu MŠMT na období 2001–2004 byla tato možnost zmíněna již v roce 2001 „počítá i se snížením přímé míry vyučovací povinnosti pro školní metodiky prevence“ (tamtéž, 2001, s. 11), ale vize zatím zůstaly nevyslyšeny.

Prostředí

Rovněž Miovský (2010) uvádí, že pro výkon práce metodika prevence je třeba vhodné prostředí tak, aby nebyl rušen ve své konzultační činnosti. Rovněž jeho pracovní by měla odpovídat zákonu č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů. Metodik totiž shromažďuje velmi citlivé údaje o žácích a studentech, v některých případech i o jejich zákonných zástupcích (Miovský a kol., 2010). Ze zprávy ČŠI vyplývá, že pouze třetina metodiků takové podmínky má, tj. má samostatnou místnost, kde mohou nerušeně pracovat. Nepříliš vhodné prostory jako byla např. prázdná třída, zasedací místnost, sborovna či sdílený kabinet uvedla přibližně pětina dotazovaných metodiků (ČŠI, 2016).

Je možné, že všechny tyto aspekty vedou ke zvýšené fluktuaci metodiků prevence na této pozici, o níž se také velmi často hovoří v nejrůznějších akčních plánech prevence (viz Akční plán školské primární prevence rizikového chování v hl. m. Praze na rok 2017 s výhledem pro rok 2018 a Plán primární prevence rizikového chování dětí a mládeže v Libereckém kraji na období 2019–2021). Časté změny na této pozici mohou vést k přerušení návaznosti preventivních činností a možnému opomenutí nějaké zásadní oblasti rizikového chování (Procházka, 2019).

3 Prevence

V předchozích kapitolách se několikrát hovořilo o prevenci jako o nejpodstatnější práci metodika prevence, tj. dle Štecha in Miovský a kol. (2015, s. 272) jde o to „mít na základě minulých zkušeností a znalostí představu o pravděpodobné budoucnosti jedince.“ Z etymologie slova pak ve školské praxi předcházet negativním dopadům rizikového chování u dětí a mládeže ve školách a školských zařízeních (Nešpor a kol., 1999).

Historie preventivních aktivit

V prostředí školy se jedná především o primární prevenci na nejrůznějších úrovních, které budou v následující kapitole vysvětleny. Miovský a kol. (2015) uvádí, že před rokem 1989 neexistoval žádný jednotný přístup k prevenci rizikového chování s výjimkou jednoduchých letákových kampaní, jež se v čekárnách lékařů zaměřovaly na úzký profil, z dnešního pohledu rozsáhlého spektra rizikového chování, alkohol a tabákové výrobky. S pozdější medializací nejrůznějších projevů takového chování (především závislostního a sexuálně rizikového chování) podpořenou i literární tvorbou (např. *My děti ze stanice ZOO* autorky Christiane E. a *Mementa* Radka Johna) se začala více upínat pozornost laické i odborné veřejnosti na tuto problematiku a dostávat se ve svých výchovně vzdělávacích cílech více i do prostředí školských zařízení (Miovský a kol., 2005).

3.1 Dělení prevence dle obsahu

Postupnou profesionalizací a studiem se na oblast prevence rizikového chování začalo pohlížet optikou systému, který má svá pravidla. Vyspecifikovaly se rovněž úkoly pro jednotlivé instituce, a proto lze také prevenci rizikového chování dělit do těchto tří základních pilířů:

- a) *Prevenci primární* – jako předcházení problémů před vznikem samotného rizika (úkol škol a školských zařízení)
- b) *Prevenci sekundární* – jako pomoc pro ty, u nichž už rizikové chování vzniklo, ale nedosáhlo zásadních rozměrů (úkol specializovaných zařízení)
- c) *Prevenci terciální* – jako řešení již rozvinutého rizikového chování tak, aby nevznikaly další druhotné obtíže, např. prohlubování zdravotních komplikací u

uživatelů návykových látek, což je především úkol specializovaných zdravotnických zařízení (Nešpor a kol., 1999).

Specifická a nespecifická primární prevence

Vzhledem ke specializaci metodika prevence a výchovného poradce se v prostředí školy a školských zařízení poskytuje především primární prevence. Pokud je konkrétně zaměřena, tj. je ukotvena ve strategii školy a v MPP, mluvíme o tzv. **specifické primární prevenci**, jež může být zaměřena:

1. *všeobecně* – takový typ prevence je poskytován všem a není zjišťována možná přítomnost nějakého typu rizikového chování. Obecně lze přistupovat k tomuto typu prevence i dle věkového rozčlenění do následujících pěti skupin:
 - předškolní věk (3–6 let)
 - mladší školní věk (6–12 let)
 - starší školní věk (12–15 let)
 - mládež (15–18 let)
 - mladí dospělí (18–26 let).
2. *selektivně* – u tohoto typu prevence je již možné předpokládat vznik nějakého typu rizikového chování (např. u žáků s poruchami chování). Náročnost a odlišnost práce již klade větší důraz na zkušenosti a odbornost daného lektora či pedagoga.
3. či *indikovaně* – tj. na základě určitého důvodu, jímž může být u žáků, studentů či skupin vyšší pravděpodobnost vzniku rizikového chování, nebo jejich vyšší kumulace (např. žáci s poruchami chování a žáci z nízkého sociokulturního prostředí). Jejich výběr a zařazení je možno posuzovat dle pozorování, rozhovorů a nejrůznějších dotazníkových metod. V tomto typu prevence je velmi zásadní specializace odborného pracovníka – u indikované primární prevence se většinou navazuje užší spolupráce s psychology, odborníky v adiktologii, školními psychology a dalšími odborníky v dané oblasti (Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí a mládeže, 2010).

Nespecifickou prevencí, která má také velmi zásadní místo ve strategii školy a v MPP, je pak myšlena jakákoliv další aktivita škol, která povede k vytváření bezpečného prostředí a pozitivního klimatu ve škole. Do této kategorie lze zahrnout volnočasové a zájmové aktivity

organizované školou, zapojení dětí do činnosti školních parlamentů a jejich participace na orientaci a vývoji školy, celoškolní projekty podporující zdravý životní styl, aj. Svou roli zde hrají i volnočasové organizace (Domy dětí a mládeže, sportovní a zájmové kluby), které poskytují méně formálnější zapojení žáků a studentů do organizované činnosti. Výraznou roli zde zastává i rodinné prostředí, které by v ideálních případech mělo demonstrovat zcela přirozeně důležitost zdraví (Burdová, 2019).

3.2 Efektivní primární prevence

Základním předpokladem poskytované prevence je to, že je mnohem snadnější předcházet vzniku takového rizikového chování, než ho později ve spolupráci s dalšími dotčenými subjekty komplexně řešit (Kalina, 2008). Aby takto realizovaná prevence byla skutečně efektivní, je třeba se řídit těmito několika zásadami, které vychází z Miovského a kol. (2015), Pavlas Martanové (2012) a Nešpora (1999). Je třeba zmínit, že některé uváděné metody se v mnohém prolínají a nelze je tak hodnotit zcela izolovaně.

Dlouhodobost a soustavnost – veškeré preventivní programy by měly být koncipovány a plánovány na základě dlouhodobého výhledu k minimalizaci rizikového chování. Autoři konstatují, že jednorázové akce, které jsou navíc nahodilé, nemají takový výchovně vzdělávací efekt.

Včasnost počátku primární prevence – čím dříve je primární prevence zahájena, tím je její další průběh, a především dopad na hodnotové postoje, efektivnější. Z počátku může být primární prevence zaměřena všeobecně, například jen na obecně platné zásady zdravého životního stylu, později pak může mířit na konkrétnější téma, jako je např. skladba zdravého a vyváženého jídelníčku. Zároveň je však třeba mít na paměti, že by tematické složení a obsah aktivit mělo být přizpůsobeno adresátům primární prevence.

Interaktivnost – programy by neměly mít stejné stereotypní pojetí a formu (besedy, přednášky), ale měly by především stále cílit na zážitkovou stránku věci a aktivizovat zapojené žáky a studenty. Využít metod např. hraní rolí, výtvarné techniky, didaktické hry, dramatizace aj. tak, aby žáky oslovily, bavily a ti se chtěli do nich aktivně zapojit.

Velikost skupiny – velikost skupiny, v níž program probíhá, by měla být uzpůsobena formě a cíli. Mnohem úspěšnější jsou obecně takové programy, kde je skupina menší a dochází tak

k přímější interakci, a tím pádem ztrátě ostychu a větší motivovanosti ke spolupráci mezi žáky či studenty a lektory.

Komplexnost – primární prevence ve školských zařízeních by neměla být realizovaná pouze jako samostatný prvek v rámci povinné součásti školního vzdělávacího programu, ale měla by se stát prvkem přirozeně zastoupeným v jednotlivých dílčích předmětech (viz Příloha č. 2 – Tematické bloky ve výuce zaměřené na prevenci rizikového chování). Každá preventivní aktivita by měla být také podpořena i ze strany rodinných příslušníků, místa působení (komunity), i s využitím médií.

„peer“ prvek – za další možnost efektivní prevence autoři považují i tu, v níž je využíváno tzv. vrstevnického modelu. V takovém případě „jsou vrstevníci často autoritou s větším vlivem než rodiče a učitelé (...) mají výrazný vliv na utváření svých vlastních názorů a postojů, a mohou tak účinně přispívat ke snížení rizikového chování“ (Miovský a kol, 2015, s. 60).

Protektivní faktory – dalším aspektem efektivní primární prevence je nastavení podmínek dosažitelnosti případné krizové pomoci a nabídky specializované péče, tj. školní poradenské zařízení by se mělo velmi dobře orientovat v aktuální nabídce dané pomoci, aby při případném zásahu byla poskytnuta péče „na míru“.

Vynechání neúčinných prostředků – za neefektivní metody primární prevence lze považovat takové metody, v nichž převažuje pouhé zprostředkování informací prostřednictvím přednášky o zdravotních a sociálních dopadech rizikového chování. Rovněž je do této kategorie možné zařadit zastrašování, či dokonce zveličování důsledků takového chování. Mezi neúčinné a zavádějící prostředky autoři pokládají i besedy s bývalými uživateli návykových látek, kteří mohou v žácích vzbudit představu, že takové chování vlastně není

dostatečně rizikové. Nebo tzv. Protidrogový vlak⁶, proti němuž se velmi ostře ohradily odborné adiktologické společnosti.⁷

Pojetí sociální normy – další snahou primární prevence je vytvořit v daném prostředí takové podmínky, aby případné rizikové chování nebylo kolektivem chápáno jako normální či snad jako žádoucí. Tedy takové, o které by se mělo usilovat. O případné změně k normálnímu či běžnému hovoří odborníci jako o procesu *denormalizace*.

*Model „KAB“*⁸ – při použití tohoto modelu není užito při primární prevenci pouze znalostní části (přednášky), ale pozornost všech zainteresovaných je především orientována na změnu postojů a v jejich důsledku i chování. Cílem je např. „posílení schopnosti mladých lidí čelit tlaku k různým typům výrazně rizikového chování zvýšeným sebevědomím, nácvikem asertivity, schopností odmítat (...) řešit problémy sociálně přiměřeným způsobem“ (Mioviský a kol, 2015, s. 60).

Místní specifikum – při stanovování cílů a metod je třeba mít v efektivní primární prevenci poměrně široké povědomí o cílové skupině, v níž se prevence realizuje. Nejdůležitějším markantem je historie skupiny, její naladění, znalost o předchozí realizované činnosti a jejím výsledku. Zohlednit by se rozhodně měla i poloha dané školy nebo školského zařízení s ohledem na výskyt rizikového chování, např. v dopravě, dostupnosti návykových látek apod. Rovněž jako za neefektivní se považuje realizovat takovou prevenci, která již byla uskutečněna, nebo není pro žáky již aktuální.

Odbornost je jedním z nejdůležitějších identifikátorů efektivní primární prevence. Nejde pouze o odbornost organizací poskytujících primární prevenci. Ta by totiž měla být garantována certifikací ze strany MŠMT a splnění Standardů odborné způsobilosti⁹. Ale jde

⁶ Revolution Train „cílem vlakového programu je prostřednictvím zapojení všech lidských smyslů efektivně zapůsobit na návštěvníka vlaku, na jeho pohled na legální i nelegální druhy závislosti a inspirovat jej k pozitivním životním volbám“ (Revolution Train [online], 2014).

⁷ Vyjádření odborných společností v zastoupení Odborné společnosti pro prevenci rizikového chování (OSPRCH, 2020).

⁸ Model KAB (knowledge, attitudes, behavior = znalosti, postoje a chování).

⁹ Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů školské primární prevence rizikového chování (Pavlas Martanová, 2012).

i o Specializační studium metodiků prevence (viz kapitola 2.2 – Specializační studium metodika prevence), a celoživotní vzdělávání všech subjektů (nejen metodici prevence, ale i všichni ostatní pedagogové) v oblasti prevence rizikového chování tak, aby mohly přivádět nejnovější poznatky do praxe.

3.3 Účastníci primární prevence

Podle terminologie použité v Koncepci primární prevence rizikového chování dětí a mládeže na území hl. m. Prahy na období 2014–2020 (2014), lze účastníky primární prevence rozlišovat z hlediska věku – *primární skupina*. Podle možnosti vlastního působení na primární skupinu je další skupina nazývána *sekundární*. Cíle primární prevence první skupiny se liší s ohledem na věk:

3.3.1 Primární skupina

Předškolní věk (3–6 let)

U dětí předškolního věku je nepodstatnější podporovat zdraví jako jednu z nejvyšších hodnot v životě. Součástí tohoto typu prevence je i podpora vzájemných mezilidských vztahů a vztahu k odlišnostem. Vzhledem k obsahové šíři a nezacílení pouze na jednu oblast lze tuto skupinu řadit do kategorie nespecifické primární prevence.

Mladší školní věk (6–12 let)

Primární prevence v tomto věku staví především na rozvíjení znalostí a dovedností získaných v předchozím typu prevence. Nejvíce zdůrazněnou složkou primární prevence je oblast zneužívání návykových látek, především pak alkoholu a tabákových výrobků dříve, než se s ní později dostanou žáci do bližšího kontaktu.

Starší školní věk (12–15 let)

Starší školní věk a úskalí dospívání s sebou nesou určitou revoltu v sociálních vztazích směrem k vrstevníkům, rodičům i pedagogům. Proto cílem prevence u této věkové skupiny je především posilování sociálních kompetencí spojených se zvládnutím tlaku okolního prostředí. Na základě toho jsou zde doporučovány preventivní programy, které prohlubují znalosti a postoje k různým druhům rizikového chování. Jednotlivé druhy prevence rizikového chování jsou vybírány podle historie skupiny a věku.

Mládež (15–18 let)

Mládež již má základní znalosti o rizicích na ně číhajících poměrně dobře zmapované. Ale je to období náročné z hlediska vytváření nových sociálních rolí a skupin, které souvisí s přechodem na další stupeň vzdělávání. Proto je primární prevence v tomto období zacílena především na posílení volných vlastností a nabídku volnočasových aktivit ve snaze, aby v nich pokračovali i v pozdějším věku.

Dospělá populace

Dospělá populace má vliv na chování mladších generací, proto by prevence v tomto věku měla směřovat především na získávání skutečně objektivních znalostí, které se týkají práce s informacemi v odbourávání mýtů v rizikovém chování, které by mohly být různými médii předkládány.

3.3.2 Sekundární skupina

Sekundární skupina vymezuje všechny ostatní, kteří mohou být v oblasti primární prevence aktivní. Proto by měli být neustále vzděláváni, aby informace, se kterými operují, nejlépe odpovídaly základnímu principu efektivní primární prevence – odbornosti. Do této skupiny jsou řazeni tito následující:

- Pedagogové základních, speciálních a středních škol
- Školní metodici prevence, výchovní poradci, třídní učitelé
- Metodici prevence v PPP
- Rodiče
- Protidrogoví koordinátoři
- Sociální pracovníci, kurátoři pro děti a mládež
- Pediatři, psychologové, speciální pedagogové
- Veřejnost (Havlíková, Janšková a Žufníček, 2014).

4 Poruchy příjmu potravy

Tato kapitola se bude problematikou PPP komplexně zabývat a zmíní okolnosti vzniku PPP, vybrané druhy PPP, důsledky a doporučení při práci s rizikovými skupinami. Zmíněny budou rovněž i organizace zbývající se prevencí PPP a preventivními programy.

Spektrum PPP tvoří takové rizikové chování, které se rozvíjí velmi pomalu a nenápadně a které má velké dopady na zdravotní stav jedince. Toto zdravotní riziko souvisí především s velkým úbytkem váhy a nedostatečnou výživou. Druhotnou komplikací jsou pak další rizika, která vznikají na základě užívání medikamentů, které mají pomoci s udržení váhy, nebo váhu snižovat, a dále také aspekty spojené se zvracením.

4.1 Historie poruch příjmu potravy

Popsat vznik jednotlivých PPP není úplně jednoduché, jelikož se jednotlivé projevy PPP jako zvracení, odmítání jídla a nechutenství objevovaly i jako jiné možné příznaky dalších onemocnění. Rovněž se i pohledy lékařů na tuto problematiku měnily v průběhu dějin. Někteří je zpočátku spojovali s božským trestem, nebo jako utrpením, které bylo potřeba překonat (Krch, 2003).

S rozvojem lékařských věd a většími zkušenostmi přicházeli lékaři s anamnézami žen, které se velmi podobají těm dnešním, tj. nechutenství, vyhublost, ztráta menstruačního cyklu, zácpa, a to vše bez jasného důvodu (Papežová, a kol., 2010), a ke konci 19. století se tyto projevy spojovaly s možným duševním onemocněním. Francouzští lékaři totiž studovali dívky, které odmítaly potravu, a když se jim snažili upravit stravovací režim, tak „se potýkaly s důmyslnými lstmi a nezdolným odporem“ (tamtéž, s. 20). Pravděpodobně již tehdy mohli lékaři hovořit o projevech mentální anorexie.

Druhá nejčastější porucha příjmu potravy – bulimie – se rovněž velmi zřejmě objevovala současně s anorexií. Ale nebyla jí věnována z hlediska zdravotních dopadů taková pozornost, protože přejídání a následné zvracení bylo velmi často spojováno s pocitem „mít se dobře“ a s určitým zařazením ke společenské třídě a nic z toho nebylo chápáno jako obtíž (Krch, 2003).

Pozdějším studium příčin a důsledků projevů PPP vedlo zpočátku k celkové neukotvenosti zařazení těchto onemocnění. Lékaři nebyli jednotní v tom, zda tyto obtíže patří do oblasti

péče internistů, nebo psychologů. Původně i projevy anorexie a bulimie byly totiž řazeny do jedné kategorie onemocnění. Do oboru psychiatrie jsou zařazeny na základě bližšího vědeckého zkoumání až v 60. a 70. letech minulého století. V českých zemích byla v roce 1983 založena na Psychiatrické klinice 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze Jednotka specializované péče pro nemocné trpící poruchami potravy na psychogenním podkladu. (Papežová a kol., 2010).

4.2 Rizikové faktory vzniku poruch příjmu potravy

Rizikovým faktorem je obecně myšlena okolnost, která přispívá ke vzniku nějakého stavu, ale objevuje se dříve, než se samotné onemocnění objeví (Cooper, 2014). Na základě toho lze rozeznat několik okolností, které mohou ke vzniku PPP přispět.

Biologické faktory

Nejzásadnějším biologickým faktorem je bezesporu pohlaví. Z výzkumů vyplývá, že PPP trpí více dívky než chlapci, a proto se někdy tento problém demonstruje pouze jako problém dívek. Dle Papežové a kol. (2010) je postiženo anorexií asi 10x více dívek než chlapců, u bulimie je jich pak 2,5x více. Pokud jde o bližší specifikaci výskytu u mužů, tak muži-homosexuálové jsou postiženi více PPP, protože stejně jako dívky a mladé ženy mohou být vystaveni větší touze vypadat štíhlejší, což je chápáno jako něco, čeho lze dosáhnout pouze silnou vůlí (Papežová, 2003).

Z výzkumu také vyplývá, že velmi často je PPP diagnostikována u dívek, které mnohem dříve dospívají, a tím se tedy více odlišují od většiny ostatních děvčat ve svém okolí. A snaha zapadnout a neupozorňovat na sebe svými tělesnými proporcemi může být další spouštěcí okolností vzniku PPP (Procházková a Sladká – Ševčíková, 2017).

Psychologické faktory

Dalším faktorem vzniku PPP jsou osobnostní vlastnosti. Autoři se shodují na tom, že nejzásadnějším faktorem je impulzivita, která je definována jako reakce pozitivní, nebo negativní na nějaký podnět (Cooper, 2014). Čím impulzivnější chování lze zaznamenat, stane se impulzivita rizikovějším faktorem. Hall a Cohn (2003) ještě uvádějí perfekcionismus a touhu být nejlepší jako další vlastnost, která se velmi často vyskytuje.

V touze po dokonalosti mohou být dívky často vedeny nejen vnitřními pohnutkami, ale velký vliv na ně má i okolí, velmi často podporované médii.

Faktory sociokulturní

Sociokulturní faktor je označován jako jeden z nejsilnějších, protože právě společnost, která nás obklopuje, má na nás často největší vliv. V současné době i v době minulé to byly nejrůznější ideály krásy, které určovaly, jak má kdo vypadat. Ať to byly barokní křivky, či opačné extrémy v podobě americké modelky Twiggy, vždy na společnost kladly určité nároky. Novák (2010) zmiňuje jako další rizikový faktor masový rozvoj fotografie a pravidelná vydávání časopisů pro ženy, které přispěly k tomu, že štíhlost (nebo nějaký stav těla) byla chápána jako možnost vzestupu po společenském žebříčku.

Rovněž i některá prostředí a povolání mohou přispět ke vzniku PPP, resp. jsou taková prostředí, která svým zaměřením přitahují dívky. Ty svou pozornost vždy upínaly ke svému tělu. Proto pak fungování v tomto prostředí může být pro takové dívky ještě více utvrzující ve sledování obrazu svého těla (Papežová a kol., 2010).

Rodinné prostředí

Rodina má zásadní vliv na vidění sama sebe a utváření si spokojenosti s vlastním tělem. Některé studie také uváděly, že vznik PPP mohou zapříčinit určité dysbalance v rodinném prostředí, např. alkoholismus, deprese, nejednotné výchovné vedení (Papežová, 2003), ale oproti tomu Krch (2005) tvrdí, že neexistuje taková rodina, která by apriori vytvářela takové prostředí, jež by přispívalo k možnosti vzniku PPP. Jsou ale určité situace, které se mohou přidat k rizikovým faktorům a podpořit tak společně vznik poruch příjmu potravy, např. smrt partnera/rodiče/blízkého člena rodiny, změna zdravotního stavu, změna školy či bydliště a mnohé další (Papežová, 2003).

4.3 Charakteristika poruch příjmu potravy

Všechny tyto poruchy mají společný znak, a to ten, že je při nich přítomna nějaká komplikace s konzumací potravy. Obě nejčastější poruchy jsou zařazeny v Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10) pod označením F50 – F59 *Syndromy poruch chování spojené s fyziologickými a somatickými faktory*. Je pro ně typické, že ti, kteří jimi trpí, si abnormálně všímají svého těla, mají strach z tloušťky a využívají nejrůznější metody ke kontrole své

hmotnosti (Krch, 2003). Obě zmiňované budou na následujících řádcích představeny, stejně jako i další, které svým charakterem nezapadají do tradičního dělení anorexie – bulimie.

4.3.1 Mentální anorexie

Papežová (2003) uvádí, že není vždy zcela jednoduché jednoznačně od sebe rozeznat mentální anorexii a mentální bulimii, protože některé formy těchto onemocnění využívají ke kontrole hmotnosti způsobů typických pro obě onemocnění. Tudíž se jednotlivé rozdíly mezi nimi stírají a jde pak tedy o určení toho dominantnějšího způsobu.

Mezi základní znaky této poruchy je považováno úmyslné snižování tělesné váhy. Vždy však ale ne s cílem redukovat váhu na takovou, která je zdravá a lékařem doporučovaná. Pro osoby s PPP není žádná váha dostatečně nízká (Maloney a Kranz, 1997). Pro snižování celkové hmotnosti se používají i další medikamenty, které tomu mají napomoci (např. laxativa), často i v kombinaci s extrémním cvičením. Je obecně velmi běžné, že dívky v období dospívání uměle snižují svou váhu. Papežová a kol. (2010) uvádí, že je to přibližně 90–95 % všech dívek.

Proto byla vytvořena kritéria, která mají v diagnostice mentální anorexie pomoci:

- Udržování tělesné váhy pod 15 % předpokládané váhy, nebo BMI¹⁰ hodnoty 17,5 (u nemocných se neobjevuje přírůstek váhy během růstu)
- Intenzivně popisovaný strach z tloušťky
- Snížení hmotnosti si pacient způsobuje sám – vyhýbá se jídlu, popř. užívá podpůrné látky
- Zkreslená představa o tom, jak vypadá tělo nemocných
- Poruchy žláz s vnitřní sekrecí – u žen ztráta menstruačního cyklu, u mužů pak ztráta zájmu o sexuální život
- V případě mentální anorexie v období před dospíváním se objevuje zastavení růstu (Krch, 2005).

¹⁰ **BMI** – Body Mass Index. Udává vztah mezi tělesnou hmotností a tělesnou výškou. Výpočet je dán poměrem tělesné hmotnosti (kg) a tělesné výšky (m) umocněné dvěma.

Na základě dalších projevů mentální anorexie a časového trvání onemocnění se dále na mentální anorexii nahlíží jako na:

Akutní mentální anorexii, pro niž je typické to, že se objevuje v období puberty, kdy se celkově mění tělesná konstituce a vznik takového onemocnění je častější. Jestliže je ale onemocnění v tomto období vyléčeno, nebo je zahájena terapie, lze očekávat, že se nebude stav zhoršovat (Krch, 2002).

Chronická mentální anorexie se rozvíjí jako neléčená akutní mentální anorexie a přetrvává až do dospělosti. Je velmi pravděpodobné, že takto rozvinuté onemocnění bude mít pro nemocného zásadní zdravotní následky. Dle Leibolda (1995) přibližně třetina případů akutní mentální anorexie předchází do stádia chronického.

Dále se na mentální anorexii lze dívat z pohledu způsobu, jak je nemocnými snižována jejich hmotnost:

Nebulimický typ mentální anorexie – hmotnost je snižována odmítáním potravin s vyšší kalorickou hodnotou, případně jsou voleny pokrmy nízkotučné. Dalším způsobem je snižování váhy prostřednictvím cvičení.

Bulimický typ mentální anorexie znamená, že pacient využívá ke snižování váhy i zvracení. Cílem ale není udržet si stejnou váhu, ale dále ji snížit. I u tohoto typu zůstává zachované kritérium 85 % běžné váhy, která by odpovídala věku (Krch, 2002).

4.3.2 Mentální bulimie

Druhou poruchou PPP je mentální bulimie, kterou lze charakterizovat jako velmi často se opakující záchvaty přejídání. Stejně jako u předchozího typu se zde objevuje přehnaná kontrola tělesné váhy společně s výčitkami (Papežová a kol., 2010).

První informace o mentální bulimii jsou pravděpodobně spojovány s Galénem (2. stol. n. l), který toto onemocnění i pojmenoval spojením slov *bous* a *limos* „býčí hlad, jímž vystihoval pojem, že nemocný člověk by byl schopný sníst celého býka“ (Procházková a Sladká – Ševčíková, 2017, s. 9).

Občasné přejídání se objevuje obecně velmi často, proto je rovněž i u mentální bulimie třeba stanovit základní diagnostická kritéria:

- Neodolatelné bažení po jídle
- Konzumace velkých dávek jídla v krátké době
- Chorobný strach z tloušťky
- Snaha o redukci kalorického dopadu zkonsumovaného jídla (zvracení, hladovky, laxativa, diuretika) (Krch, 2005).

A i zde lze rozlišit další specifické typy mentální bulimie:

Purgativní typ – nemocný ke kontrole své váhy využívá zvracení a medikamenty.

Nepurgativní typ – pacient po konzumaci velkého množství jídla hladoví, extrémně cvičí, nevyužívá možností purgativního typu (Papežová a kol., 2010).

Klasifikace dalších PPP je ztížena tím, že nelze všechny poruchy příjmu potravy dle jasných kritérií do systému zařadit. Většinou z toho důvodu, že uváděné příznaky nejsou přítomny v celé šíři, nebo se objevují v menším počtu – specifická mentální anorexie a specifická mentální bulimie (Cooper, 2014). Mezi další PPP patří například psychogenní přejídání, noční přejídání a další, které se mnohdy ve své charakteristice v podstatě dají zaměnit za dva již zmiňované typy PPP.

4.3.3 Psychogenní (záchvatovité) přejídání

Tajná konzumace velkého množství jídla a touha po něm je typická pro tzv. psychogenní (záchvatovité) přejídání, které ale na rozdíl od bulimie a anorexie nemá fázi redukce váhy prostřednictvím zvracení či hladovek. Naopak u toho typu PPP se objevuje nárůst tělesné hmotnosti. V momentech, kdy se nemocný snaží o pravidelný přísun potravy, se většinou taková snaha májí účinkem (Cooper, 2014).

Krch (2003) ještě dodává, že k takovému přejídání velmi často dochází u zdroje jídla – v kuchyni, a také právě po nakupování. Činnost je doprovázena mechanickým strkáním kusů jídla do úst často i bez přílišného kousání a bez pomoci příboru. Aby celý proces byl intenzivnější, tak ho pacienti prokládají velkou konzumací nápojů, které napomáhají polykání potravy. Nemocní velmi často zkonsumují i takové jídlo, které jim dokonce ani nechutná a za normálních okolností by ho ani nesnědli. Stejně tak jsou v extrémních případech schopni jídlo krást, případně i jíst jídlo, které již bylo určeno k vyhození. Pro

diagnostiku takového chování je důležité kritérium četnosti, a to minimálně dvakrát týdně po dobu alespoň šesti měsíců (tamtéž, 2003).

V důsledku toho se objevuje potupný nárůst tělesné hmotnosti, který je vlastně důkazem o takovém chování, z něhož se u nemocných vytváří pocity zmaru, studu a objevují se úzkosti. Zvýšená tělesná hmotnost je pak další zdravotní komplikací, která způsobuje obtíže pohybového aparátu, kardiovaskulárního systému a dalších přidružených chorob. Může také nastat propad na společenském žebříčku, protože nemocní mají pocit, že by své bažení po jídle před ostatními nedokázali ovládnout a mohou se tak společnosti stranit (Papežová a kol., 2010).

4.3.4 Noční záchvatovité přejídání

U některých autorů se objevuje pojem noční přejídání (Procházková a Sladká – Ševčíková, 2017), či syndrom nočního přejídání (Papežová a kol., 2010). Jedná se o další poruchu příjmu potravy, kdy u nemocných převažuje konzumace velkého množství potravy večer, nebo v nočních hodinách. Základním hodnotícím kritériem je to, že se takové chování objevuje minimálně dvakrát týdně s probuzením a minimálně s 25 % konzumací jídla až po večeři (Krch, 2003).

Pravděpodobnou příčinou tohoto onemocnění jsou poruchy spánku spojené s předchozí snahou o snížení váhy, kdy se nemocní po celý den přemáhají a jí méně a večer či v noci si celodenní nízký příjem potravy kompenzují, což ale dále vede k nárůstu váhy (Krch, 2005).

4.3.5 Ortorexie

Ortorexií lze chápat „jako posedlost zdravým stravováním (...) chorobně vtíravé, nutkavé myšlenky či obsesi“ (McGregor, 2019, s. 18). Základní hybnou silou je snaha pacientů se stravovat správně tak, aby své tělo zbytečně nezatěžovali přídatnými látkami, o kterých si myslí, že tělu škodí (např. cukry, bílá mouka apod.). Takový člověk tedy „trvá na tom, že bude jíst jen to, co je z jeho pohledu zdravé, a pokud to nemá náhodou k dispozici, raději hladoví“ (Fořt a Mach, 2014, s. 15).

Tímto způsobem dochází k tomu, že nemocní neustále redukují množství potravin, které jsou pro ně vhodné, a tělo nedostává takové složení stravy, které je k jeho vývoji důležité.

Dále se objevují následující rysy chování:

- Úzkostnost při přípravě jídla
- Strach jíst mimo domov – nemocní mají strach, že na jiném místě nebude vhodná strava
- Strach z jídla, které je připravené ostatními
- Při nakupování nemocní dlouho studují složení jednotlivých potravin
- Cena za tyto potraviny je vyšší (McGregor, 2019).

4.3.6 Drunkorexie

Drunkorexie je poměrně nově popsána porucha příjmu potravy, při které dochází ke snižování příjmu potravy s cílem redukovat příjem energie v ní obsažené tak, aby se vykompenzoval energetický příjem způsobený pitím alkoholu (Papežová a kol., 2010).

Dle Procházkové a Sladké – Ševčíkové (2017) až 30 % dívek redukuje příjem jídla tak, aby mohly později bez výčitek vypít více alkoholu. Ty se dostávají až později s vystřízlivěním organismu. Během opilosti je totiž snaha o kontrolu sebe sama v požívání potravin značně omezena.

Velkým nebezpečím drunkorexie je však to, že pokud není v žaludku žádná potrava, alkohol se začne rychleji projevovat a jeho účinek je silnější. Dalším úskalím je pak i míchání alkoholu s energetickými nápoji, při kterém se mnohem více zatěžuje činnost oběhového systému a srdce a může dojít ke kolapsovým stavům (Procházka, 2014).

4.3.7 Bigorexie

Bigorexie je mnohem častěji spojována s muži než se ženami, kdy je u nich projevováno nadměrné úsilí o tělesnou kondici, sílu a tělesné proporce. Obyčejně se tak vidí jako fyzicky neatraktivní a slabí (Procházková a Sladká – Ševčíková, 2017).

Takoví muži si povětšinou pomáhají ke svému vysněnému stavu užíváním nejrůznějších medikamentů a doplňků stravy, které jim mají dodávat dostatek energie na posilování a také dle Papežové a kol. (2010) podpořit růst svalové hmoty.

Rizikem této poruchy je především zatěžování organismu a poškozování pohybového aparátu nadváhou a extrémním cvičením. Další komplikací je nedostatek vyvážené stravy a z toho plynoucí zdravotní důsledky (Procházka, 2014).

4.3.8 Pregorexie

Někdy uváděna jako anorexie v těhotenství, ale podle Papežové a kol. (2010) nemusí být anorexie v době před otěhotněním u ženy diagnostikována. Jedním z možných příznaků pregorexie může být absence obvykle očekávaného nárůstu hmotnosti v období těhotenství, intenzivní cvičení a opět zvýšený zájem o kalorickou hodnotu konzumované stravy (Promises Behavioral Health, 2013).

Důsledky této poruchy jsou závažné, jelikož mohou vést k nedostatečné výživě plodu, a tím pádem k jeho poškození, předčasnému nebo komplikovanému porodu či dokonce ke smrti těhotné (Papežová a kol., 2010).

4.4 Obtíže v důsledku poruch příjmu potravy

U všech výše zmiňovaných PPP je narušen vztah k jídlu nebo jeho pojetí. Snaha regulovat příjem potravy různými způsoby a napomáhat si ke zvýšení / snížení tělesné hmotnosti vede dříve či později k nejrůznějším obtížím. Na jejich případné prohlubování má vliv především délka trvání onemocnění PPP a také to, jaké metody pacient využívá k dosažení kýženého efektu.

Mezi nejzávažnější důsledky patří různé zdravotní a psychické obtíže a komplikace v běžném sociálním životě. Jejich stručný výčet vychází z Papežové (2003, 2010), Krcha (2002, 2003, 2005), Leibolda (1995) a Procházkové a Sladké – Ševčíkové (2017).

Zdravotní důsledky

- Narušení reprodukčních schopností, porucha menstruačního cyklu, ztráta libida, poruchy sexuality
- Komplikace v případném těhotenství – narušení vývoje plodu nebo jeho smrt
- Poruchy trávicího cyklu – zácpy, nadýmání, bolesti břicha
- Poruchy opěrného aparátu – úbytek kostní hmoty a snižování její kvality
- Změny v kvalitě kůže
- Změny v kvalitě ochlupení a vlasů, příp. jejich ztráta
- Změny v dutině ústní – záněty, zvýšená kazivost zubů nebo jejich ztráta

Psychické obtíže

- Změny nálad, apatie, nezájem o dříve atraktivní činnosti
- Zpomalení myšlenkových pochodů
- Myšlenky směřující k jídlu – od odporu k jídlu až po touhu po přejídání
- Snížení koncentrace
- Nespavost
- Nadměrná sebekritika

Sociální důsledky

- Sociální izolace – postupné přerušování veškerých kontaktů
- Obtíže ve společenském životě a mezilidských vztazích – problémy s navazováním a udržováním kontaktů
- Obtíže v partnerském životě – ztráta zájmu od druhé poloviny

4.5 Léčba poruch příjmu potravy

Neexistuje jednotný a jediný správný pohled na léčbu PPP, jelikož se jedná o psychické onemocnění, při jehož léčení v pokročilé fázi nemoci je potřeba významného zásahu interní medicíny. V počátečních fázích si nemocný nemusí ani své onemocnění připustit, a proto je velmi složité pacienta do jakékoli léčby zapojit (Leibold, 1995).

Než se samotná léčba zahájí, je u některých nemocných, u nichž onemocnění přešlo do akutní podoby, třeba zásah ve smyslu záchrany života. V pokročilých fázích PPP totiž dochází k selhávání základních životních funkcí. V některých případech je ale i na tuto pomoc již pozdě. Dle zkoumání Papežové a kol. (2010) přibližně 10 % pacientů v důsledku PPP umírá. Mezi varovné signály patří např. slabost, dehydratace, ztráty vědomí, křeče, neschopnost vstát a také snížení váhy pod 40 kg (tamtéž, 2010).

Ve chvíli, kdy je zdravotní stav pacienta stabilizován, dochází nadále i k základní medicínské terapii, která má za cíl léčbu funkčního schématu těla. Tj. podávání chybějících minerálů a vitaminů, podpůrnou péči o trávicí trakt a detoxikaci organismu od nadužívaných léků. Cílem této fáze je minimalizovat další poškození organismu vlivem PPP (Krch, 2003).

Na základě doporučení ošetřujícího lékaře je zvolena léčba pobytová nebo ambulantní, popř. další možné způsoby léčby.

Hospitalizace

K hospitalizaci se přistupuje v případech, kdy se zdravotní stav pacienta vážněji zhorší, dále tehdy, kdy jiná ordinovaná péče nepřináší lepší výsledky, pacient nespolupracuje, prostředí nemocného je nevhodné pro léčbu PPP, či se objevují další přidružené obtíže, např. sebepoškozování (Krch, 2005). Sebepoškozování lze charakterizovat jako „autoagresivní chování, které na rozdíl od sebevraždy nemá fatální následky, jehož cílem není smrt, a lze jej chápat jako odpověď na jinak nezvládnutelný akutní chronický stres“ (Platznerová, 2009, s. 7).

Pobyt na psychiatrických odděleních dle Kocourkové (1997) trvá přibližně tři měsíce, než se stav natolik stabilizuje, že je možná režimová úprava. Autorka rovněž zmiňuje, že v této fázi léčby je naprosto zásadní týmový přístup k řešení problému, jelikož nejde jen o obtíže zdravotního rázu, ale pozornost by měla být věnována i péči psychologické, popřípadě i vztahové.

Ambulantní péče

Ambulantní péče spočívá v pravidelných návštěvách specializovaných zařízení, které by měly napomáhat ke zvládnutí nepříznivého stavu (např. interní oddělení, gynekologie, stomatologie, ...). Tato forma péče ale není vhodná pro všechny pacienty. Doporučuje se u těch, kteří jsou motivovaní a při léčbě spolupracují, nemají jiné závažnější příznaky a mají podporující rodinné prostředí. Důležitou složkou ambulantní péče je pomoc psychologická, která má stabilizovat stav nemocného, motivovat ho ke změně postojů ve vnímání vlastního těla a pochopení důležitosti péče o vlastní zdraví (Papežová a kol., 2010).

Psychoterapie a psychoedukace

Obě možnosti další péče jsou realizovány na základě rozhodnutí ošetřujícího lékaře. Nemocnému je vždy ve všech variantách přístupu k léčení PPP zdůrazňován zdravotní dopad takového rizikového chování a možnosti léčby tzv. psychoedukace (Krch, 2005).

Pravidelná sezení s psychoterapeutem mají nemocným pomoci pochopit příčiny vzniku nemoci, včetně možných a dříve neuvědomovaných souvislostí (Procházková a Sladká – Ševčíková, 2019). Psychoterapeut nejčastěji pracuje tak, že nemocným pokládá otázky, na které pacient, pokud spolupracuje, odpovídá a svými odpověďmi se tak dobírá k myšlenkám,

kteřé by ho do tč doby nenapadly a vytvřřř jimi tak prostor, aby nad nimi dřle intenzivnř přemřřlel. Cřlem psychoterapie je tedy to, aby sřm pacient přřšel na mořžnost řešenř danř situace sřm (Caby, 2014).

Rodinnř terapie

Cřlem dalřř mořžnosti lřčby PPP a přřce s nemocnřmi je zapojenř nejbliřřřho okolř a vytvořit jim tak ideřlnř prostředř pro zvlřdnuř onemocnřnř. Jedinř přřznivř a chřpajřcř prostředř mřře dřle napomoci v pčci o nemocnř, a podpořit tak dalřř terapie, kterř absolvujř (Caby, 2014).

Rodinnř terapie takř pomřřhř ostatnřm řlenřm domřcnosti vyrovnat se s nemocř svřho blřzkřho, majř zde mořžnost zřskat dalřř informace a sdřlet svř obavy s ostatnřmi. Uřř se rovnřř, jak s nemocnřm sprřvnř komunikovat a podporovat ho v jeho lřčbř (Krch, 2005).

Individuřlnř terapie

Individuřlnřch terapiř je vyuřřivřno v přřpadech, kdy je jinř forma terapie neřspřřnř. Přřpadnř kdy nemocnř odmřtř mluvit před ostatnřmi rodinnřmi přřsluřnřky. Krch (2003) zmiřuje, ře se přř individuřlnřch terapiřch mohou objevit skrytř přřřiny poruch přřjmu potravy jako napřř. třrřnř ři zneuřřivřnř.

Psychofarmakoterapie

U zřvařnřjřřch projevř PPP lze poskytovat jako dalřř mořžnosti podpory i terapie ve formř lřkř, kterř majř podpořit zlepřenř psychickřho stavu nemocnřho, tj. zmřrnit dopady negativnřch nřlad, apatie, depresř a řzkostř. U mnohřch pacientř je tato forma lřčby jen obtřřnř aplikovatelnř, protoře si svř onemocnřnř nepřřpouřřtř a lřky odmřtajř uřřivat (Papeřovř a kol., 2010).

Kognitivnř – behaviorřlnř terapie

Hlavnřm cřlem je „zvrřřenř vřhy pacienta, pozitivnř podmřřovanř napřřiklad stupņovřnřm sociřlnřch vřhod v přřbřhu hospitalizace“ (Kocourkovř, 1997, s. 102). Vřhodami jsou myřleny vychřzky s rodinou, kontakt s přřteli, nebo i pobyt doma. Dle Prařka (2007) je mořžnř kognitivnř – behaviorřlnř terapii chřpat „jako systematickř zkoumřnř konkrřtnřch chovřnř, mřřenř intenzity jednotlivřch přřznakř, nřcvik a rozvřjenř vhodnřjřřch zpřřsobř chovřnř (...) zkoumřnř a ovlivņovřnř ‚vnitřnřch‘ psychickřch procesř, napřř. zjiřřovřnř, jak

se navzájem ovlivňují emoční prožitky a kognitivní procesy (rozum a srdce)“ (Praško, 2007, s. 9).

Tato terapie je doporučována těm pacientům, pro něž není vhodná terapie rodinná, dosahují věku minimálně 16 let a mají středně vážný průběh onemocnění PPP. Cílem toho přístupu je rozeznat a popsat problém a změnit chování pacienta (Papežová a kol., 2010).

Krch (2005) popisuje základních pět fází, které pacienti kognitivně – behaviorální terapie využívají:

- Vedení záznamů o příjmu potravy, dále o případném přejídání a všech negativních myšlenkách, které vedou k nežádoucímu stavu
- Pravidelná kontrola hmotnosti
- Přeměna chování při stravování – podpora stravovacích návyků a rozšiřování repertoáru konzumovaných jídel
- Změny chybného přemýšlení o PPP
- Prevence návratu PPP

4.6 Prevence poruch příjmu potravy

PPP patří mezi další okruh rizikového chování, na něž by metodik prevence neměl zapomenout při stanovování MPP. Data z dostupných údajů Ústavu zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS) z roku 2018 hovoří jasně – v roce 2017 bylo v České republice léčeno 3 731 pacientů s nemocemi řazenými do skupiny poruch příjmu potravy, což je nárůst oproti roku 2010, kdy bylo zaznamenáno 3 421 případů. Rovněž i počet hospitalizací - 454 (vážnějších průběhů PPP) překonal rok 2010, kdy jich bylo vykázáno 363. Statistiky hovoří také o tom, že 90 % případů se jednalo o ženy, proto také nejčastější informace o PPP a prevenci jsou směřovány na ně. Ve věkovém rozložení se PPP objevily u 12 % pacientů ve věku 0–12 let, v 32 % pak ve věkovém intervalu 15–19 let, což jsou právě takové skupiny mladých lidí, kteří spadají do oblasti preventivních aktivit ve školách a školských zařízeních (ÚZIS, 2018).

Primární prevence PPP by se měla snažit snížit riziko vzniku PPP, podpořit zdravý vztah k jídlu a zdraví jako nejvyšší hodnotě v životě člověka. I přestože je to dle Krcha (2003) především práce rodiny, aby u dětí vytvářela základní stravovací návyky, v leckterých

rodinách tomu tak není. Proto škola v tomto může péči rodičů podpořit a při nefunkční rodičovské výchově částečně i zastoupit (Papežová a Hanusová, 2012).

4.6.1 Základní principy efektivní primární prevence poruch příjmu potravy

Primární prevence ve školách v oblasti PPP by měla všeobecně podporovat a informovat žáky o zdravém životním stylu, utvářet správný pohled na sebezpojetí žáků, vést je ke sportu jako možné formě odpočinku. Dále posilovat správné stravovací návyky, pomoci s výběrem zdravých a tělu prospěšných potravin. Rovněž by měla reagovat na změny tělesných proporcí v období dospívání, poukazovat na informace v médiích v souvislosti s kultem krásy a snižovat nespokojenost žáků s vlastním tělem (Papežová a kol., 2010).

Na základě praxe a realizovaných preventivních programů se jako nejefektivnější metody prevence ukázaly tyto:

- Učitelé, metodici prevence, výchovní poradci by měli mít dostatek správných a aktuálních informací o možnostech vzniku, projevech a důsledcích PPP.
- V prevenci nevyužívat prvku zastrašování a zveličování problému.
- Dostatečně dopředu připravit žáky na změny v průběhu dospívání, především s ohledem na změny v tělesných proporcích.
- Učitelé by měli žáky seznamovat s principy správného a zdravého stravování, pestrosti stravy a upozornit na rizika nadužívání určitých složek potravy.
- Učitelé by měli zdůrazňovat důležitost zastoupení některých „rizikových“ prvků potravy – především tuků a cukrů. Vysvětlit jim jejich význam v potravě a poukázat na to, že rizikem je pouze jejich nadužívání.
- Aktivně pracovat s informacemi v médiích – upozorňovat na možná zkreslení reality s využitím techniky (fotomontáže a retuše).
- Dále by měli učitelé podporovat zdravé sebevědomí žáků, nabízet jim možnosti řešení problémů. Také učit žáky, jak reagovat na možné stresové a náročné životní situace a nabízet jim možnosti relaxačních technik.
- Při realizaci preventivních aktivit vhodně volit jednotlivé metody tak, aby nebyly vodítkem pro případné rizikové chování, např. seznámení s možnými způsoby redukce váhy.

- A v neposlední řadě podporovat zdravé stravovací návyky ve škole – dbát na dodržování dostatečného časového prostoru pro konzumaci jídel (Krch, 2005; Papežová, 2012; Švédová a Míčová, 2010).

4.6.2 Odhalování poruch příjmu potravy ve škole

Učitelé jsou vedle své pedagogické činnosti také v kontaktu s žáky a studenty v méně formálnějších situacích. A právě ty jim přirozeně umožňují sledovat nápadnosti určitých projevů chování, které by mohly značit případné riziko. U PPP se nejčastěji můžeme setkávat s následujícími projevy:

- Ztráta zájmů o původně vyhledávané činnosti
- Kladení důrazu na vzhled žáka – časté sledování sama sebe
- Změna preferencí oblečení – nejdříve oblečení zvýrazňující váhový úbytek, později oblečení opačného druhu
- Celkové zhoršení zdravotního stavu – změny v kvalitě vlasů a kůže
- Častější absence
- Změny v hmotnosti
- Postupná izolace od ostatních spolužáků a ztráta zájmu o kontakty
- Změny ve stravovacích návycích – menší porce jídla, pomalá / rychlá konzumace jídla, vybíravost v jídle, vyhazování svačin a obědů
- Časté a dlouhé návštěvy toalety především po jídle
- Zimomřivost (Švédová a Míčová, 2010).

Při zjištění těchto signálů by daný učitel měl informovat metodika prevence, školního psychologa, či výchovného poradce. Dle doporučení z Příručky pro pomáhající profesie (2012) by se v řešení takového problému měl angažovat pouze jeden učitel, a to takový, který má k žákovi vztah, případně je s ním také o daném problému schopen konstruktivně hovořit.

Na rozhovor by se učitel měl jednoznačně připravit, měl by probíhat v klidném a nerušeném prostředí, v němž bude žák chtít o svých obtížích mluvit. Při zahájení rozhovoru by měl učitel žákovi sdělit své pocity, podezření, ale také obavy. Dále pokládat takové otázky, aby dítě cítilo skutečný zájem ze strany učitele a dále s ním chtělo spolupracovat. Na konci

rozvoru by také měl jednoznačně stvrdit další postup práce a navrhnout možné způsoby řešení. Učitel by také žákovi měl sdělit, jak bude postupovat on ve smyslu kontaktování rodičů, protože žádná taková činnost by neměla probíhat za zády dítěte. Učitel by tak ztratil jeho důvěru (Papežová a Hanusová, 2012).

Pokud dojde ke kontaktu s rodiči, je rovněž třeba být na setkání s nimi připraven. Důležité je rodičům sdělit všechny dostupné informace a podezření a vysvětlit další možné způsoby řešení situace – odkázat je na ošetřujícího lékaře dítěte a případně předat další kontaktní údaje na specializovaná zařízení (tamtéž, 2012).

Pokud bude následnými vyšetřeními diagnóza potvrzena, je třeba určitým způsobem upravit docházku dítěte do školy, např. vynechat hodiny tělesné výchovy z důvodu dalších zdravotních komplikací, které by se mohly následně objevit. Dále zajistit určitá režimová opatření ve smyslu kontroly nad stravováním žáka ve škole. Zamyslet se i nad úpravou podmínek hodnocení takového žáka a nevytvářet pro něj zbytečné stresové situace při případném doplňování klasifikace. Dále by mělo dojít k redukci časově omezených úkolů. Samozřejmostí je i to, že by o problému měli mít dostatek informací všichni pedagogové daného žáka a měli by k němu přistupovat s přiměřenou dávkou empatie (Novák, 2010).

4.6.3 Organizace poskytující pomoc v oblasti poruch příjmu potravy

Na poli prevence existuje množství společností, které se mimo jiné zabývají i problematikou poruch příjmu potravy. Jejich služeb lze využít jak v oblasti prevence, tak i v případech odborné pomoci při výskytu PPP.

Anabell, z. ú.

Jednou z nejznámějších neziskových organizací, které pracují s problematikou PPP, je Anabell. Vznikla v roce 2002 v Brně, nyní má pobočky v Praze a Ostravě. Hlavní její poslání spočívá v podpoře osob s PPP, a to buď přímo prostřednictvím velkého množství odborníků (psychoterapeuti, nutriční terapeuti, psychologové a sociální pracovníci), ale také nepřímo. V tomto ohledu cílí svou práci na pedagogy, zdravotníky, rodiče a jiné blízké, kteří mají ve svém okolí někoho s PPP nebo se chtějí v této oblasti vzdělávat.

Mezi základní poskytované služby patří internetové poradenství, telefonická krizová pomoc (Linka Anabell), Terapeutická centra, Služby následné péče a knihovna, která poskytuje

nejrůznější příručky zdarma. Organizace je taky velmi aktivní v oblasti dalšího vzdělávání pedagogů a jako externí organizace se zapojuje do preventivních programů na základních a středních školách, i odborných seminářů na vysokých školách (Centrum Anabell, 2019).

Centrum pro diagnostiku a léčbu poruch příjmu potravy Psychiatrická klinika 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze

Centrum bylo založeno v roce 1983 a nabízí tři formy péče o pacienty s PPP:

- Lůžkové specializované oddělení pro léčbu poruch příjmu potravy, které poskytuje pomoc při závažných a akutních stavech. Z důvodu omezené kapacity zařízení neumožňuje poskytnout péči ihned (čekací doba je přibližně od jednoho týdne do tří měsíců). Pacienti prochází pracovním, terapeutickým, jídelním a sociálním programem. Podmínkou účasti v tomto typu zařízení je dobrovolné zapojení nemocného do léčby.
- Denní stacionář pro pacienty s poruchou příjmu potravy. Tento typ péče umožňuje návštěvy zařízení na denní bázi a taková péče je doporučována pro ty pacienty, kteří prošli léčbou v lůžkovém oddělení. Podmínkou účasti je opět dobrovolnost a hranice BMI nad hodnotou 16.
- Specializovaná ambulantní péče je realizována v některých případech jako další následná péče pro předchozí dva zmíněné typy léčby. V této formě se na základě úvodní konzultace s lékařem poskytuje nutriční a psychologické poradenství, hledá se vhodná forma terapie a další péče s důrazem na prevenci relapsu PPP (Centrum pro diagnostiku a léčbu PPP, 2019).

Dětská psychiatrická klinika 2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice Motol

Tato klinika se zabývá péčí o pacienty do věku 18 let, proto péče u stabilizovaných pacientů s ohledem na povinnou školní docházku probíhá tak, že v průběhu dopoledne se pacienti společně se speciálními pedagogy učí a v odpoledních hodinách následují pravidelná sezení s psychoterapeuty a dalšími odborníky (Dětská psychiatrická klinika 2. LF UU a FN Motol, 2020).

5 Průzkum realizace preventivních aktivit na základních školách

Praktická část diplomové práce se zabývá průzkumem mezi školními metodiky prevence na základních školách v Praze 8. Pro účely této práce byla zvolena metoda anonymního dotazníkového šetření.

Otázky byly zaměřeny na osobnost metodika prevence, jeho vzdělání a délku praxe na této pozici, dále na realizované preventivní aktivity v oblasti PPP v rámci výuky i v rámci jednotlivých preventivních programů. Zkoumanou oblastí bylo také povědomí metodiků prevence a učitelů na jejich škole o PPP a o organizacích, které jim v případě obtíží mohou poskytovat pomoc.

5.1 Cíle výzkumu

Výzkum cílí na způsoby realizace preventivních aktivit v rámci programu primární prevence v oblasti PPP. Pozornost byla zaměřena zejména na vyváženost samostatných preventivních programů na straně jedné vs. prevence realizované průběžně v rámci školního vzdělávacího programu na straně druhé.

Dalším cílem výzkumu bylo zmapovat stav samotné informovanosti metodiků prevence a pedagogů v jejich školách o problematice PPP.

Hlavním cílem bylo zjistit, jak jsou realizované preventivní aktivity v rámci programů primární prevence v oblasti PPP.

- **Hlavní výzkumná otázka:** Jak realizujete preventivní aktivity v rámci programů primární prevence v oblasti PPP?

Dílčím cílem bylo zjistit, v jakých předmětech je dále prevence PPP realizována a jak jsou informováni samotní metodici prevence a pedagogové v jejich školách o problematice PPP.

- **Dílčí výzkumné otázky:**
 1. V jakých předmětech realizujete prevenci PPP?
 2. Orientují se školní metodici prevence v problematice PPP?
 3. Orientují se ostatní pedagogové v problematice PPP?

Východiskem pro tyto otázky byly nejrůznější nabídky vzdělávacích agentur a neziskových organizací, které ke mně, jako metodikovi prevence, směřovaly. Vždy se především

zabývaly problematikou násilí, agrese, šikany a kyberšikany. V nabídkách nebývá oblast prevence PPP zastoupena, i přestože se na metodických setkáních a odborných konferencích toto téma velmi často diskutuje. I již uváděné argumenty (viz kapitola 4.6 – Prevence poruch příjmu potravy) ze statistik ÚZIS hovoří o tom, že je diagnostikováno stále více případů spadajících do kategorie poruch příjmu potravy.

5.2 Metodika dotazníkové šetření

Ke sběru dat do této diplomové práce bylo použito dotazníkové šetření, které bylo anonymní a byl k němu využit internetový portál www.surveio.cz. Tyto stránky v základní nezpлатněné verzi poskytují prostředí pro vytváření online dotazníků. Za běžných okolností (s ohledem na pandemii v souvislosti s onemocněním Covid-19) by dotazníkové šetření probíhalo při některém z pravidelných setkání metodiků prevence, které pořádá Pedagogicko-psychologická poradna pro Prahu 7 a 8.

Výzkumným vzorkem byli metodici prevence, kteří působí na základních školách a nižších gymnáziích v městské části Prahy 8. Tato městská část byla s ohledem na působení autorky práce vybrána úmyslně, aby bylo možné porovnat výsledky na jednotlivých školách a aby případné výsledky mohly být reflektovány právě na některém z metodických setkání.

Metodici prevence byli osloveni prostřednictvím emailu (Příloha č. 6 – Průvodní dopis metodikům prevence). Zapojení do dotazníkového šetření bylo zcela dobrovolné a metodici prevence mohli autorku požádat o výsledky dotazníkového šetření. Žádný takový metodik však nabídky nevyužil. Není možné přesně zjistit, jaká byla návratnost dotazníků, jelikož jednotliví metodici prevence nejsou nikde evidováni. Jejich počet a zastoupení jednotlivými pedagogy se v průběhu školního roku totiž může měnit. Další komplikací je i to, že na některých školách působí více metodiků prevence, protože mají oddělenou působnost na 1. a 2. stupeň, nebo se v některých případech jedná i školy s více pracovišti. Na základě těchto uvedených důvodů nelze zjistit přesný počet zapojených škol. Pro stanovení relevantnosti dotazníkového šetření si autorka stanovila minimální počet 15 vyplněných dotazníků. Dotazníkové šetření proběhlo v březnu 2021 a výzkumu se zúčastnilo celkem 18 respondentů, kteří odevzdali kompletně vyplněné dotazníky.

Dotazník je jedna z nejčastějších metod při empirickém výzkumu tzv. na základě zkušeností, která je v pedagogické praxi hodně rozšířená, jelikož lze poměrně rychle získat data a snadno (podle volby otázek) je vyhodnotit a měřit (Pelikán, 2011). Gavora (2010) zmiňuje, že dotazník je „způsob písemného kladení a otázek a získávání písemných odpovědí“ (s. 121). Dotazníky by měly být strukturovány na základě volby respondentů, otázky jasně formulovány a dotazník by měl být opatřen průvodními informacemi, k čemu bude sloužit.

Pro práci byla zvolena forma anonymního dotazníku tak, aby metodici prevence mohli odpovídat skutečně dle jejich preference, pravdivě a uvolněně. Otázky byly v některých případech uzavřené s předem připravenými odpověďmi (např.: 1, 2, 3, 5, ...), v dalších pak odpovídali na základě polouzavřených odpovědí, kdy některé z nich bylo možné si vybrat, ale v případě, že neodpovídala preferenci, bylo možné dopsat odpověď vlastní, tj. výběrová otázka s textovou odpovědí (např.: 4, 6, 7, 8, ...). V několika variantách (např.: 11, 20, 21, 22, 23, ...) byly cíleně zvoleny pouze možnosti otevřených odpovědí, protože případné varianty mohly být návodné, nebo nemohly vystihnout celou škálu možných odpovědí. V jednom případě (otázka č. 27) byla zvolena možnost řazení položek, kdy měli respondenti možnost řadit odpovědi podle své preference táhnutím položky nad či pod položku vybranou. Na otázku č. 19 odpovídali metodici prevence udělením bodů v bodové škále 1–10, která měla zjišťovat spokojenost metodiků s určitým jevem.

Dále bylo využito pro vytvoření a správu dotazníku online nástroje, který umožňuje lepší evidenci dat a zjednodušuje vyhodnocování zadaných údajů. Ale nedochází tak k přímému kontaktu s respondenty, čímž je omezena jejich motivace participovat na dotazníkovém šetření.

5.3 Vyhodnocení

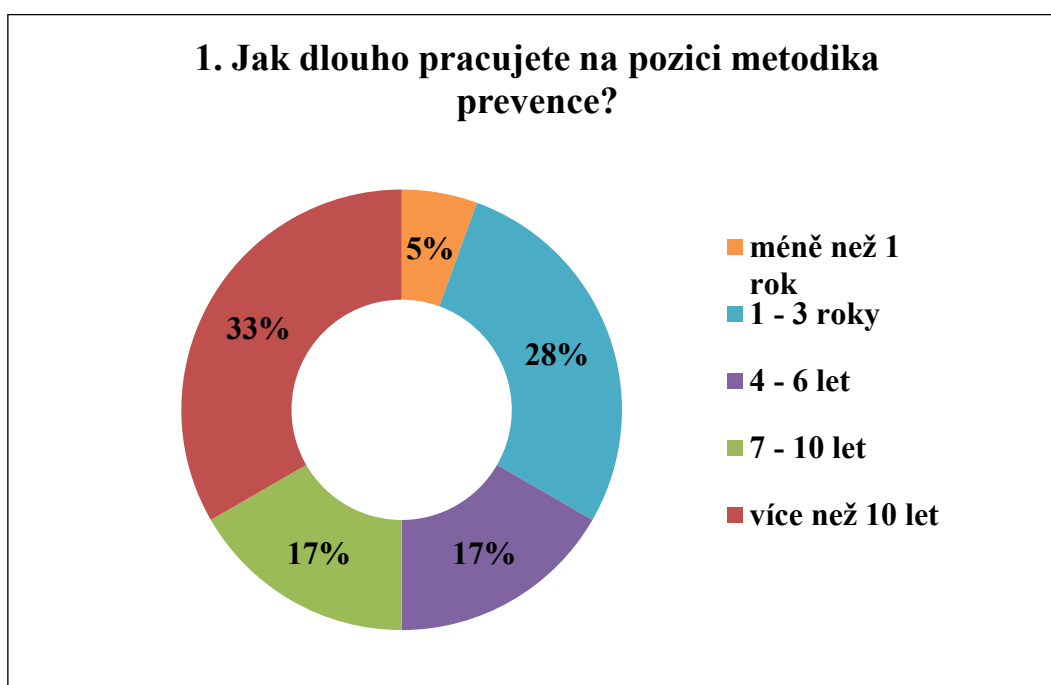
Otázky v dotazníku byly zvoleny tak, aby komplexně zmapovaly problematiku práce školního metodika prevence včetně celého pedagogického sboru v oblasti prevence PPP. Cílem bylo získání informací celkem v sedmi hlavních oblastech:

- Základní informace o školních metodických prevence
- Možné limitující faktory práce
- Poruchy příjmu potravy – výskyt, detekce, informovanost

- Konkrétní realizace preventivních programů
- Hodnocení realizací preventivních programů
- Financování preventivních programů
- Spolupráce a informovanost pedagogického sboru.

Základní informace o školních metodických prevence

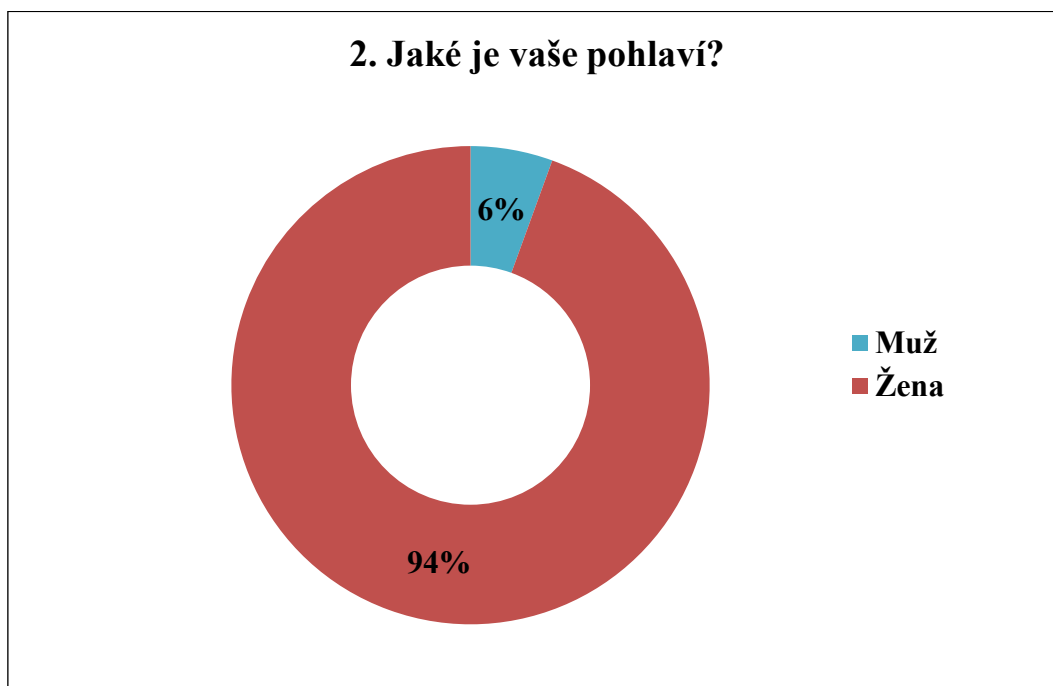
První skupina otázek dotazníku byla zaměřena na základní údaje o respondentech. Zjišťovalo se, jak dlouho metodici prevence pracují na své pozici, jaká je jejich věková struktura, zda mají ukončené studium k výkonu specializovaných činností podle § 9 vyhlášky č. 317/2005 Sb. a jaké je ve zkoumaném vzorku zastoupení mužů a žen.



Graf č. 1 – otázka č. 1 – Jak dlouho pracujete na pozici metodika prevence? Zdroj: vlastní šetření.

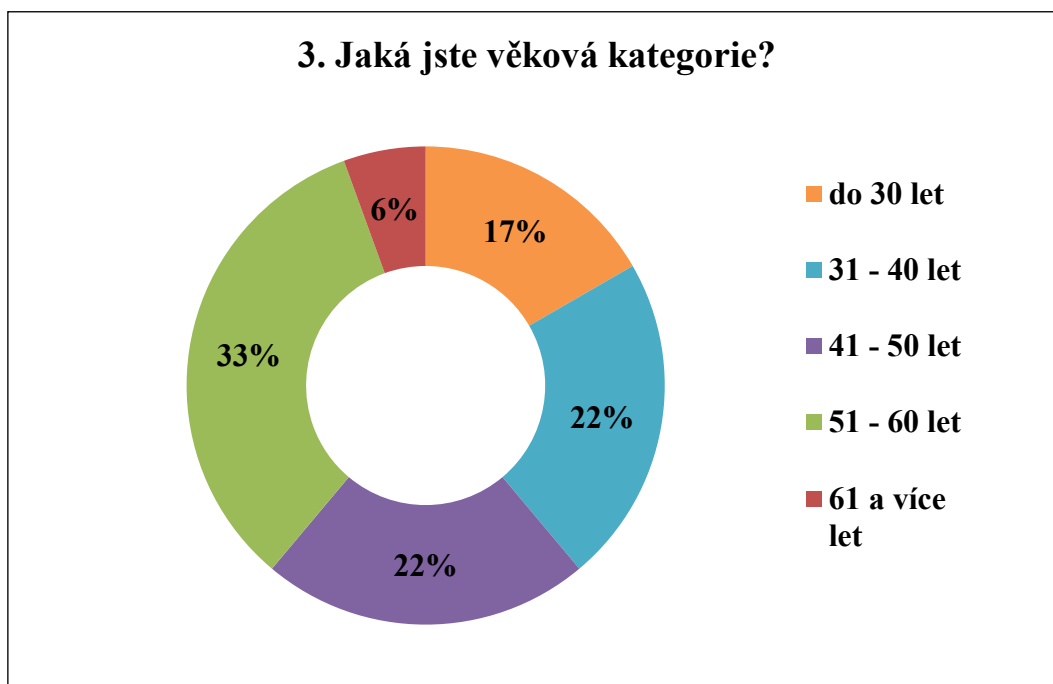
Graf č. 1 ukazuje procentuálně rozdělenou dobu, po kterou metodici prevence (18) působí na své pozici. Volbu méně než jeden rok vybralo 5 % dotázaných (1 odpověď), 28 % metodiků (5) zastává pozici 1-3 roky, 4-6 let volilo 17 % respondentů (3), stejný podíl pracuje na pozici 7-10 let (3) a největší skupinu 33 % (6) tvoří metodici pracující na pozici více než 10 let. V grafu je možno si všimnout dvou silných skupin. Jsou to pracovníci

zastávající pozici déle než 10 let a naopak pracovníci, kteří činnost metodika prevence vykonávají krátce 1–3 roky.



Graf č. 2 – otázka č. 2 – Jaké je vaše pohlaví? Zdroj: vlastní šetření.

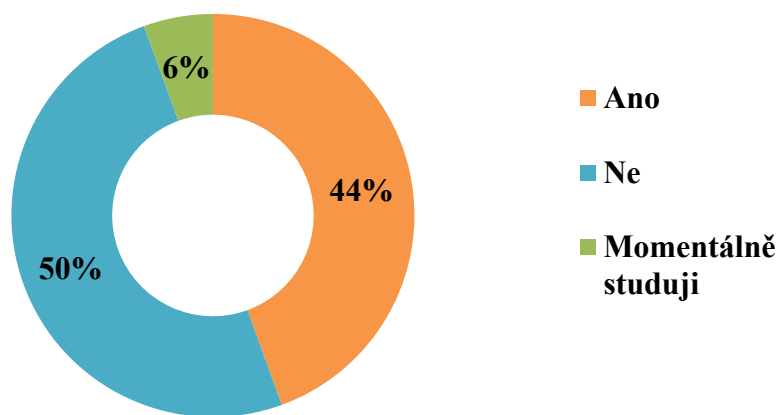
Z grafu č. 2 je zřejmé, že na pozici metodika prevence (18 odpovědí) pracují převážně ženy, a to v 94 % případů (17 respondentů), zatímco muži pouze v 6 % (1).



Graf č. 3 – otázka č. 3 – Jaká jste věková kategorie? Zdroj: vlastní šetření.

Pozici metodika prevence na základě odpovědí (18) na otázku č. 3 zastávají pedagogové ve věkovém rozmezí do 30 let ze 17 % (3 odpovědi), 31-40 let z 22 % (4), stejný podíl má věková kategorie 41-50 let (4). Největší skupinou jsou pracovníci ve věku 51-60 let, kteří tvoří 33 % respondentů (6). Metodiků starších 61 let je 6 % dotázaných (1).

5. Máte ukončené akreditované studium k výkonu specializovaných činností pro školní metodiky prevence (§ 9 vyhlášky č. 317/2005 Sb.)?



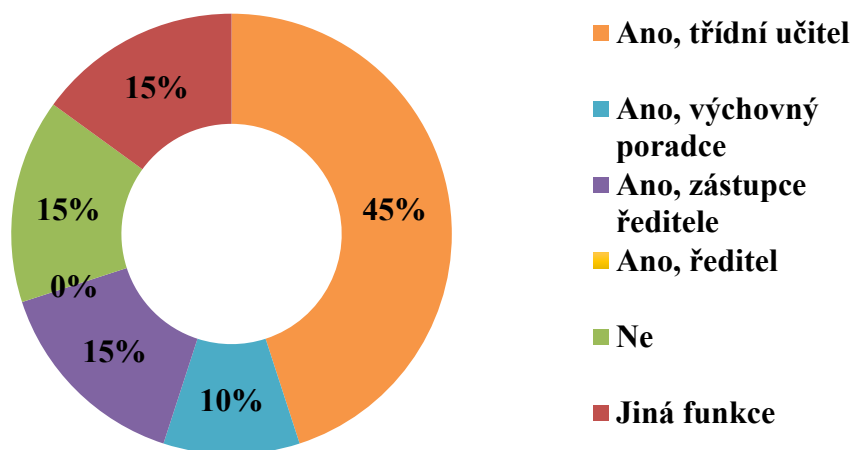
Graf č. 4 – otázka č. 5 – Máte ukončené akreditované studium k výkonu specializovaných činností pro školní metodiky prevence (§ 9 vyhlášky č. 317/2005 Sb.)? Zdroj: vlastní šetření.

Dle grafu č. 4 školní metodici prevence (18) mají ukončené akreditované studium k výkonu specializovaných činností pro metodiky prevence z 44 % dotázaných (8 odpovědí), 6 % respondentů (1) momentálně studuje a 50 % účastníků dotazníku takové vzdělání nemá (9).

Možné limitující faktory práce

Následující tři otázky jsou zaměřeny na existenci faktorů, které by mohly ovlivňovat práci školních metodiků prevence. V dotazníku bylo zacíleno na další funkce, které metodici vedle své práce zastávají, jakou kombinaci předmětů vyučují a jaké největší komplikace sami při své práci vidí.

4. Zastáváte na vaší škole, mimo školního metodika prevence, také nějaké další funkce?

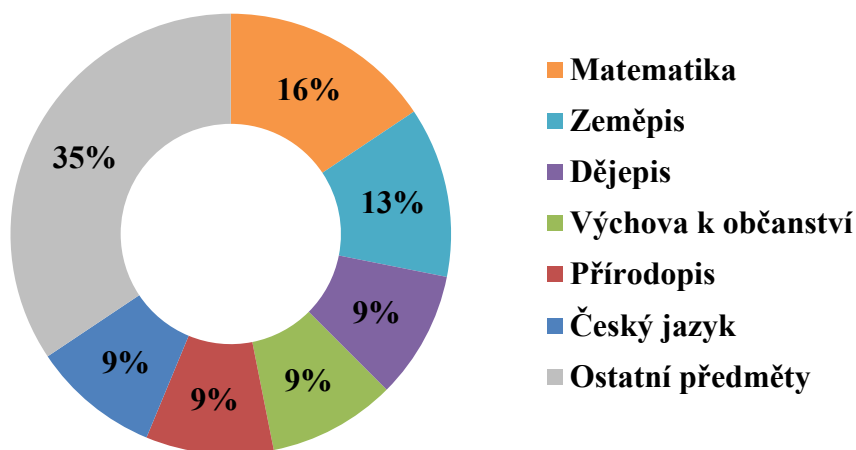


Graf č. 5 – otázka č. 4 – Zastáváte na vaší škole, mimo školního metodika prevence, také nějaké další funkce?
Zdroj: vlastní šetření.

V následující otázce bylo od 18 respondentů získáno celkem 20 odpovědí. Jeden školní metodik prevence totiž zastává další 3 funkce (třídní učitel, výchovný poradce a zástupce ředitele). Z grafu č. 5 je tedy vidět, že metodici prevence v největším podílu 45 % (9 odpovědí) zastávají dále funkci třídního učitele, z 10 % funkci výchovného poradce (2) a 15 % respondentů pracuje na pozici zástupce ředitele (3). Ředitele školy nevykonává žádný z dotázaných metodiků prevence (0) a žádnou další přidruženou funkci uvedlo 15 % účastníků (3). V 15 % byly uvedeny jiné tři funkce:

- metodické vedení prvního stupně 5 % (1)
- vedoucí školní družiny 5 % (1)
- učitelka druhého stupně 5 % (1).

6. Jaká je kombinace předmětů, které na vaší škole vyučujete?



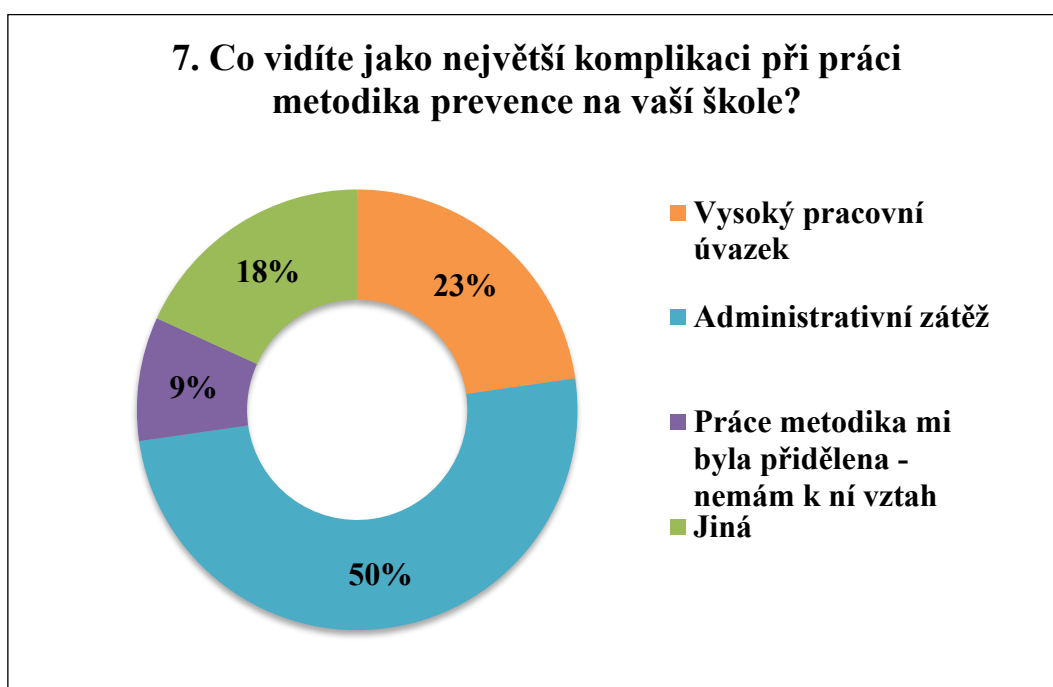
Graf č. 6 – otázka č. 6 – Jaká je kombinace předmětů, které na vaší škole vyučujete? Zdroj: vlastní šetření.

Další otázka umožňovala zadat volné odpovědi metodiků prevence a týkala se kombinací vyučovaných předmětů. Zde je potřeba podotknout, že kombinace předmětů vždy neodpovídá aprobaci daných učitelů, protože na jednotlivých stupních škol nelze vždy daných aprobací využít. Proto leckdy učitel přibírá i předmět neaprobované.

Graf č. 6 tedy uvádí zastoupení jednotlivých předmětů ve volných odpovědích respondentů. Od 18 účastníků dotazníkového šetření bylo získáno celkem 32 odpovědí. Dotázaní metodici prevence nejčastěji vyučují matematiku v 16 % případů (5 odpovědí), zeměpis ve 13 % (4), dějepis (3), výchovu k občanství (3), přírodopis (3) a český jazyk po 9 % (3). Největší podíl 35 % (11) tvoří skupina ostatních předmětů, které dotázaní uvedli pouze jednou:

- družina (1)
- stupeň (1)
- speciální pedagogická péče (1)
- logopedická péče (1)
- výtvarná výchova (1)
- hudební výchova (1)

- chemie (1)
- finanční a ekonomická gramotnost (1)
- němčina (1)
- fyzika (1)
- informační technologie (1).



Graf č. 7 – otázka č. 7 – Co vidíte jako největší komplikaci při práci metodika prevence na vaší škole? Zdroj: vlastní šetření.

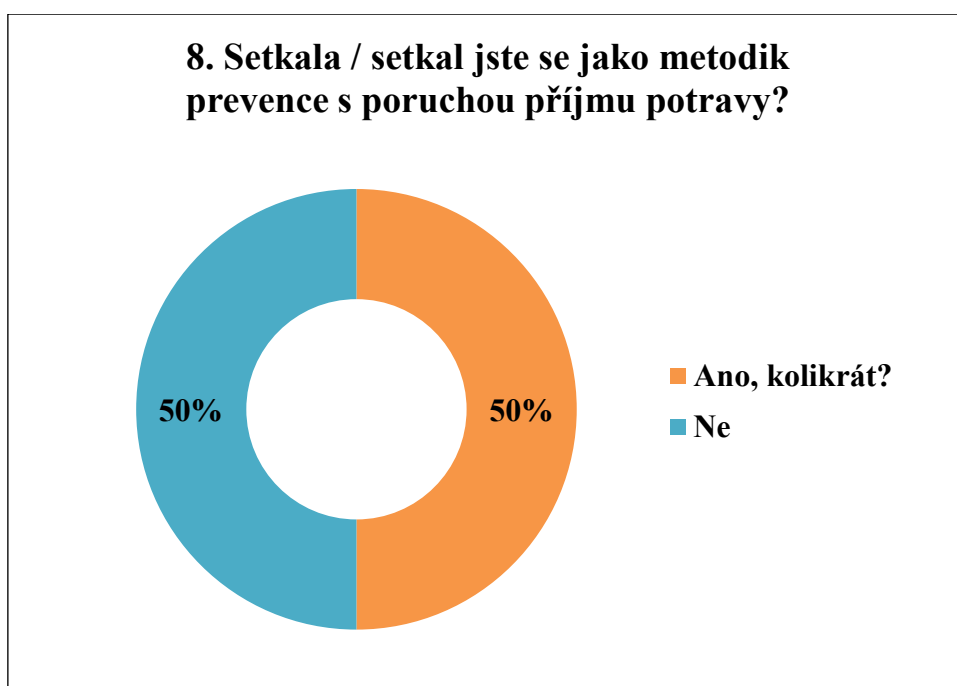
V následující otázce bylo od 18 respondentů získáno celkem 22 odpovědí. Poslední graf č. 7 z druhé oblasti tedy ukazuje, co metodici prevence považují sami za největší komplikace v jejich práci. Ukazuje se, že nejkomplicovanějším aspektem je v 50 % administrativní zátěž (11 odpovědí) vyplývající z vyhlášky č. 72/2005 Sb. 23 % dotázaných (5) uvedlo komplikace spojené s vysokým pracovním úvazkem, 9 % respondentů (2) bohužel uvedlo, že nemá k práci vztah a zbylých 18 % (4) zmínilo jiné důvody, kterými byly následující odpovědi po jednom výskytu:

- zatím se v práci moc neorientuji (1)

- nikdo jiný tuto práci dělat nechtěl (1)
- škola prevenci věnuje příliš velkou důležitost (1)
- nedostatečná podpora vedení školy (1).

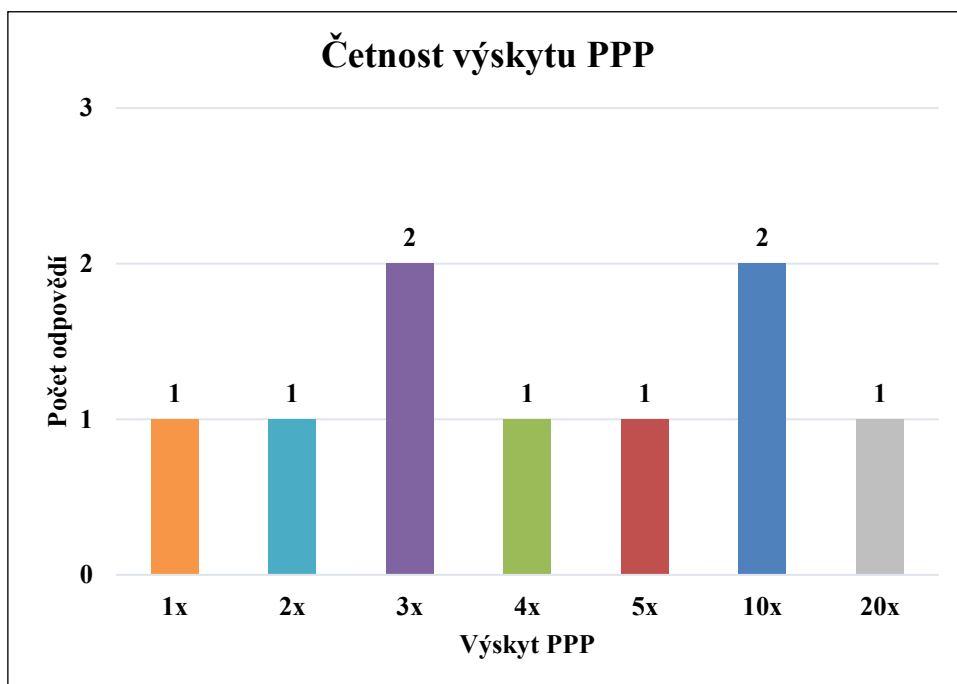
Poruchy příjmu potravy – výskyt, detekce, informovanost

Otázky 8–12 jsou zaměřeny na část dotazníku, která se již zabývá vlastními poruchami příjmu potravy. V těchto otázkách se zjišťovala zkušenost metodiků prevence s PPP, tj. zda se s nimi setkali a zda je řešili. Další sledovanou oblastí byla schopnost metodiků odhalit dotyčného žáka a poslední téma bylo zacíleno na znalost PPP a na zdroje sebevzdělávání.



Graf č. 8 – otázka č. 8 – Setkala / setkal jste se jako metodik prevence s poruchou příjmu potravy? Zdroj: vlastní šetření.

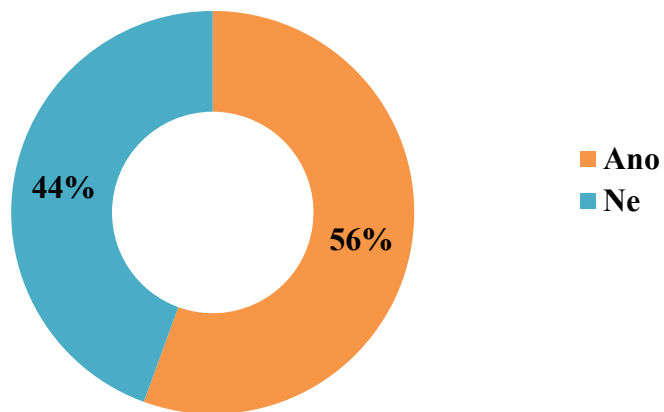
Z grafu č. 8 vyplývá, že 50 % oslovených metodiků prevence (9 odpovědí) se s poruchami příjmu potravy nesetkalo. Zbýlých 50 % respondentů (9) se s PPP setkalo; otázka dále umožňovala těmto metodikům volně doplnit informaci, kolikrát se s PPP ve své praxi setkali (viz graf č. 9).



Graf č. 9 – doplnění k otázce č. 8 – Setkala / setkal jste se jako metodik prevence s poruchou příjmu potravy? – četnost výskytu PPP. Zdroj: vlastní šetření.

Respondenti měli možnost k otázce č. 8 „Setkala / setkal jste se jako metodik prevence s poruchou příjmu potravy?“ doplnit v případě kladné odpovědi (9 metodiků), kolikrát se za svoji praxi setkali s výskytem PPP. Rozpětí odpovědí bylo velmi široké od jednoho až po dvacet výskytů. Dva dotázaní (22,5 %) se za svou praxi třikrát setkali s PPP, stejný počet (2 účastníci; 22,5 %) se setkali s PPP desetkrát. Zbytek výskytů PPP byl metodiky uveden vždy pouze jednou (11 %), jak je vidět v grafu č. 9. Jednalo se o setkání s PPP v jednom, ve dvou, ve čtyřech, v pěti a dvaceti případech.

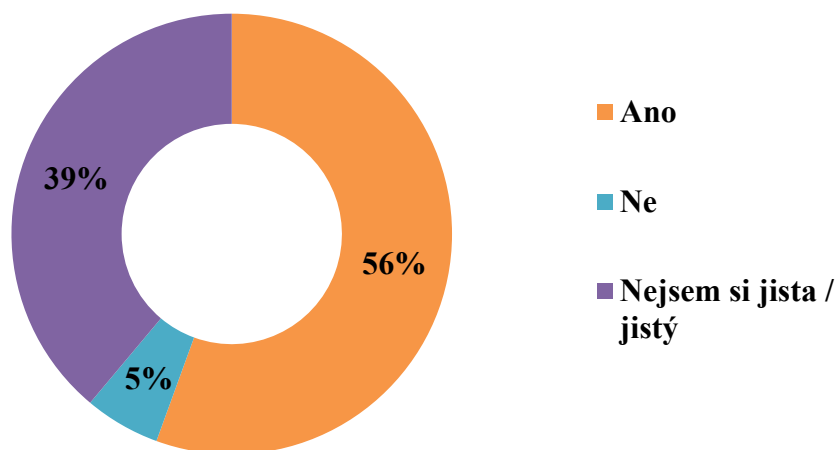
9. Řešila / řešil jste v minulých třech letech problematiku poruch příjmu potravy u žáka ve vaší škole?



Graf č. 10 – otázka č. 9 – Řešila / řešil jste v minulých třech letech problematiku poruch příjmu potravy u žáka ve vaší škole? Zdroj: vlastní šetření.

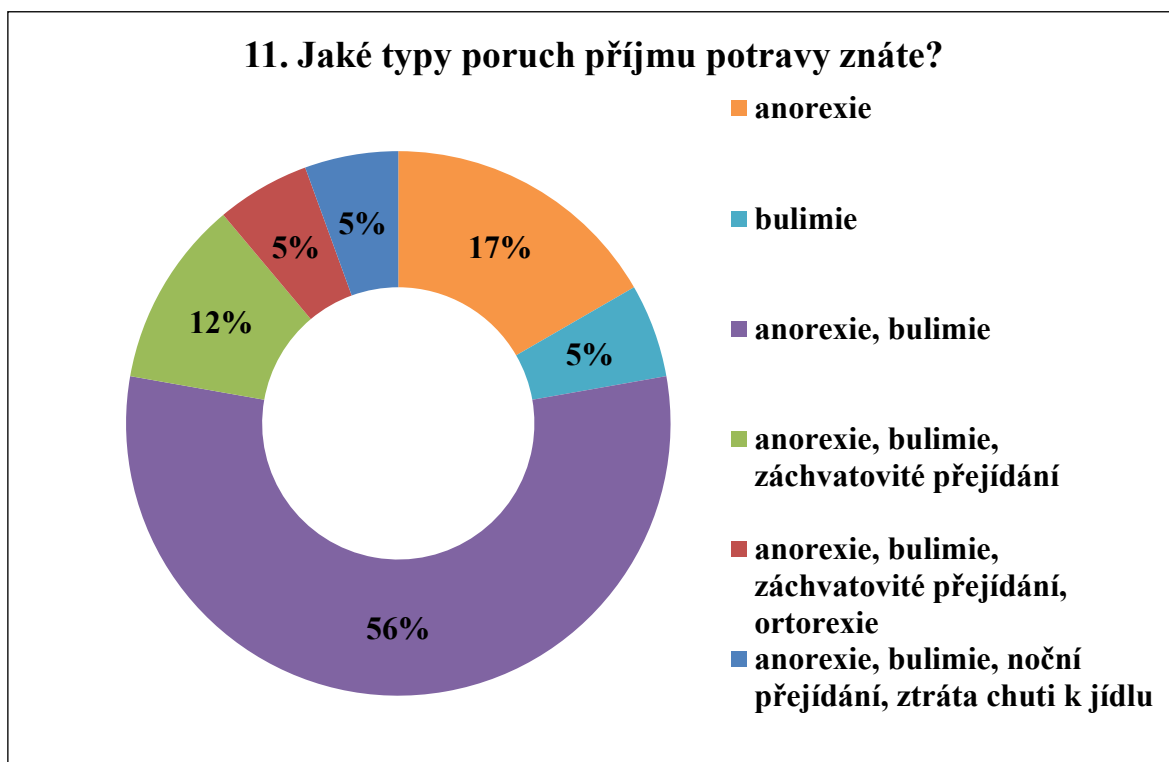
Na otázku č. 9, zda dotázaní řešili v minulých třech letech poruchy příjmu potravy, odpověděli všichni metodici prevence (18), a to v 56 % kladně (10 odpovědí) a ve 44 % záporně (8), kdy se s PPP na jejich škole nesetkali.

10. Domnívám se, že bych žáka s poruchou příjmu potravy odhalila / odhalil:



Graf č. 11 – otázka č. 10 – Domnívám se, že bych žáka s poruchou příjmu potravy odhalila / odhalil: Zdroj: vlastní šetření.

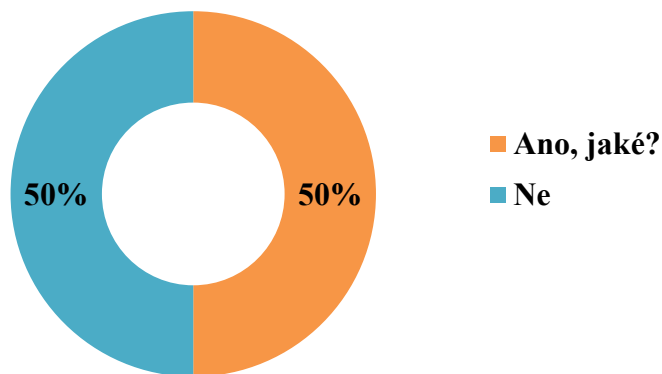
Na grafu č. 11 můžeme vidět, že metodici prevence (18) se domnívají, že by z větší části (56 %; 10 odpovědí) dokázali odhalit žáka s PPP a ve 39 % nad tímto uváděli pochybnosti (7). Pouhých 5 % respondentů (1) uvedlo, že by takového jedince odhalit nedokázalo.



Graf č. 12 – otázka č. 11 – Jaké typy poruch příjmu potravy znáte? Zdroj: vlastní šetření.

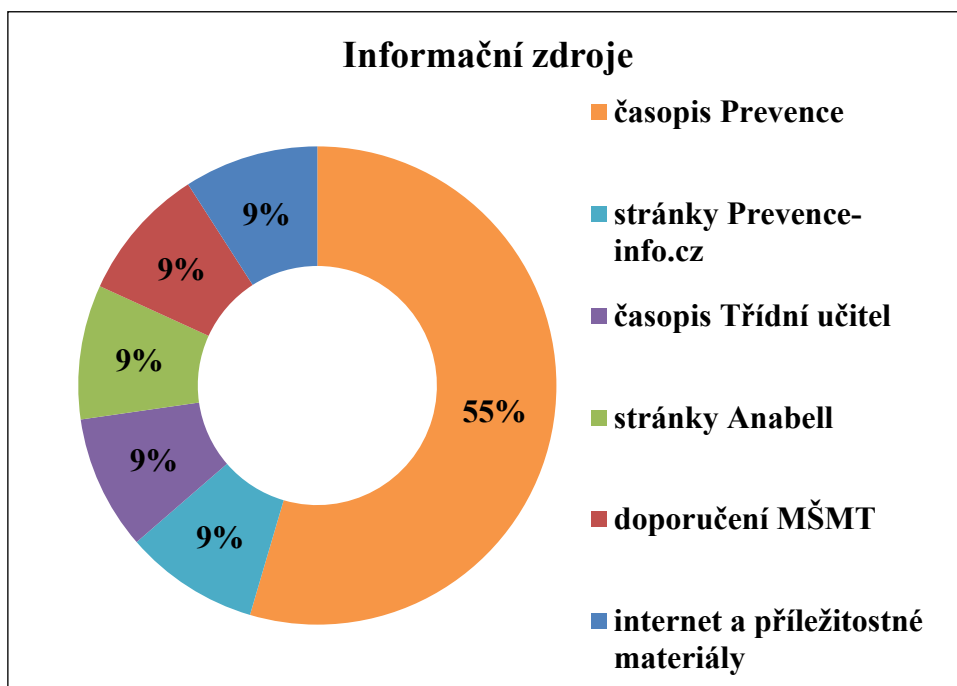
Otázka č. 11 „Jaké typy poruch příjmu potravy znáte?“ umožňovala doplnění volných odpovědí od všech metodiků prevence (18), proto spektrum responzí bylo poměrně široké. V odpovědích se vyskytovaly různé typy PPP; převažující kombinací, kterou znala nadpoloviční většina dotázaných (56 %; 10 odpovědí) byla anorexie a bulimie. Na druhém místě (17 %; 3) metodici uváděli samotnou anorexii. Ve 12 % odpovědí (2) se jednalo o kombinaci poruch anorexie, bulimie a záchvatovitého přejídání. Shodně 5 % respondentů (1) si vzpomnělo na skupinu anorexie, bulimie, záchvatovitého přejídání a ortorexii. 5 % uvedlo pouze bulimii (1) a kombinaci anorexie, bulimie, nočního přejídání a ztráty chuti k jídlu (5 %; 1).

12. Využíváte materiály jako odborné časopisy, publikace, periodika k dalšímu získávání informací k problematice poruch příjmu potravy?



Graf č. 13 – otázka č. 12 – Využíváte materiály jako odborné časopisy, publikace, periodika k dalšímu získávání informací k problematice poruch příjmu potravy? Zdroj: vlastní šetření.

Graf č. 13 ukazuje, že 50 % dotázaných metodiků prevence (9) nevyužívá žádné další materiály k získávání informací k problematice poruch příjmu potravy. Odborné časopisy, publikace či periodika naopak využívá ke studiu zbývajících 50 % respondentů (9). Otázka č. 12 dále umožňovala těmto metodikům volně doplnit informaci o tom, jaké materiály ke studiu využívají (viz graf č. 14).



Graf č. 14 – doplnění k otázce č. 12 – Využíváte materiály jako odborné časopisy, publikace, periodika k dalšímu získávání informací k problematice poruch příjmu potravy? – informační zdroje. Zdroj: vlastní šetření.

Metodici prevence (9), kteří využívají materiály dle otázky č. 12, uvedli v 55 % (5), že jako zdroj informací k sebevzdělávání v oblasti problematiky PPP využívají časopis Prevence¹¹, který vychází s měsíční pravidelností. Ostatní zdroje jsou respondenty v grafu č. 14 rovnoměrně rozděleny po jednom výskytu v odpovědích. Jedná se o:

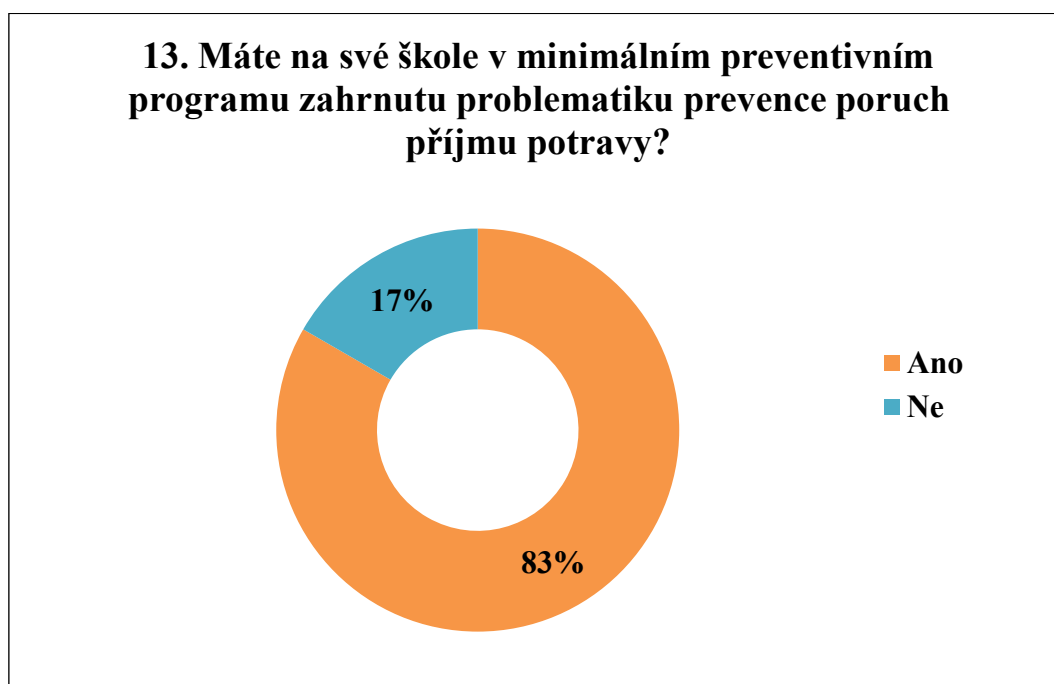
- webový portál www.Prevence-info.cz 9 % (1)
- časopis Třídní učitel 9 % (1)
- webové stránky neziskové organizace Anabell, z. ú. 9 % (1)
- doporučení MŠMT 9 % (1)
- internet a další příležitostné materiály 9 % (1).

¹¹ Časopis Prevence vydává od roku 2004 nezisková organizace Život bez závislostí (Život bez závislostí, 2021).

Konkrétní realizace preventivních programů

Následující blok otázek (13-18) se zaměřuje na konkrétní realizaci preventivních programů s ohledem na případný vliv na rozvíjející se rizikové faktory, které mohou přispět ke vzniku PPP. Těmito faktory jsou faktory biologické, psychologické, rodinné a sociokulturní (viz kapitola 4.2 – Rizikové faktory vzniku poruch příjmu potravy), které mohou společně s nedostatečnou edukací v oblasti zdravého životního stylu, nerozvinutým poznáním sama sebe vést k rozvoji některé z poruch příjmu potravy.

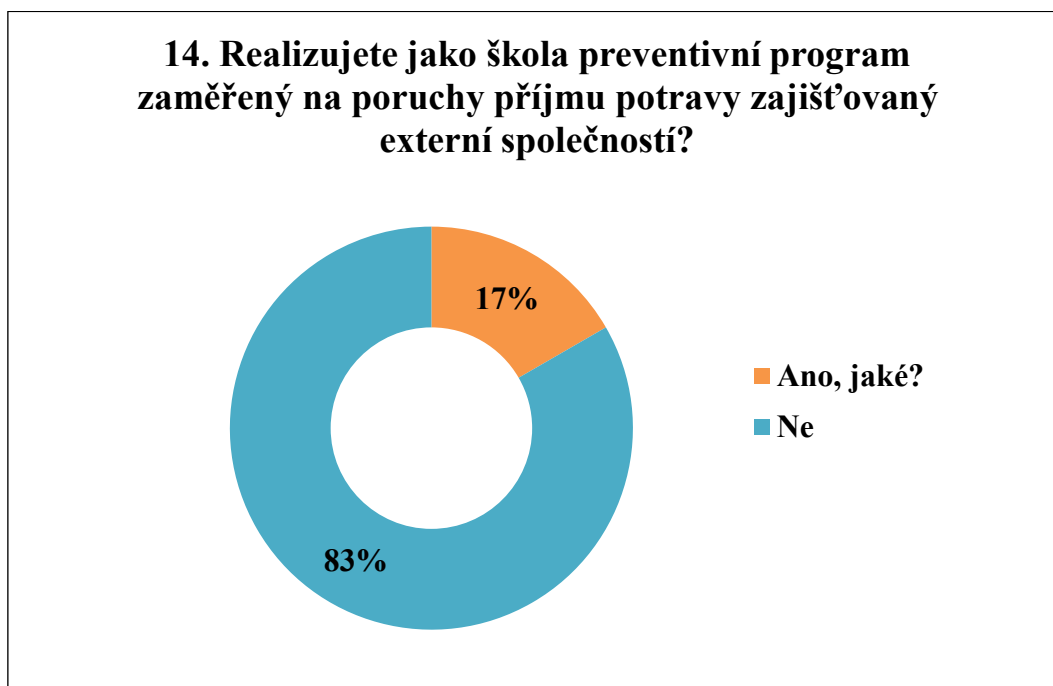
Otázky č. 22 a č. 23 jsou zacíleny na realizaci preventivních programů z hlediska jejich četnosti v jednotlivých třídních kolektivech a také na zastoupení prevence PPP i v jiných vyučovacích předmětech mimo akce typu „preventivní program“, který je zaveden do plánu akcí školy a je později metodikem prevence vykazován jako realizovaná preventivní činnost.



Graf č. 15 – otázka č. 13 – Máte na své škole v minimálním preventivním programu zahrnutu problematiku prevence poruch příjmu potravy? Zdroj: vlastní šetření.

V grafu č. 15 je vidět, že metodici prevence (18) mají v 83 % problematiku prevence poruch příjmu potravy na svých školách v minimálních preventivních programech zastoupenou (15

odpovědí). Pouze 17 % dotázaných (3) uvedlo, že toto problematiku ve svých programech uvedenu nemají.



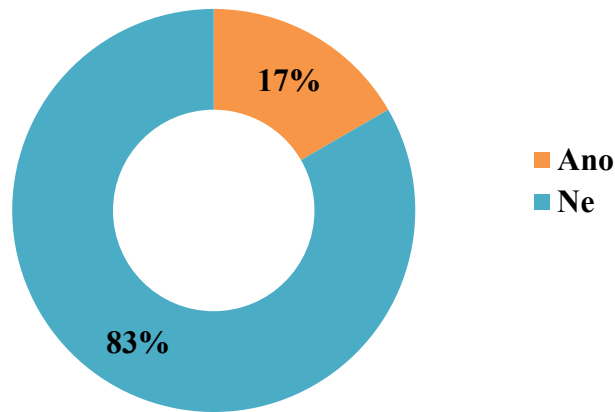
Graf č. 16 – otázka č. 14 – Realizujete jako škola preventivní program zaměřený na poruchy příjmu potravy zajišťovaný externí společnostmi? Zdroj: vlastní šetření.

Otázka č. 14 „Realizujete jako škola preventivní program zaměřený na poruchy příjmu potravy zajišťovaný externí společnostmi?“ zjišťovala, zda jsou jednotlivé preventivní programy realizovány externě a případně kým. Graf č. 16 ukazuje, že z 18 oslovených metodiků prevence 83 % (15 odpovědí) nerealizuje externě tyto programy. 17 % metodiků (3) odpovědělo pozitivně a uvedlo následující čtyři externí organizace, které jim programy prevence PPP zajišťují:

- programy KPPP¹² (1 výskyt)
- Jules a Jim (1)
- Anabell (1)
- přednáška bývalých anorektiček (1).

¹² Křesťanská pedagogicko-psychologická poradna.

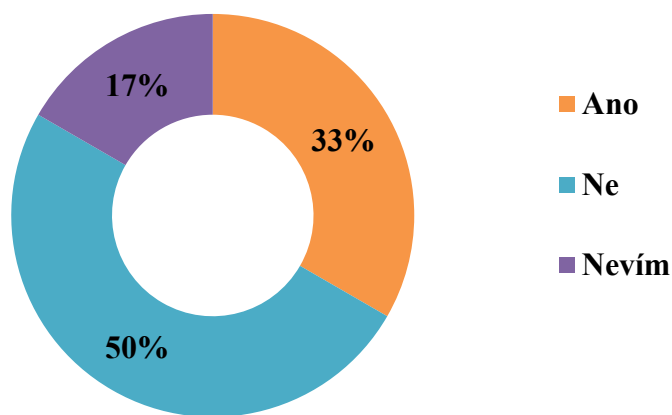
15. Realizujete jako metodik prevence preventivní program zaměřený na poruchy příjmu potravy (vy sami)?



Graf č. 17 – otázka č. 15 – Realizujete jako metodik prevence preventivní program zaměřený na poruchy příjmu potravy (vy sami)? Zdroj: vlastní šetření.

Stejně hodnoty jako v předchozím grafu byly zaznamenány i u otázky č. 15. Cílem bylo zjistit, zda samotní metodici prevence (18) realizují preventivní program na poruchy příjmu potravy. 17 % metodiků (3 odpovědi) uvedlo, že takovou činnost pro své žáky připravují, ale naprostá většina respondentů (83 %; 15) uvedla, že žádnou podobnou aktivitu ve třídách sami nerealizují.

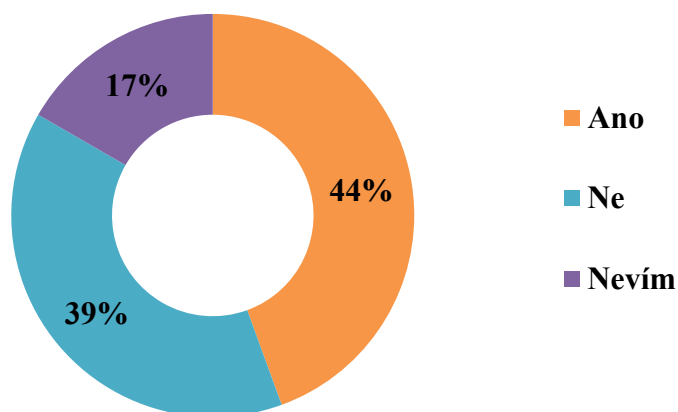
16. Zúčastnili se vaši žáci v posledních třech letech výukových / preventivních programů, které se týkaly skladby zdravého jídelníčku?



Graf č. 18 – otázka č. 16 – Zúčastnili se vaši žáci v posledních třech letech výukových / preventivních programů, které se týkaly skladby zdravého jídelníčku? Zdroj: vlastní šetření.

Otázka č. 16 se zaměřovala na podporu zdravého životního stylu, resp. na skladbu zdravého jídelníčku a preventivní programy s tímto spojené. Z celkového počtu 18 metodiků 50 % (9 odpovědí) z nich odpovědělo, že se žáci na jejich školách v posledních třech letech takových programů neúčastnili a 33 % jich uvedlo (6), že jejich žáci programy absolvovali. Velmi zajímavá je skupina 17 % dotázaných metodiků (3), kteří přiznali, že neví, zda se tato preventivní aktivita na škole uskutečnila.

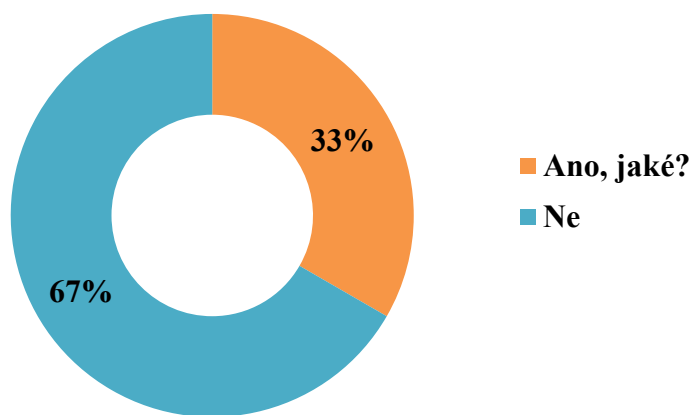
17. Zúčastnili se vaši žáci v posledních třech letech preventivních programů, které se zaměřovaly na pojetí sebe sama (vnímání vlastního já)?



Graf č. 19 – otázka č. 17 – Zúčastnili se vaši žáci v posledních třech letech preventivních programů, které se zaměřovaly na pojetí sebe sama (vnímání vlastního já)? Zdroj: vlastní šetření.

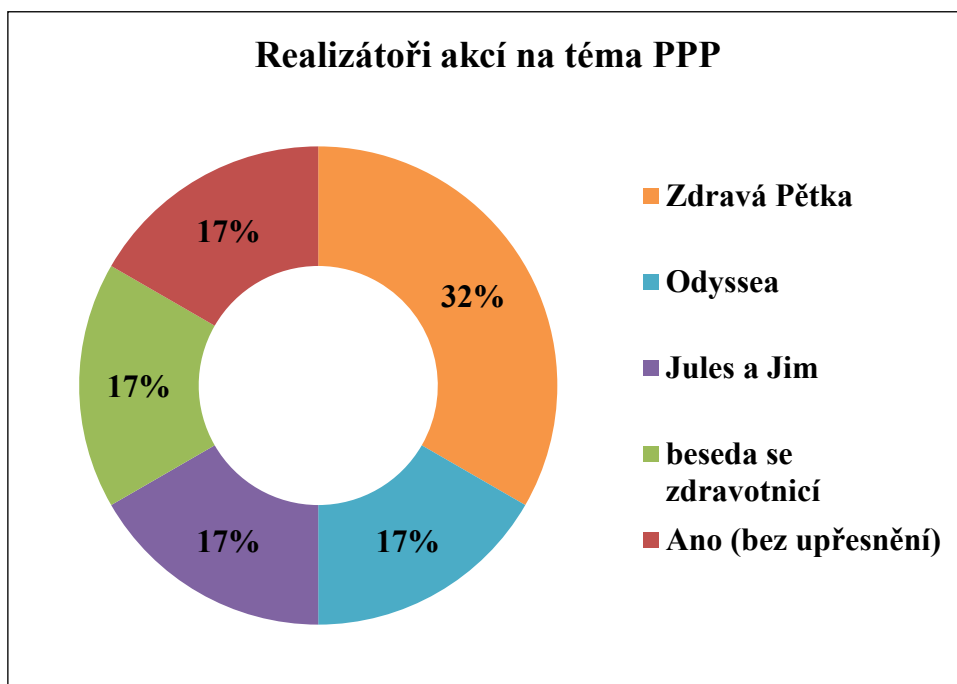
Obdobně jako předchozí otázka č. 16 se i tato zaměřuje na oblast prevence, která může zmírnit případný vznik rizikového chování PPP, tj. vnímání sebe sama v kontextu ostatních vrstevníků – spolužáků. 44 % z 18 metodiků uvedlo (8 odpovědí), že na své škole v posledních třech letech jejich žáci absolvovali právě takový preventivní program. 39 % (7) uvedlo, že nikoliv a stejně jako v předchozí otázce je zajímavé, že 17 % oslovených metodiků prevence (3) o těchto aktivitách nemá informace, a tudíž nemohli odpovědět, zda se taková aktivita na jejich škole realizovala.

18. Zúčastnili se vaši žáci v minulých 3 letech akcí 'přednáška, beseda' na téma poruchy příjmu potravy?



Graf č. 20 – otázka č. 18 – Zúčastnili se vaši žáci v minulých 3 letech akcí 'přednáška, beseda' na téma poruchy příjmu potravy? Zdroj: vlastní šetření.

V otázce č. 18 byla zjišťována konkrétní realizace programu, který se zaměřoval na téma poruch příjmu potravy. Cílem bylo zjistit, zda některá z oslovených škol takový program v posledních třech letech uskutečnila. 18 metodiků uvedlo, že 33 % z nich (6 odpovědí) program na bázi „přednáška, beseda“ realizovalo. Zbytek dotázaných (67 %; 12) takové činnosti neuskutečnil. Otázka č. 18 dále umožňovala při pozitivní odpovědi volně doplnit realizátora akce na téma PPP (viz graf č. 21).



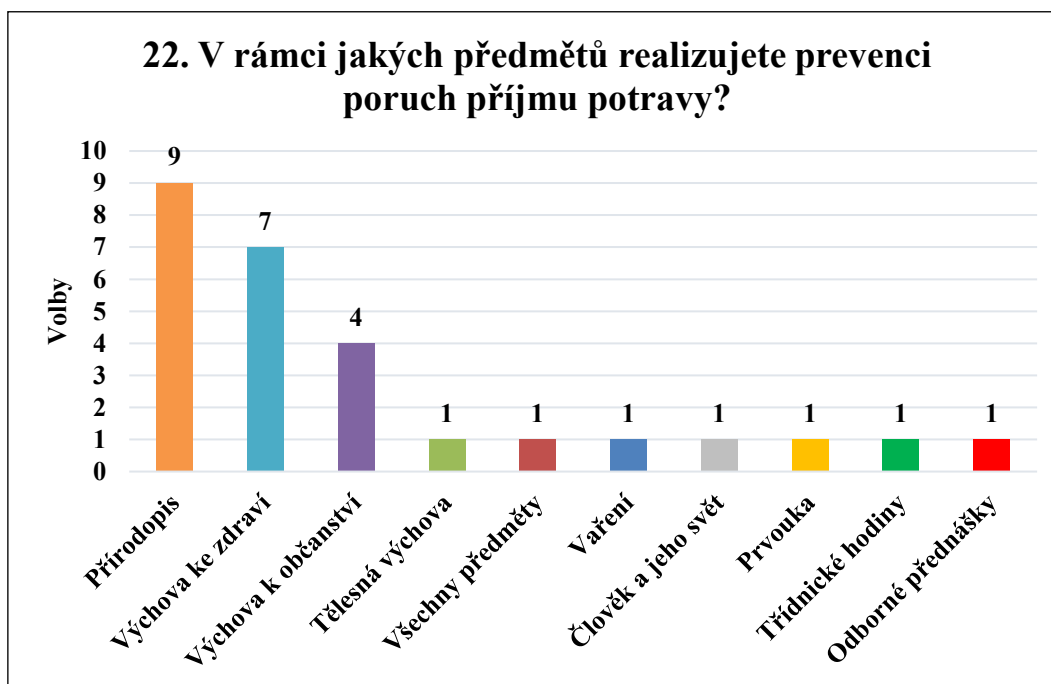
Graf č. 21 – doplnění k otázce č. 18 – Zúčastnili se vaši žáci v minulých 3 letech akcí 'přednáška, beseda' na téma poruchy příjmu potravy? – realizátoři akcí na téma PPP. Zdroj: vlastní šetření.

Ti, kteří odpověděli v otázce č. 18 „Zúčastnili se vaši žáci v minulých 3 letech akcí 'přednáška, beseda' na téma poruchy příjmu potravy?“ kladně (6 respondentů), měli možnost uvést spolupracující organizace, které dotyčná škola využila. 32 % z nich (2) uvedlo jako realizátora Zdravou Pětku¹³, a poté shodně po 17 % (po jedné odpovědi) organizace Jules a Jim¹⁴, Odyssea¹⁵, besedu se zdravotnicí a objevila se také jedna odpověď bez upřesnění.

¹³ Zdravá 5 je vzdělávací program pro ZŠ a MŠ zaměřený na zdravý životní styl. Zdravá Pětka je realizována Nadačním fondem Albert (Zdravá 5, 2021).

¹⁴ Jules a Jim je certifikovaná organizace MŠMT pro oblast všeobecné a selektivní primární prevence (Jules a Jim, 2021a).

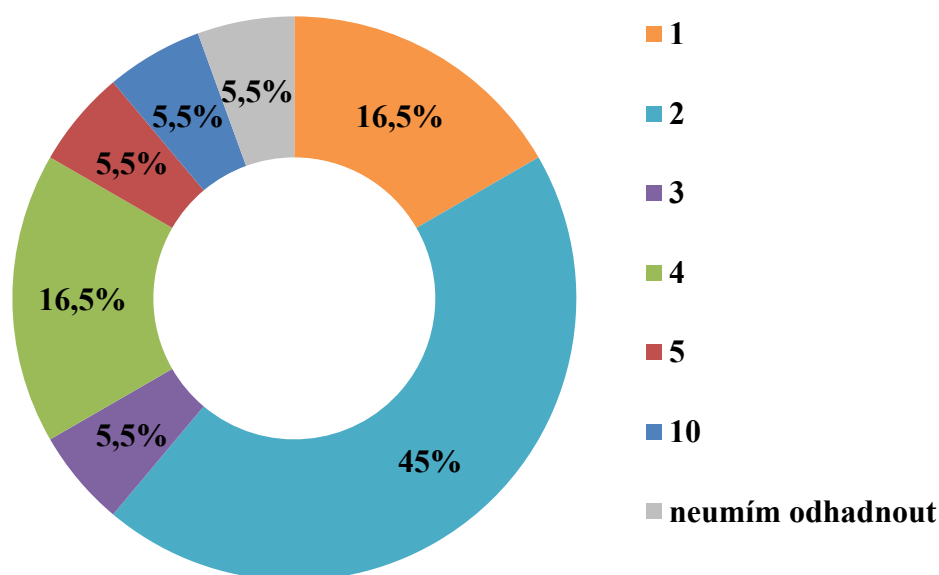
¹⁵ Projekt Odyssea je občanské sdružení, které pomáhá školám při zavádění osobnostní a sociální výchovy. Realizují také programy školské primární prevence rizikového chování (Odyssea, 2021).



Graf č. 22 – otázka č. 22 – V rámci jakých předmětů realizujete prevenci poruch příjmu potravy? Zdroj: vlastní šetření.

Otázka č. 22 mapovala možnost zapojení prevence i v rámci standardní výuky s ohledem na specifika jednotlivých předmětů. Zastoupení vyučovacích předmětů v grafu č. 22 reprezentuje výskyt těchto předmětů, v nichž se tematicky jednotliví učitelé mohou prevenci rizikového chování poruch příjmu potravy věnovat. 18 respondentů uvedlo 27 odpovědí, z nichž byl nejčastěji zmiňován přírodopis (9 voleb; 33 %), výchova ke zdraví (7; 26 %), výchova k občanství (4; 15 %) a po jedné volbě pak tělesná výchova, všechny předměty, vaření, člověk a jeho svět, prvouka a třídníkové hodiny, jak je uvedeno v grafu. V odpovědích se vyskytl i předmět „odborné přednášky“, který však z podstaty otázky neodpovídá zadání.

23. Zkuste odhadnout, kolik vyučovacích hodin v jedné třídě strávíte za školní rok realizací preventivních aktivit zaměřených na poruchy příjmu potravy:

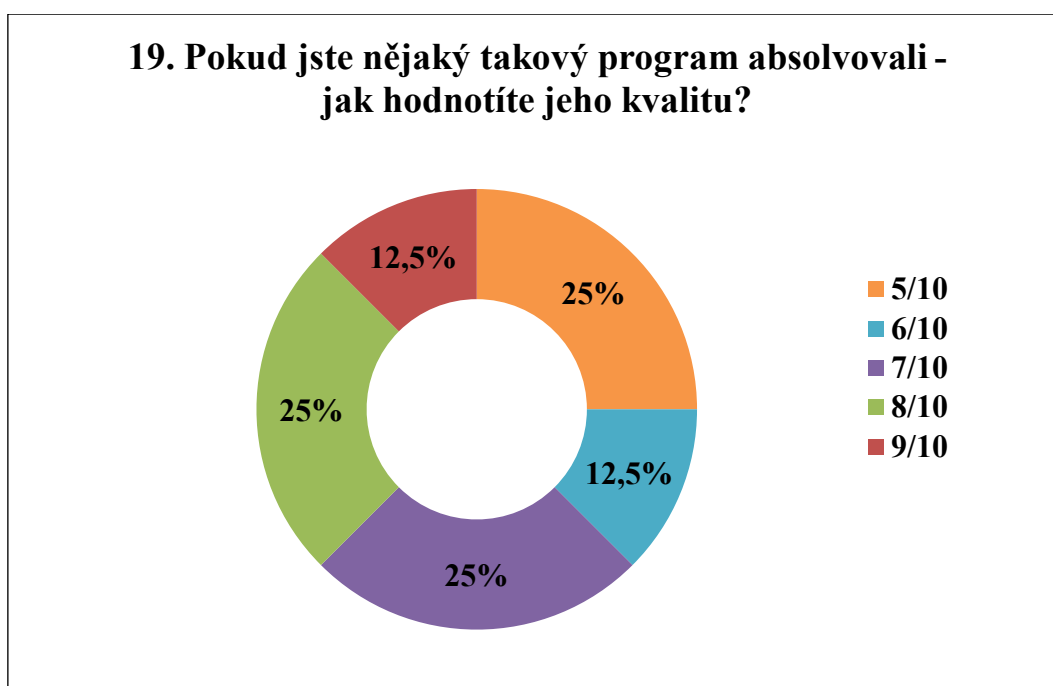


Graf č. 23 – otázka č. 23 – Zkuste odhadnout, kolik vyučovacích hodin v jedné třídě strávíte za školní rok realizací preventivních aktivit zaměřených na poruchy příjmu potravy: Zdroj: vlastní šetření.

Poslední otázka této sekce zjišťovala přibližný počet hodin, které se v jednotlivých třídách oslovených škol věnují realizaci preventivních aktivit zaměřených na PPP. Takřka polovina z 18 respondentů (45 %; 8 odpovědí) uvedla, že se v každé třídě věnují takovým aktivitám dvě hodiny za celý školní rok. Dále shodně 16,5 % po jedné (3) a 16,5 % po čtyřech (3) vyučovacích hodinách. A stejné procentuální zastoupení (5,5 %, 1) měly počty tři, pět a deset vyučovacích hodin. V 5,5 % (1) metodici nedokázali časovou dotaci odhadnout.

Hodnocení realizací preventivních programů

Tento blok čtyř otázek dotazníkového šetření se již zabývá hodnocením realizovaných preventivních aktivit. Oslovení metodici se mohli volně vyjádřit k vlastnímu průběhu jednotlivých akcí ve smyslu pozitivních i negativních zkušeností a také mohli zmínit podněty pro efektivnější prevenci v oblasti PPP.



Graf č. 24 – otázka č. 19 – Pokud jste nějaký takový program absolvovali - jak hodnotíte jeho kvalitu? Zdroj: vlastní šetření.

V otázce č. 19 byly zohledňovány pouze odpovědi metodiků, kteří na svých školách programy realizovali (8 metodiků). Tato otázka umožnila respondentům hodnotit absolvované programy na škále 1–10, kde hodnota 1 znamená hodnocení nejhorší a hodnota 10 nejlepší. Průměrné hodnocení programů je 7 bodů (6,88), tzn. metodici jsou převážně s kvalitou akcí spokojeni. 25 % dotázaných (2) hodnotilo programy pěti body, 12,5 % (1) šesti body, 25 % respondentů (2) shodně sedmi a osmi body. Zbývajících 12,5 % metodiků (1) devíti body.

Otázky č. 20 a č. 21 nelze kvůli jejich charakteru vyhodnotit graficky, jelikož nebylo možné pojmout jednotlivé varianty odpovědí prostřednictvím nabídky v dotazníku a slovní hodnocení se jevílo jako více vypovídající. Zároveň na tyto otázky odpovídali pouze ti metodici prevence, na jejichž školách se realizovaly preventivní programy podle otázek č. 16, č. 17 a č. 18 a bylo získáno osm odpovědí.

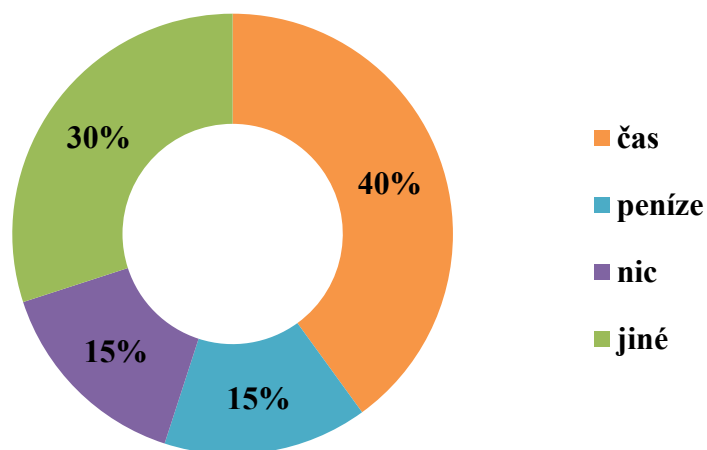
V otázce č. 20 – *Co jste na programu hodnotili jako nejvíce pozitivní?*, respondenti uváděli následující odpovědi vždy po jednom výskytu:

- lektori znají třídu, předávají si mezi sebou informace o třídách a realizovaných programech, poskytují třídnímu učiteli a metodikovi prevence náměty k práci s kolektivem a další doporučení (1 odpověď)
- pěkně propracovaný program (1)
- nadšení lektorů pro věc (1)
- organizaci (1)
- pro žáky nové téma v dospívání (1)
- otevřenost přednášející, uvedení příčin a důsledků, dopad na zdraví a psychiku mladých (1)
- komunikaci lektorů (1)
- osoby, které ho vedly, si tím prošly; způsob vedení komunikace se studenty (1).

Otázka č. 21 – *Co Vám naopak na programu nevyhovovalo? Co by měli případně lektori zlepšit?*, mohli metodici prevence vypsát negativní aspekty realizovaných programů (po jednom výskytu):

- programy jsou hodně podobně svou výstavbou, děti už nejsou moc překvapené (1)
- více času na aktivitu (1)
- více času na jeden program (1)
- více času na téma – nedostatek (1)
- mnoho informací, méně činnosti směřující k postojům žáků (1)
- nevím (1)
- možná větší informovanost pro děti (1)
- delší dobu (1).

24. Co Vám chybí pro efektivnější prevenci v oblasti poruch příjmu potravy?



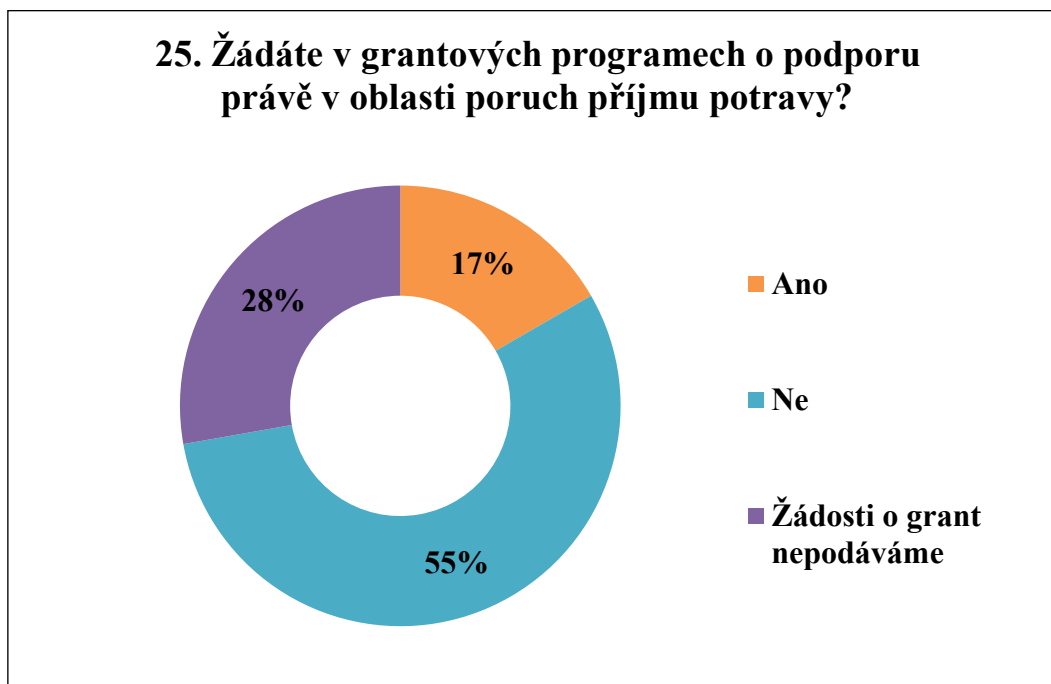
Graf č. 25 – otázka č. 24 – Co Vám chybí pro efektivnější prevenci v oblasti poruch příjmu potravy? Zdroj: vlastní šetření.

Podobně jako v předešlých otázkách, tak i zde se mohli oslovení metodici prevence volně vyjádřit k chybějícím aspektům efektivnější prevence v oblasti poruch příjmu potravy, přičemž nejčastější odpovědi lze vyčíst z grafu č. 25. 18 respondentů uvedlo 20 odpovědí, kde se v 40 % jednalo o nedostatek času (8 odpovědí), 15 % uvedlo nedostatek finančních prostředků (3) a shodně 15 % uvedlo, že nemají žádné další potřeby směřující k efektivitě preventivních programů (3). 30 % respondentů uvedlo další náměty, které se v odpovědích vyskytly pouze jednou:

- podpora pedagogů (1)
- nevím (1)
- mít děti ve škole (1)
- více informací (1)
- práce s rodinou (1)
- informace o externích organizacích, seminář pro metodiky (1).

Financování preventivních programů

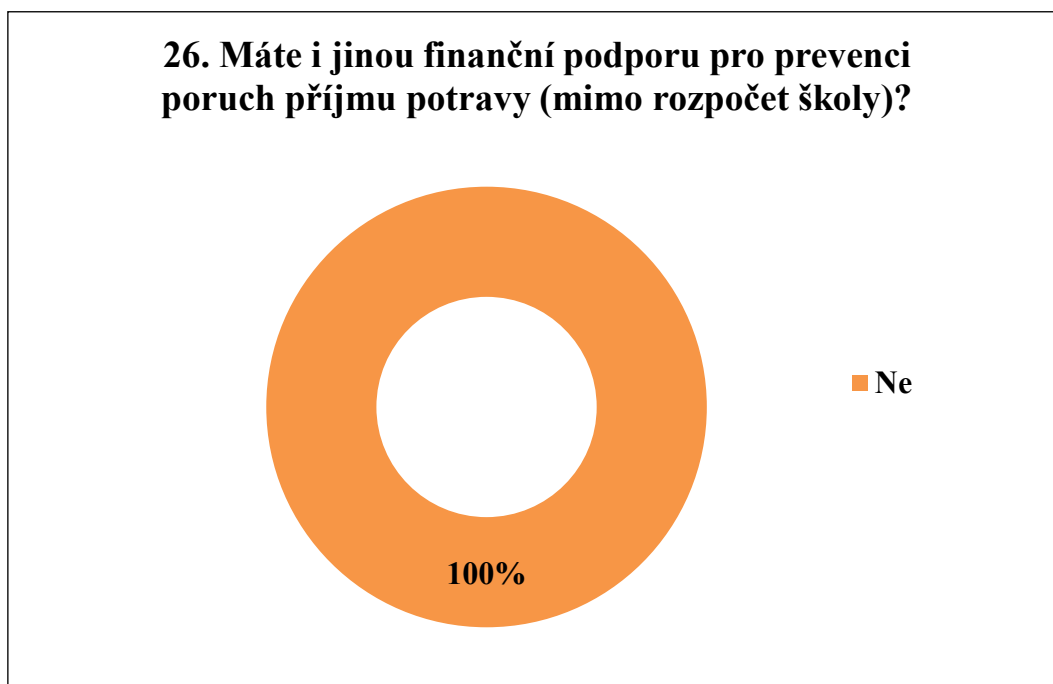
Mezi další okolnosti realizace preventivních programů patří i způsob jejich financování, což bylo náplní následujících dvou otázek (č. 25 a č. 26).



Graf č. 26 – otázka č. 25 – Žádáte v grantových programech o podporu právě v oblasti poruch příjmu potravy?
Zdroj: vlastní šetření.

Touto otázkou bylo zjišťováno, zda jsou školy aktivní v grantových řízeních, a využívají tak možnosti získat další finanční prostředky. Ty potom mohou vést k širším možnostem volby mezi jednotlivými poskytovateli preventivních programů. Na tuto otázku také odpovídali všichni oslovení metodici prevence (18). Pouze 17 % dotázaných (3 odpovědi) uvedlo, že jejich škola podává žádosti o přidělení finančních prostředků v grantovém řízení pro oblast prevence poruch příjmu potravy, 55 % metodiků (10) v grantových řízeních o podporu žádá, ale nikoli však pro oblast PPP. 28 % respondentů vůbec grantové žádosti nepodává (5).

26. Máte i jinou finanční podporu pro prevenci poruch příjmu potravy (mimo rozpočet školy)?

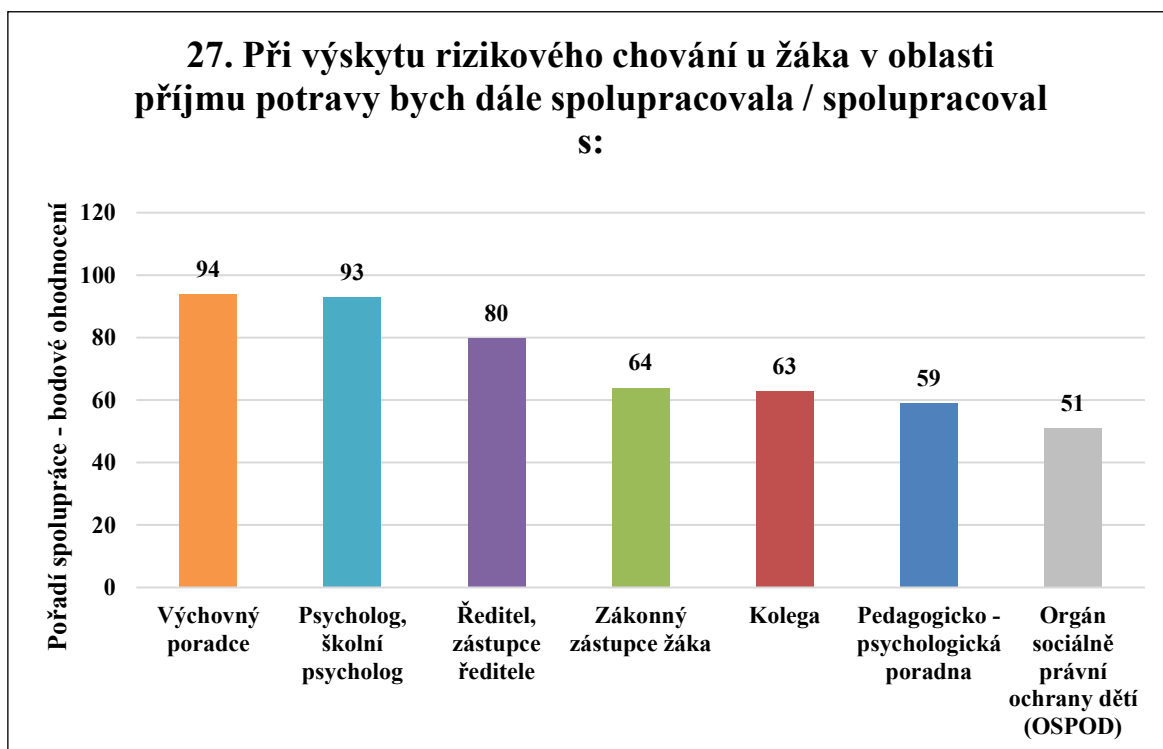


Graf č. 27 – otázka č. 26 – Máte i jinou finanční podporu pro prevenci poruch příjmu potravy (mimo rozpočet školy)? Zdroj: vlastní šetření.

Graf č. 27 jasně ukazuje, že žádný z oslovených školních metodiků prevence v Praze 8 (18 metodiků) nevyužívá jiné finanční podpory pro zajištění prevence v oblasti PPP (sponzoring, dary).

Spolupráce a informovanost pedagogického sboru

Poslední skupina otázek se zaměřuje na možnosti spolupráce oslovených metodiků prevence jak s ostatními pedagogy ve škole, tak i s externími organizacemi při řešení rizikového chování v oblasti poruch příjmu potravy. Lze předpokládat, že přítomnost proškolených a informovaných pedagogických pracovníků ve škole povede v první řadě k rychlejšímu odhalení takto ohroženého žáka a následně k případné intervenci.

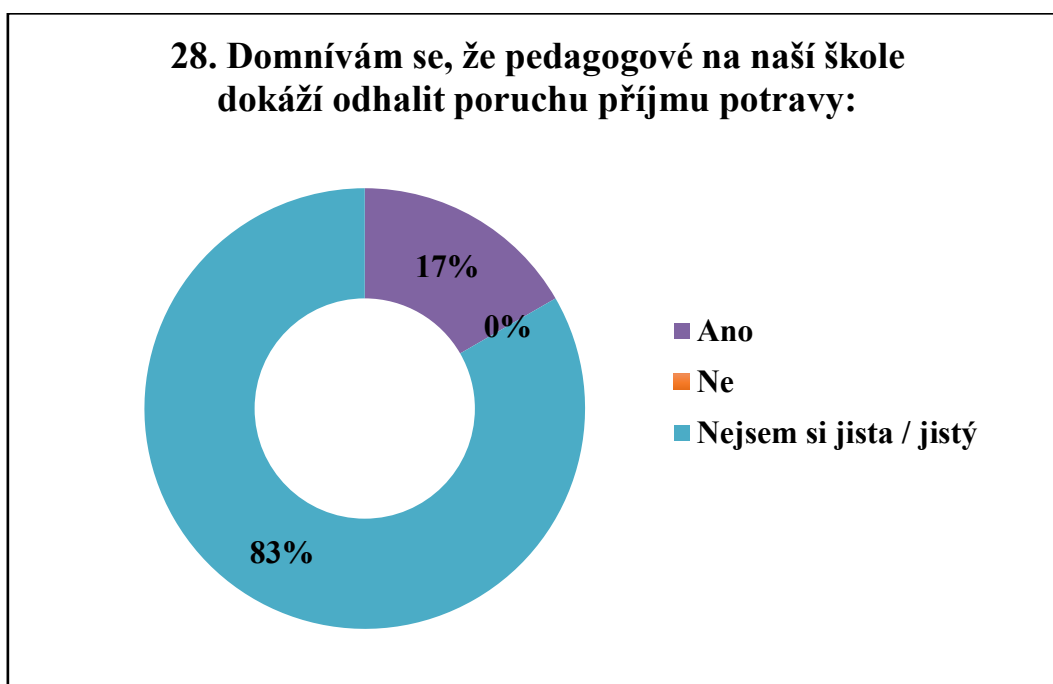


Graf č. 28 – otázka č. 27 – Při výskytu rizikového chování u žáka v oblasti příjmu potravy bych dále spolupracovala / spolupracoval s: Zdroj: vlastní šetření.

Otázka č. 27 v dotazníku umožňovala volbu preferencí při spolupráci metodika prevence s dalšími vybranými pedagogy dle jejich specializace s ostatními pedagogy a dalšími subjekty (pedagogicko-psychologická poradna, OSPOD). V této otázce měli respondenti k dispozici sedm položek představující výše uvedené spolupracovníky a organizace, přičemž táhnutím každé z nich nad, resp. pod položku jinou jí přisuzovali větší, resp. menší míru spolupráce. Položka na prvním místě tak značila nejužší spolupráci (první volbu metodika prevence), položka poslední pak spolupráci nejméně intenzivní.

Při výpočtu bodového ohodnocení v grafu č. 28 bylo jednotlivým volbám přiřazováno 1 až 7 bodů v závislosti na jejich pozici mezi ostatními volbami. V našem vzorku 18 respondentů to teoreticky znamená, že kdyby všichni volili např. výchovného poradce jako svou první volbu spolupráce, dostal by 18 x 7 bodů tj. 126 bodů. Na druhé straně grafu by to pak byl např. OSPOD, který by získal 18 x 1 bod tj. 18 bodů.

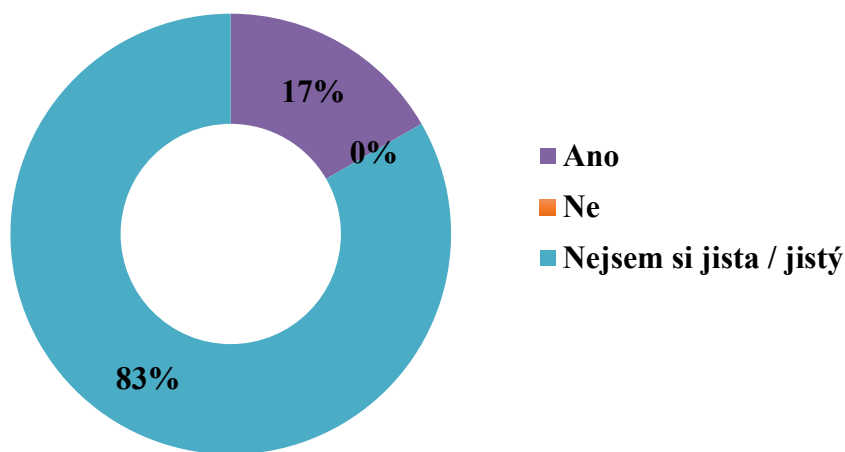
V takto vymezeném intervalu tedy výchovný poradce získal 94 bodů, což je téměř shodně s dalším pracovníkem školního poradenského pracoviště – psychologem (93 bodů). Jako třetí volbu spolupráce dotazovaní uváděli vedoucí pracovníky školy – ředitel, zástupce ředitele (80 bodů), na čtvrtém místě se umístili zákonní zástupci žáka (64 bodů) následovaní kolegou (63 bodů), pedagogicko-psychologickou poradnou (59 bodů) a orgánem sociálně právní ochrany dětí (51 bodů).



*Graf č. 29 – otázka č. 28 – Domnívám se, že pedagogové na naší škole dokáží odhalit poruchu příjmu potravy:
Zdroj: vlastní šetření.*

V otázce č. 28 se na základě svého předpokladu mohli všichni metodici prevence (18) vyjádřit k míře schopnosti pedagogů na své škole odhalit poruchy příjmu potravy. Pouhých 17 % z nich uvedlo (3 odpovědi), že pedagogové na jejich škole tuto schopnost mají a dokázali by PPP odhalit, volba „Ne“ nebyla metodiky využita. 83 % dotázaných si tím nebylo jisto (15).

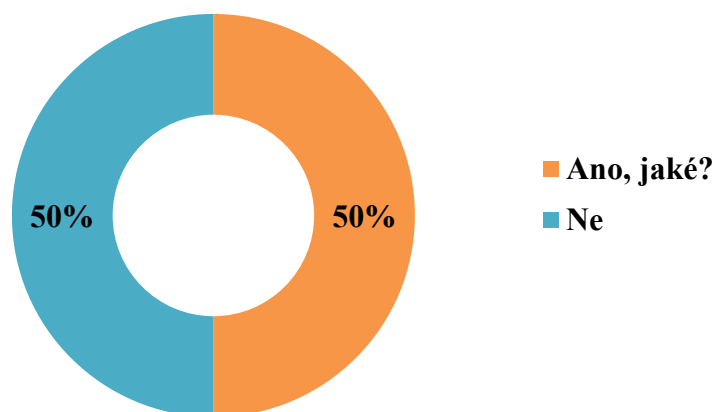
29. Pedagogové na naší škole mají dostatek informací k odhalení poruch příjmu potravy:



Graf č. 30 – otázka č. 29 – Pedagogové na naší škole mají dostatek informací k odhalení poruch příjmu potravy: Zdroj: vlastní šetření.

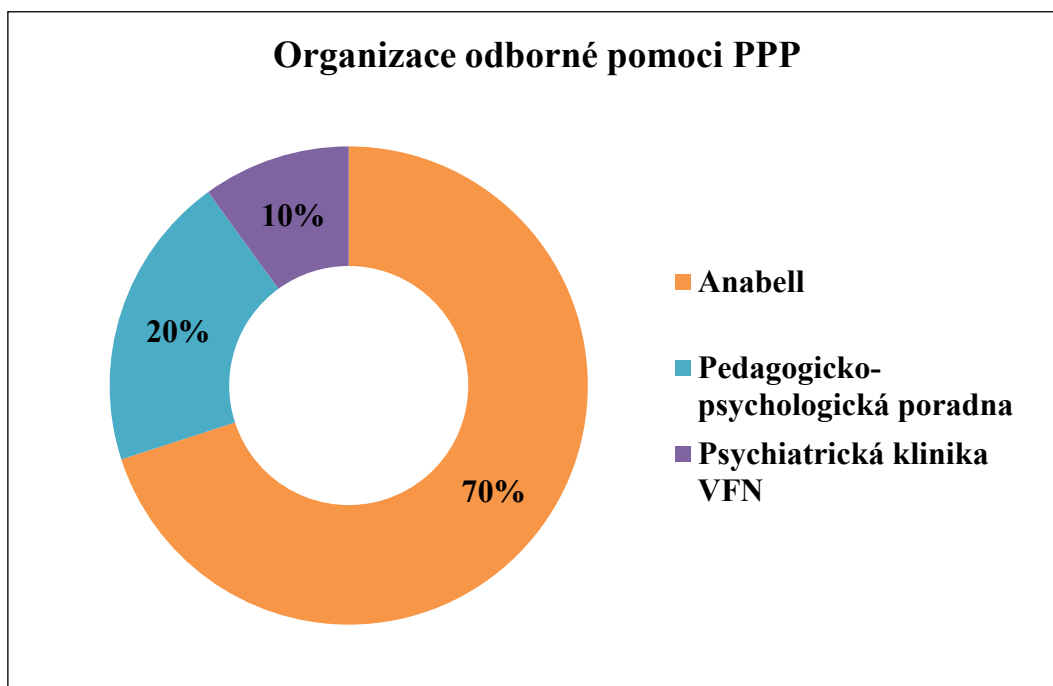
Stejné procentuální zastoupení jako v předchozím grafu se ukazuje i u otázky č. 29 „Pedagogové na naší škole mají dostatek informací k odhalení poruch příjmu potravy:“, kdy metodici prevence (18) uvedli, že v pouze 17 % (3 odpovědi) mají pedagogové na jejich škole dostatek informací k odhalení PPP. Velmi zajímavé je, že v 83 % případů (15) si metodici nejsou jisti informovaností svého pedagogického sboru, odpověď „Ne“ opět nebyla zvolena.

30. Znáte organizaci, na kterou byste se mohli obrátit v případě odborné pomoci při řešení poruchy příjmu potravy?



Graf č. 31 – otázka č. 30 – Znáte organizaci, na kterou byste se mohli obrátit v případě odborné pomoci při řešení poruchy příjmu potravy? Zdroj: vlastní šetření.

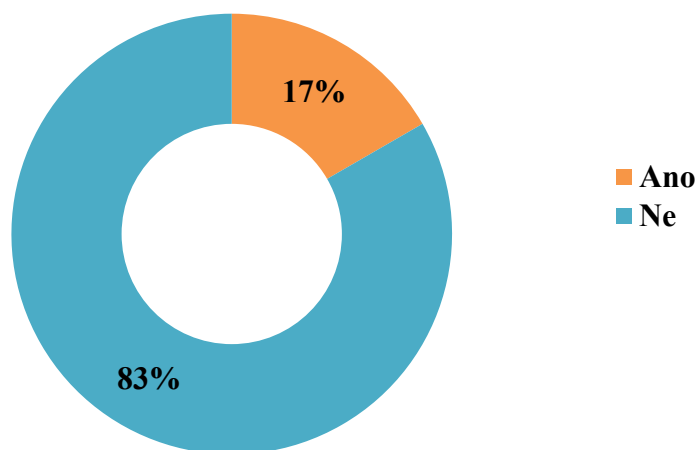
Otázka č. 30 cílila na orientovanost metodiků prevence (18) v možnostech odborné pomoci při řešení poruch příjmu potravy. 50 % dotázaných uvedlo (9 odpovědí), že nezná žádnou organizaci, kterou by případně mohli požádat o pomoc při řešení krizové situace. Druhých 50 % respondentů uvedlo (9), že takové organizace znají. Otázka dále umožňovala při pozitivní odpovědi volně doplnit název organizace (viz graf č. 32).



Graf č. 32 – doplnění k otázce č. 30 – Znáte organizaci, na kterou byste se mohli obrátit v případě odborné pomoci při řešení poruchy příjmu potravy? – Organizace odborné pomoci PPP. Zdroj: vlastní šetření.

Metodici, kteří odpověděli v otázce č. 30 „Znáte organizaci, na kterou byste se mohli obrátit v případě odborné pomoci při řešení poruchy příjmu potravy?“ kladně (9 respondentů), měli možnost uvést organizace odborné pomoci při řešení poruch příjmu potravy. Celkem bylo získáno 10 odpovědí. Podle grafu č. 32 „Organizace odborné pomoci PPP“ je to v 70 % Anabell, z. ú. (7 odpovědí), ve 20 % pedagogicko-psychologická poradna (2) a v 10 % Psychiatrická klinika 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze (1).

31. Využila / využil jste pomoci právě takové organizace při řešení této problematiky?



*Graf č. 33 – otázka č. 31 – Využila / využil jste pomoci právě takové organizace při řešení této problematiky?
Zdroj: vlastní šetření.*

Poslední otázkou dotazníku bylo, zda metodici (18) někdy využili odborné pomoci právě takové organizace při řešení poruch příjmu potravy. Z grafu č. 33 vyplývá, že ve většině případů (83 %, 15 odpovědí) se metodici neobrací na odborné organizace, pouze 17 % z nich uvedlo (3), že mají zkušenosti s takovými organizacemi při řešení problematiky poruch příjmu potravy.

5.4 Diskuze

Hlavní cíl

Primárním cílem dotazníku bylo zodpovědět výzkumné otázky definované v kapitole 5.1 – Cíle výzkumu.

Hlavní výzkumnou otázkou bylo zjistit, jak jsou realizované preventivní aktivity v rámci programů primární prevence v oblasti PPP. Toto bylo zodpovězeno na základě odpovědí na otázky č. 13–18 dotazníku. Z odpovědí vyplynulo, že četnost preventivních aktivit není příliš častá, což můžeme přisoudit menšímu výskytu takového rizikového chování na základních školách v Praze 8. Nicméně respondenti z 83 % uvedli (otázka č. 13), že na školách mají v minimálním preventivním programu zahrnutu problematiku poruch příjmu potravy. Konkrétní programy pouze pro prevenci PPP jsou realizované ve 33 % (otázka č. 18), ale další programy, které tomu mohou předcházet, jsou na tom lépe (vnímání sama sebe 44 % - otázka č. 17, skladba zdravého jídelníčku 33 % - otázka č. 16). Tyto programy nejsou realizované povětšinou samotnými metodiky prevence (otázka č. 15), ani externími organizacemi (otázka č. 14), ale v rámci jednotlivých vyučovacích předmětů (otázka č. 22; viz Dílčí cíle). Ty však metodici prevence většinou nevyučují (otázka č. 6), tudíž zde lze očekávat vyšší spolupráci v rámci pedagogického sboru.

Otázka	Pozitivní odpověď
č. 13 – Máte na své škole v minimálním preventivním programu zahrnutu problematiku prevence PPP?	83 %
č. 14 – Realizujete jako škola preventivní program zaměřený na PPP zajišťovaný externí společnostmi?	17 %
č. 15 – Realizujete jako metodik prevence preventivní program zaměřený na PPP (vy sami)?	17 %
č. 16 – Zúčastnili se vaši žáci v posledních třech letech výukových / preventivních programů, které se týkaly skladby zdravého jídelníčku?	33 %

č. 17 – Zúčastnili se vaši žáci v posledních třech letech preventivních programů, které se zaměřovaly na pojetí sebe sama (vnímání vlastního já)?	44 %
č. 18 – Zúčastnili se vaši žáci v minulých 3 letech akcí 'přednáška, beseda' na téma PPP?	33 %

Tabulka č. 1 – Vyhodnocení hlavní výzkumné otázky. Zdroj: vlastní šetření.

Dílčí cíle

Dílčí výzkumné cíle se týkaly předmětů, ve kterých je prevence PPP realizována, a informovanosti metodiků prevence a ostatních pedagogických pracovníků v jejich školách.

První dílčí výzkumná otázka „V jakých předmětech realizujete prevenci PPP?“ byla zodpovězena na základě odpovědí na otázku č. 22 dotazníku. Dotázaní metodici prevence ve 27 uvedených předmětech nejčastěji zmínili přírodopis (9 výskytů), výchovu ke zdraví (7) a výchova k občanství (4). Ostatní předměty (tělesná výchova, všechny předměty, vaření, člověk a jeho svět, prvouka a třídnické hodiny) se vyskytly pouze jednou. Předmět „odborné přednášky“ nemůže být chápán jako relevantní odpověď.

Druhá, resp. třetí dílčí výzkumná otázka byla zodpovězena na základě odpovědí na otázky č. 8–12 resp. na otázky č. 28–30. Dotázaní metodici prevence se v 50 % případů s PPP setkali (otázka č. 8), řešili problematiku PPP (56 %; otázka č. 9) a domnívají se, že by dokázali PPP odhalit (56 %; otázka č. 10). Co se týče znalostí poruch PPP (otázka č. 11), 56 % respondentů uvedlo znalost pouze mentální anorexie a mentální bulimie. Podle otázky č. 12 pouze 50 % dotázaných využívá materiály k dalšímu získávání informací k PPP. Dle odpovědí na otázky č. 28 a č. 29 si metodici nejsou v 83 % jisti informovaností pedagogů na svých školách. Organizaci odborné pomoci zná 50 % dotázaných (otázka č. 30).

Otázka	Pozitivní odpověď
č. 8 – Setkala / setkal jste se jako metodik prevence s poruchou příjmu potravy?	50 %
č. 9 – Řešila / řešil jste v minulých třech letech problematiku poruch příjmu potravy u žáka ve vaší škole?	56 %
č. 10 – Domnívám se, že bych žáka s poruchou příjmu potravy odhalila / odhalil:	56 %
č. 11 – Jaké typy poruch příjmu potravy znáte?	56 % ¹⁶
č. 12 – Využíváte materiály jako odborné časopisy, publikace, periodika k dalšímu získávání informací k problematice poruch příjmu potravy?	50 %
č. 28 – Domnívám se, že pedagogové na naší škole dokáží odhalit poruchu příjmu potravy:	17 %
č. 29 – Pedagogové na naší škole mají dostatek informací k odhalení poruch příjmu potravy:	17 %
č. 30 – Znáte organizaci, na kterou byste se mohli obrátit v případě odborné pomoci při řešení poruchy příjmu potravy?	50 %

Tabulka č. 2 – Vyhodnocení vedlejší výzkumné otázky. Zdroj: vlastní šetření.

Jelikož má posuzovaná problematika hlubší souvislosti, byly proto do dotazníku přidány i další otázky, které dokreslovaly okolnosti působení metodika prevence. Jejich vyhodnocení v kontextu s výše uvedenými otázkami je popsáno v následující části.

Základní informace o školních metodických prevence

Jak v oblasti školství, tak i v tomto dotazníku se ukázalo převažující zastoupení žen na pozicích učitelů – metodiků prevence. Je otázkou, zda tato jednostrannost nemůže být také

¹⁶ Největší procentuální zastoupení odpovědi „anorexie a bulimie“.

překážkou dostupnosti poradenských služeb pro chlapce, kteří mohou pociťovat určitý ostych při řešení citlivých otázek se ženami. V dotazníku totiž odpovídal pouze jeden muž.

Věková skladba metodiků prevence stejně tak jako délka praxe na pozici metodika prevence ukazuje zastoupení dvou silných kategorií. Jsou to zkušení pracovníci povětšinou ve věku 51 až 60 let s praxí více než deset let. Druhou skupinou jsou pak pedagogové do 40 let s praxí do 3 let na této pozici. Velikost první skupiny lze přisoudit ke zkušeným pracovníkům s dlouholetou praxí na škole, s rozsáhlou znalostí místních poměrů a v neposlední řadě s určitou mírou zavedené rutiny, která jim umožňuje snadnější orientaci v dokumentaci, v organizacích působících v dané lokalitě apod. Za úvahu stojí, zda na tuto zmiňovanou rutinu nelze pohlížet i z druhé strany, jako na systém činností, které metodik prevence nechce dále inovovat, protože jsou z jeho pohledu funkční, avšak nemusí odpovídat současným potřebám dětí.

Tematická zpráva ČŠI z roku 2016 (viz kapitola 2.7 – Rizika komplikace práce metodika prevence) hovoří o vysoké fluktuaci na pozici metodika prevence. Tomuto důvodu lze také přisuzovat rozsáhlejší skupinu mladších pedagogických pracovníků s praxí do tří let. Je totiž možné, že se potýkají s nedostatkem pochopení u vedení nebo u kolegů při zavádění nových postupů a metod řešení rizikového chování, s vyšší časovou náročností práce a souvisejí administrativní zátěží (viz graf č. 7).

Dalším aspektem souvisejícím s kvalitou a odborností poskytovaných služeb metodika prevence je i absolvované specializační studium. Lze předpokládat, že takto proškolení pedagogové se budou obecně lépe orientovat v problematice rizikového chování. Dle dotazníku mají takovou odbornost ve 44 % případů, ale pochopitelně závisí na osobnosti metodika prevence, zda se bude chtít dále vzdělávat a sledovat aktuální trendy ve zmiňovaných oblastech.

Možné limitující faktory práce

Jak již bylo zmíněno v kapitole 2.7 – Rizika a komplikace práce metodika prevence, metodici prevence se potýkají ve své činnosti s určitými úskalími. Tyto skutečnosti potvrzují i získaná data v tomto bloku otázek. Lze konstatovat, že všechny tyto aspekty práce (administrativní zátěž a vysoký pracovní úvazek, graf č. 7; 73 %) se mohou podepsat na množství a kvalitě poskytovaných služeb.

Jiným možným omezením může být i další přidružená funkce k funkci metodika prevence. Téměř každý druhý oslovený metodik totiž zastává funkci třídního učitele (graf č. 5), která sama o sobě může přinášet další velké pracovní zatížení. Jedná se totiž nejen o komunikaci se zákonnými zástupci, ale i o organizaci školních akcí, třídních schůzek, koordinaci práce všech vyučujících ve své třídě apod. (viz Příloha č. 4 – Příklad náplně práce třídního učitele).

Dalším limitujícím faktorem v jejich práci může být kombinace předmětů, které metodik vyučuje na dané škole. Pokud totiž má ve svém rozvrhu předměty, ve kterých lze snadněji některé preventivní aktivity realizovat, má pak větší přehled o potřebách dané třídy. Může na ně tedy při tvorbě MPP lépe reagovat. Práce může být na jednu stranu flexibilnější, ale ostatní pedagogové při takové organizaci práce ale nemusí být do preventivních aktivit tolik zapojováni a činnosti na preventivních aktivitách tak zůstávají především v rukách metodika prevence.

Dotazníkové šetření ukázalo, že nejčastějšími vyučovanými předměty metodiků prevence jsou matematika a zeměpis (graf č. 6), které svým obsahem nevytváří takové podmínky pro realizaci preventivních aktivit. U předmětů, kde jsou takové možnosti dostupnější (výchova k občanství a přírodopis) se ukázala četnost pouze 9 %.

Poruchy příjmu potravy – výskyt, detekce, informovanost

Cílem této části dotazníkového šetření bylo zjistit, zda se oslovení metodici prevence setkali s poruchami příjmu potravy a v jaké četnosti, jestli je umí odhalit a jaké druhy poruch příjmu potravy vůbec znají. Další oblastí byla jejich ochota využívat další materiály k rozšiřování svých odborných znalostí v oblasti PPP.

Metodici se podle výsledků dotazníkového šetření s PPP setkali ve své praxi v 50 % případů (graf č. 8), a jen ti také dále odpovídali na další doplňující otázky, které se týkaly počtu výskytů PPP. Grafy mohou naznačovat souvislost mezi znalostí druhů poruch příjmu potravy (graf č. 12) a možnou jejich četností výskytu (od jednoho setkání až po dvacet, graf č. 9). Pokud totiž metodici uvedli, že znají ze 78 % pouze anorexii a bulimii, je pravděpodobné, že jim ostatní poruchy příjmu potravy mohou unikat. Ale i přesto se oslovení metodici (56 %) domnívají, že by poruchy příjmu potravy dokázali odhalit (graf č. 11). Z tohoto důvodu je součástí této práce Příloha č. 5 - Přehled poruch příjmu potravy, která může být následně mezi jednotlivé metodiky prevence distribuována.

Co se týče dalšího vzdělávání a informovanosti metodiků prevence v PPP, tak při analýze jednotlivých odpovědí dotazníku se ukázalo, že ti metodici prevence, kteří uvedli, že neumí nebo si nejsou jisti schopností odhalit poruchu příjmu potravy (44 %, graf č. 11) v 60 % nevyhledávají žádné další materiály (5 z 8 metodiků). Tato informace je s ohledem na výše uvedenou důležitost detekce PPP poměrně znepokojivá, může pochopitelně souviset i s důvody, které byly zmiňovány v kapitole 2.7 - Rizika a komplikace práce metodika prevence (administrativní zátěž, vysoký pracovní úvazek, atmosféra ve škole), nebo s pouhou neochotou se dále vzdělávat.

Pokud se pedagogové dále vzdělávali, tak nejčastěji (v 55 %) uváděli jako zdroj informací časopis Prevence (graf č. 14), který byl na základě žádosti samotných metodiků prevence do škol distribuován a financován Úřadem městské části Prahy 8 (z vlastní zkušenosti autorky).

Konkrétní realizace preventivních programů

Obecně lze z jednotlivých odpovědí (č. 13–15) vyčíst, že školy mají oblast prevence PPP zahrnutu do svých minimálních preventivních programů (87 %), zejména ji pak realizují v jednotlivých vyučovacích předmětech (graf č. 22). Jejich zastoupení je ovšem velmi odlišné a pohybuje se od hodiny po deset vyučovacích hodin (graf č. 23). Ovšem nejčastější odpovědi metodiků (45 %) byly pouze dvě vyučovací hodiny věnované prevenci PPP za celý školní rok.

Podle očekávání se tyto aktivity nejčastěji uskutečňují v předmětech, které svou podstatou k tématu inklinují – přírodopis, výchova ke zdraví a výchova k občanství (graf č. 22).

Externě jsou totiž zajišťovány jen v 17 % případů (graf č. 16) a sami metodici je také pouze realizují v 17 % případů (graf č. 17). Získaná data však úplně nekorespondují s daty získanými v otázce č. 18 „Zúčastnili se vaši žáci v minulých třech letech akcí ‘přednáška, beseda‘ na téma poruchy příjmu potravy?“, kdy 33 % metodiků uvedlo externí zdroje jako realizátory akcí na PPP (graf č. 21), např. Zdravá Pětka, Jules a Jim a Odyssea.

Zajímavé odpovědi byly získány z otázek č. 16, resp. č. 17. Ty zaměřovaly svou pozornost na informace týkající se skladby zdravého jídelníčku a na posilování vnímání sebe sama. Obojí totiž autoři odborné literatury, která byla použita v teoretické části této práce – Papežová, Krch, Švédová a Míčová, zmiňují jako klíčové. Takové akce se na oslovených

základních školách realizovaly v 33 %, resp. 44 % a jsou zásadní pro vytváření očekávaných postojů žáků.

Hodnocení realizací preventivních programů

K čistě subjektivnímu hodnocení preventivních programů docházelo v další části dotazníkového šetření, kdy se metodici prevence vyjadřovali vlastními slovy k silným a slabým stránkám realizovaných programů. Lze říci, že metodici byli s preventivními programy spokojeni – známka 6,88/10 (graf č. 24). Stejně závěry vyplývají i z otázek č. 20 a č. 21, kde metodici především jako nedostatek zmiňovali menší časovou dotaci na jednotlivé preventivní aktivity. Vedle časové dotace se pak podle grafu č. 25 objevuje i deficit finančních prostředků pro efektivnější prevenci PPP, který je ale částečně v protikladu s tvrzeními v části *Financování preventivních programů*.

Financování preventivních programů

V grantových řízeních jsou školy povětšinou aktivní (zapojuje se 72 % z nich), ale problematiku poruch příjmu potravy v projektu, který je součástí grantového řízení (vlastní zkušenost autorky), uvádí pouze 17 % ze všech dotázaných (graf č. 26). Je důležité podotknout, že pokud škola aktivně vyhledává a uskutečňuje další způsoby financování jednotlivých preventivních aktivit, umožňuje jí to realizovat širší škálu nabízených programů. Většinou ale jsou tyto úkoly spojené s grantovým řízením opět delegovány na metodiky prevence. Ti tuto agendu nutně přidávají k již výše zmíněným dalším administrativním činnostem, což může vysvětlovat neúčast škol v těchto řízeních (28 %; graf č. 26) a zároveň toto může být považováno za další limitující faktor jejich práce.

Spolupráce a informovanost pedagogického sboru

Velmi překvapivou částí, co se odpovědí týká, byla poslední skupina otázek, která byla zaměřena na spolupráci mezi jednotlivými pedagogickými pracovníky a dalšími subjekty a na informovanost pedagogického sboru v oblasti prevence poruch příjmu potravy.

Malý rozptyl bodového ohodnocení pořadí spolupráce u otázky č. 27 „Při výskytu rizikového chování u žáka v oblasti příjmu potravy bych dále spolupracovala / spolupracoval s:“ by mohl naznačovat nejistotu a rozkolísanost při rozhodování metodika prevence ve spolupráci s ostatními subjekty ve škole i mimo ni. Překvapivým výsledkem je pozice zákonného

zástupce až na čtvrtém místě (defacto na stejné pozici s kolegou a pedagogicko-psychologickou poradnou). Obecně platí, že zákonný zástupce by měl být tím nejbližším partnerem při řešení takové situace ve škole. Jasná je pozice prvních dvou pracovníků (výchovného poradce a psychologa / školního psychologa), protože ti jsou součástí školního poradenského pracoviště. Na druhou stranu se ukázalo, že metodici prevence případnou spolupráci s OSPOD řadili v průměru až na poslední pozici, protože taková spolupráce by měla nastávat pouze v případech, pokud vše ostatní realizované selže. I přesto se zdá být počet jednotlivých voleb u této odpovědi příliš vysoký.

Otázky č. 28 a č. 29 pouze v 17 % ukazují, že pedagogové škol, jejichž metodici se do dotazníkového šetření zapojili, mají dostatek informací a dokáží tak odhalit poruchu příjmu potravy. Velmi zarážejících je zbývajících 83 % odpovědí, kde metodici uvedli, že si přítomností těchto schopností u pedagogů nejsou jisti. Velmi zarážející proto, že právě metodik prevence by měl zajistit dostatečnou a efektivní informovanost pedagogických pracovníků. U této otázky by se daly spíše očekávat buď kladná, nebo pouze záporná tvrzení.

5.5 Komparace

Pro dotazníkové šetření byl vybrán specifický vzorek osmnácti metodiků prevence působících v Praze 8. Metodici prevence a celý systém školního poradenského pracoviště, jak je definován ve vyhlášce 72/2005 Sb., předpokládá jednotnější metodické vedení s ohledem na činnost metodika prevence v pedagogicko-psychologické poradně. Na základě odpovědí lze tak v mnohých případech shrnout tendenci k preventivním a metodickým činnostem, ke kterým inklinují metodici prevence ve školách, v případě, že realizují preventivní aktivity zaměřené na prevenci poruch příjmu potravy. A rovněž se dotazník zaměřoval i na okolnosti těsně související s prací metodika prevence, protože lze předpokládat, že existence těchto okolností také ovlivňuje jejich práci, zejména pak kvalitu, četnost a efektivitu poskytovaných služeb.

Další odpovědi na otázky týkající se informovanosti metodiků prevence a ostatních pedagogických pracovníků v jejich školách byly znepokojivé. Z dotazníkového šetření totiž vyplynuly tři zajímavé skutečnosti.

První z nich ukazuje na souvislost mezi udávanou zkušeností s poruchou příjmu potravy a ochotou dalšího vzdělávání. Polovina respondentů uvedla, že se s PPP setkala, stejní metodici řešili problematiku PPP a zároveň uvedli, že by PPP dokázali odhalit. Tato skupina využívá materiály k dalšímu získávání informací o PPP. Naopak druhá polovina respondentů, kteří se s PPP nesečkali, problematiku neřešili ani nedokáží PPP odhalit, nevyužívá materiály k dalšímu studiu PPP. Je tedy otázkou, zda v úspěšnosti odhalování PPP hraje zásadní roli ochota se dále vzdělávat, či pedagogická zkušenost způsobila zvýšený zájem o tuto problematiku.

Druhá zajímavost se týkala informovanosti ostatních pedagogických pracovníků, kdy metodici uvedli, že nevědí, resp. si nejsou jisti, zda jejich kolegové mají dostatek informací o PPP (83 %). Nelze totiž logicky připustit, že metodici tuto informaci neví, protože metodické vedení pedagogického sboru je v jejich odpovědnosti a vlastní náplní jejich práce.

Poslední zajímavostí dotazníku bylo převažující povědomí metodiků prevence pouze o onemocnění mentální anorexií a mentální bulimií a jejich neznalost dalších nových trendů v oblasti prevence poruch příjmu potravy (56 %). Toto zjištění souvisí s předchozími informacemi, kdy se metodici dále v problematice PPP nevzdělávají. Proto do přílohy diplomové práce byly vloženy základní informace o poruchách příjmu potravy, které jim mohou pro tento účel posloužit (Příloha 5 - Přehled poruch příjmu potravy).

6 Návrh preventivních aktivit v oblasti poruch příjmu potravy

6.1 Vhled do problematiky a obecná východiska

Dalším cílem praktické části diplomové práce je návrh vlastní preventivní aktivity, která by mohla posloužit jako materiál ostatním pedagogům a metodikům prevence při realizaci prevence na základních školách. S ohledem na nejrůznější možné rizikové faktory je třeba s primární prevencí začít poměrně brzy, protože některé příčiny takového chování, byť neuvědomované, mohou vznikat již v předškolním věku (Papežová a kol., 2010).

V předškolním vzdělávání se uplatňuje především nesespecifická všeobecná prevence, která se realizuje v rámci aplikace Rámcového vzdělávacího programu pro předškolní vzdělávání v konkrétních podobách školních vzdělávacích programů jednotlivých mateřských škol. Nejvíce se pak ukazuje ve vzdělávací oblasti Dítě a jeho zdraví - z dílčích výukových cílů pak „osvojení si poznatků o těle a jeho zdraví, o pohybových činnostech a jejich kvalitě, osvojení si poznatků a dovedností důležitých k podpoře zdraví, bezpečí, osobní pohody i pohody prostředí, vytváření zdravých životních návyků a postojů jako základů zdravého životního stylu, uvědomění si vlastního těla“ (Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání, 2018, s. 15).

A pak také v oblasti Dítě a jeho psychika „poznávání sebe sama, rozvoj pozitivních citů ve vztahu k sobě (uvědomění si vlastní identity, získání sebevědomí, sebevědomí, osobní spokojenosti), získání relativní citové samostatnosti, rozvoj schopnosti sebeovládání, rozvoj schopnosti citové vztahy vytvářet, rozvíjet je a city plně prožívat, rozvoj poznatků, schopností a dovedností umožňujících pocity, získané dojmy a prožitky vyjádřit“ (RVP PV, 2018, s. 21).

Mateřské školy podporují zdravý životní styl a prevenci PPP především pravidelností ve společném stravování za dodržování základních pravidel etikety, také tělovýchovnými chvilkami v řízených činnostech a dále pravidelným pobytem venku. Velkou měrou by se na prevenci měli podílet i sami rodiče, a to vedením dětí ke správným stravovacím návykům v domácím prostředí i mimo něj, podporou sportu a aktivního trávení volného času, odpočinku atd. (tamtéž, 2018).

Na základních školách jsou požadavky na oblast zdraví a prevence opět zastoupeny v konkrétních školních vzdělávacích programech, takže jednotlivé aktivity není třeba zcela izolovaně realizovat. Rovněž není vždy nutně potřeba, dle mínění autorky, využívat odborníky – externisty pro jednotlivé preventivní aktivity (hovoříme-li především o oblasti zdraví), jelikož pedagog, a to především na 1. stupni, může tyto činnosti zvládnout vlastními silami. Podmínkou je pochopitelně jeho odborná a pedagogická připravenost, dobré komunikační schopnosti, vedení metodikem prevence, a rovněž i možné další vzdělávání.

Prevence by měla s vyučovaným tématem přicházet zcela přirozeně, aby se žádoucí postoje vytvářely komplexně, dlouhodobě a byly tak trvalejší. Na dalších řádcích je uveden výběr jednotlivých vzdělávacích oblastí, které jsou zmíněné v Rámcovém vzdělávacím programu pro základní vzdělávání (2017):

Člověk a jeho svět (1. stupeň):

- lidské tělo – stavba těla, základní funkce a projevy, životní potřeby člověka, biologické a psychické změny v dospívání, vývoj jedince
- péče o zdraví – zdravý životní styl, denní režim, správná výživa, výběr a způsoby uchovávání potravin, vhodná skladba stravy, pitný režim, prevence nemocí a úrazů.

V dalších stupních pak ve vzdělávací oblasti **Člověk a příroda** – především tedy v oboru přírodopis:

- nemoci, úrazy a prevence – příčiny, příznaky, praktické zásady a postupy při léčení běžných nemocí; závažná poranění a život ohrožující stavy, epidemie
- životní styl – pozitivní a negativní dopad prostředí a životního stylu na zdraví člověka.

Dále v oboru **chemie**:

- přírodní látky – zdroje, vlastnosti a příklady funkcí bílkovin, tuků, sacharidů a vitaminů v lidském těle.

Člověka a společnost s oborem výchova k občanství:

- podobnost a odlišnost lidí – projevy chování, rozdíly v prožívání, myšlení a jednání; osobní vlastnosti, dovednosti a schopnosti, charakter; vrozené předpoklady, osobní potenciál
- vnitřní svět člověka – vnímání, prožívání, poznávání a posuzování skutečnosti, sebe i druhých lidí, systém osobních hodnot, sebehodnocení; stereotypy v posuzování druhých lidí
- osobní rozvoj – životní cíle a plány, životní perspektiva, adaptace na životní změny, sebezměna; význam motivace, aktivity, vůle a osobní kázně při seberozvoji.

A především v oblasti **Člověka zdraví** – oboru Výchova ke zdraví v těchto oblastech:

- Změny v životě člověka (dětství, puberta, dospívání – tělesné, duševní a společenské změny)
- Zdravý způsob života a péče o zdraví (výživa a zdraví – zásady zdravého stravování, pitný režim, vliv životních podmínek a způsobu stravování na zdraví; poruchy příjmu potravy, denní režim, vyváženost pracovních a odpočinkových aktivit, význam pohybu pro zdraví, pohybový režim)
- Rizika ohrožující zdraví a jejich prevence (stres a jeho vztah ke zdraví – kompenzační, relaxační a regenerační techniky překonávání únavy, stresových reakcí a posilování duševní odolnosti, autodestruktivní závislosti – psychická onemocnění, násilí namířené proti sobě samému, manipulativní reklama a informace – reklamní vlivy)
- Hodnota a podpora zdraví (celostní pojetí člověka ve zdraví a nemoci – složky zdraví a jejich interakce, základní lidské potřeby a jejich hierarchie, podpora zdraví a její formy – prevence a intervence, působení na změnu kvality prostředí a chování jedince, odpovědnost jedince za zdraví, podpora zdravého životního stylu)
- Osobnostní a sociální rozvoj (sebepoznání a sebepojetí – vztah k sobě samému, vztah k druhým lidem; zdravé a vyrovnané sebepojetí, utváření vědomí vlastní identity, seberegulace a sebeorganizace činností a chování – cvičení sebereflexe, sebekontroly, sebeovládání a zvládání problémových situací; stanovení osobních cílů a postupných kroků k jejich dosažení; zaujímání hodnotových postojů a rozhodovacích dovedností pro řešení problémů v mezilidských vztazích; pomáhající

a prosociální chování, psychohygienu v sociální dovednosti pro předcházení a zvládnání stresu, hledání pomoci při problémech) (RVP ZV, 2017).

6.2 Rozvoj klíčových kompetencí

Záměrem návrhu preventivní aktivity je vytvořit takové činnosti, které by rovněž mohly napomoci podpořit rozvoj klíčových kompetencí (RVP ZV, 2017). Zásadní jsou rozhodně *kompetence k učení*, u nichž je jasným cílem to, aby vše, co se žáci dozvědí ve škole, mohli aplikovat do svého budoucího života, a že všechny nové znalosti jsou vlastně další cestou k jejich pokroku. Cílem je tedy to, aby učení nebylo jen automatické a neúčelné nasávání informací, ale realizace naučeného v praxi.

Kompetence k řešení je ve vztahu k prevenci PPP zásadní, jelikož je právě někdy spouštěcím mechanismem takového onemocnění to, že takový žák nedokáže případný problém vyhodnotit, nebo ho v počáteční fázi za problém považovat. Cílem je tedy žáky vést k přemýšlivému způsobu chování a jednání, pokládání si otázek, hledání možných řešení a také případné pomoci a detekování problému ostatními spolužáky.

Komunikační kompetence se především v preventivních programech, které se zabývají problematikou osobnostního a sociálního rozvoje, rozvíjejí nejaktivněji, jelikož jsou tu kladeny větší nároky na žáky z hlediska vyjadřování vlastního názoru, naslouchání, diskuze a při nejrůznějších formách práce i schopnost obhájit vlastní myšlenku, případně ji jinak neverbálně realizovat.

Dalšími možnostmi rozvoje kompetencí je využívání jiných forem práce a seznamování s nejrůznějšími dostupnými materiály, které by žáci ideálně mohli využívat i pro jiné činnosti. S čímž souvisí i plánování dílčích činností pro společnou aktivitu při realizovaných preventivních aktivitách (*kompetence pracovní*).

Schopnost spolupráce, zapojit se do aktivity, být článkem pracovního týmu, uvědomit si silné a slabší vlastnosti spolužáků jsou základními aspekty *kompetencí sociálních a personálních*. S nimi souvisí i *kompetence občanské*, které jsou při takových aktivitách rozvíjeny ve formě poskytování pomoci ostatním, pokud se bude někdo nacházet v nepříjemné situaci, jakož i odhadnutí případného rizika ve společnosti a posouzení závažnosti takového rizika.

6.3 Cílová skupina

Jednotlivé aktivity jsou cíleny na žáky 6. ročníku, a to na dívky i chlapce, protože i u chlapců se mohou také vytvořit určité podmínky pro vznik rizikového chování v oblasti PPP. Rovněž je tato skupina vybrána z toho důvodu, že toto období je nejen náročnější s ohledem na změny týkající se přechodu na druhý stupeň. Na žáky jsou kladeny totiž mnohem větší nároky ze strany učitelů a jednotlivých předmětů, ale částečně dochází k oslabení role třídního učitele, který je v konkrétní třídě třeba jen na několik hodin týdně.

Také 6. třída předchází době, kdy se začínají objevovat větší tělesné změny směrem k dospívání, které nemusí být jednotlivými žáky přijímány pouze příznivě. S ohledem na obsah rizikového chování by totiž ideálně měla preventivní aktivita předcházet samotnému setkání s takovým rizikovým chováním tak, aby mohli být žáci připraveni na možná úskalí z toho plynoucí.

6.4 Časový rozsah

Představené aktivity by mohly být realizovány v průběhu celého vzdělávání (celého školního roku), resp. průběžně tak, aby se neustále posilovaly postoje a mohlo být podporováno žádoucí způsob chování. Rovněž také při dlouhodobější realizaci může učitel – třídní učitel – metodik prevence lépe vyhodnocovat výsledek preventivního působení, může aktivity přizpůsobovat se zřetelem na případné zvláštnosti ve skupině či potřeby jednotlivých tříd.

Navržené aktivity by neměly trvat obecně více než 30 minut právě proto, aby se mohly poměrně lehce implementovat do jednotlivých předmětů bez narušení obsahové náplně.

6.5 Integrace do výuky

Podle doporučení jednotlivých odborníků (Krch, 2005 a Papežová a kol., 2010) by se jednotlivé aktivity směřující na oblast prevence PPP neměly nazývat spojením slov problém, obezita, poruchy příjmu potravy, hmotnost apod., protože by mohly v dětech automaticky vzbudit negativní reakce. I samotné slovo prevence někdy můžeme chápat s částečně zápornou konotací.

Vize je taková, že by jednotlivé aktivity mohly být také realizovány v rámci třídnických hodin, pokud jimi škola disponuje. Totiž, aby taková hodina nebyla jen prostor pro

vyřizování „restů“, ale byla skutečně třídě platná. Tj. aby to byl prostor pro pochvalu, práci s kolektivem a řešení záležitostí, které se třídy týkají, samozřejmě i k prevenci v bezpečném prostředí třídy.

Případně by se aktivity mohly uskutečnit při hodinách předmětů typu *výchova ke zdraví* či *výchova k občanství* i s ohledem na vyučovaná témata. Pokud by práce s třídním kolektivem byla systematická a dlouhodobá, tak by mohla vést k mnohem lepším výsledkům, než akce nárazové a časově ohraničené, které mohou i z hlediska přijímaných informací a podnětů být velmi hutné. Jejich efekt by pak mohl být pouze krátkodobější než soustavná práce se třídním kolektivem.

Úskalím by však mohla být určitá nepřipravenost pedagogů při realizaci těchto aktivit. Velmi totiž záleží na osobnosti člověka – učitele, zda disponuje takovými schopnostmi, jako jsou například pedagogický takt, umění žáky motivovat, empatie, komunikační dovednosti, aby pak mohl být při takových činnostech průvodcem a mentorem.

Další možností by mohla být integrace prevence do projektových dnů například typu „*Den zdraví*“, v nichž by žáci získali nové informace a dovednosti. V tomto případě by docházelo ke koncentraci informací z dané oblasti, avšak z různých pohledů (např. *chemie* – měření obsahu soli v potravinách, *matematika* – výpočty kalorických hodnot jednotlivých potravin, *zeměpis* – typické potraviny pěstované na jednotlivých kontinentech, *český jazyk* – příprava pokrmů (popis pracovního postupu), *přírodopis* – vliv vitaminů, stravy na stavbu těla a jeho stav ...). Nicméně v těchto případech je potřeba získané informace vyhodnotit (třeba s využitím nejrůznějších demonstračních metod), uvést do kontextu, aby opět nezapadly v množství jiných poznatků.

6.6 Cíle

Cílem preventivních aktivit je tedy působit tak, aby maximálně eliminovaly možné okolnosti vzniku poruch příjmu potravy. Dále edukace žáků tak, aby v případě problému a nefunkčního rodinného prostředí mohli vyhledat pomoc. Také vytváření pocitu důvěry mezi učitelem – třídním učitelem – metodikem prevence a mezi spolužáky. To vše ve snaze vytvořit ve třídě, resp. ve škole maximální možnou míru tolerance, respektu a pocitu bezpečí.

Mezi hlavní cíle se pro účely práce řadí:

- podpora zdravého životního stylu
- upevňování zdravého/kladného pohledu na sebe sama
- předcházení vzniku rizikového chování v oblasti PPP.

Díličmi cíli pak:

- rozvoj žáků v oblasti psychohygieny
- strategie při řešení stresových situací
- rozvoj a podpora komunikace a asertivního vyjadřování.

6.7 Obsah

Jednotlivé preventivní aktivity se budou zaměřovat především na dvě oblasti, které jsou z pohledu autorky nejdůležitější s ohledem na zmiňovanou problematiku poruch příjmu potravy:

1. zdravý životní styl
2. vnímání sebe sama.

Zdravý životní styl a pohled na život je zásadní pro orientaci dítěte v tom, co ovlivňuje jeho existenci pozitivním a negativní směrem. S informacemi, které dítě – žák dostává, je třeba pracovat se zřetelem na věkové zvláštnosti a s ohledem na množství a odbornost předávaných informací. Základní povědomí by mělo být budováno postupně tak, aby došlo ke zvnitřnění těchto informací.

6.8 Metody a formy výuky

K dosažení vytyčených cílů by mělo být využito co nejširšího spektra nejrůznějších metod tak, aby jednotlivé aktivity byly pro žáky atraktivní a rozvíjely co nejvíce dovedností. Nejvíce budou využívány metody diskuzní, inscenační ve formě hraní rolí, didaktické hry. Z praktických metod pak produkční metody, kdy žáci vytvářejí materiál, který jim může dále sloužit i jako materiál didaktický.

Formy výuky lze přizpůsobit podmínkám jednotlivých tříd, ale za preferované lze považovat frontální výuku ve smyslu zadávání práce a kontroly zadaného ze strany učitele. Dále jednoznačně skupinovou formu práce s rysy individuálního zapojení žáků a momentu jejich vlastní práce. Aktivity by měly probíhat ideálně ve třídě, která umožňuje přeskupení lavic a

židli. Lze využít i neformálnější prostředí školy – knihovnu, klub, kde je možno využít jiné organizace zasedacího pořádku tak, aby se žáci cítili příjemně.

6.9 Možné další náměty nespécifické prevence

Kromě níže navržených aktivit, které se budou zaměřovat především na zdravý životní styl a sebepojetí žáků, lze v prostředí školy, podle mého názoru, realizovat i další aktivity, které mohou pomoci v oblasti prevence poruch příjmu potravy. Např.:

- Společné stravování, tj. třídnické aktivity, které povedou k vytváření příznivého klimatu ve třídě a budou spojené s jídlem, např. společné snídane jako součást například třídnických hodin na pravidelné bázi, stejně jako společné v domluvených časových intervalech. Žáci tak budou motivováni společně stráveným časem ve třídě ve společnosti třídního učitele a snídane či svačina bude mít jinou váhu a prožitek, rovněž také mohou vést k podpoře pravidelnějšího stravování.
- Kuchařské výzvy jako neformální zapojení žáků do přípravy jídel. Kdy si žáci na nějaké časové období stanoví nějakou potravinu a z ní během daného časového úseku vytvoří pokrm podle zadaných kritérií (studená kuchyně, sladké pokrmy...). Tuto aktivitu lze spojit rovněž třeba s výukou českého jazyka a tvorbou pracovního postupu.
- Zapojení „nezdravých pokrmů“. Nezdravé pokrmy jako strava z rychlých občerstvení jsou chápány jako jídlo, které by se mělo odmítat, ale většinou žákům velmi chutná a je jimi vyhledáváno. Pokud ho však spojíme s nějakou výjimečnou situací (spaní ve škole, školní výlet, vysvědčení), tak ho nutně nelze chápat jako nezdravé, protože jde především o četnost takové stravy a její množství. Není třeba žákům tyto pokrmy zakazovat, ale pracovat s tím, že je v omezeném množství konzumovat můžeme. Je potřeba žáky v této oblasti vzdělávat a neodpírat jim tyto možnosti stravování tak, aby při jejich případné konzumaci neměli výčitky.

6.10 Aktivity

Aktivita 1

Zaměření: denní režim

Upřesnění cíle: žák se seznámí s pojmem denní režim, dále s plánováním odpočinku a času na práci, seznámení s pojmy duševní a tělesná hygiena

Časová dotace: 25 minut

Forma: individuální práce, skupinová – diskuze

Pomůcky: pastelky, tužky, papír/karton, nůžky

Vlastní činnost:

- Žáci dostanou za úkol ztvárnit svůj denní režim – pracovního dne a volných dnů víkendu.
- Ztvárnění může mít různou podobu, od nejrůznějších výsečí, po plakát.
- Žáci by měli zakreslit či zapsat, kolik času tráví odpočinkem, kolik aktivní činností (přípravou na výuku, sportovními aktivitami) ...
- Po zpracování by měla nastat diskuze, jež by měla reflektovat výsledky činnosti – debata nad jednotlivými zpracováními, seznámení se i s jinými způsoby trávení volného času svých spolužáků, hledání možné inspirace.

Sledované výstupy:

Žáci by následnou diskuzí měli být motivováni k aktivnímu trávení celého dne, ke střídání jednotlivých aktivit, snaze nesoustředit se pouze na jeden cíl a využívat složky aktivního odpočinku (sport, hudební a výtvarné činnosti). Měli by být seznámeni s pojmy duševní a tělesná hygiena. Učitel, který by vedl tuto aktivitu, by tak měl získat informace o tom, co vlastně žáci ve svém volnu dělají, jak ho tráví a co dělají proto, aby se udržovali v dobré psychické pohodě. Jistými poznatky by mohly být i ty, jak se i sama rodina žáka staví k jednotlivým denním aktivitám, zda i rodina je v této oblasti aktivní a zda se snaží být pro dítě vzorem.

Pro žáky, kteří by byli v této aktivitě „ztraceni“, by mohla aktivita posloužit jako zdroj inspirace, případně jako zjištění, jak jinak lze trávit volný čas. Vhodnost ve výběru této aktivity lze sledovat především v tom, že by si žáci měli uvědomit, že sami pro sebe a své zdraví mohou udělat možná více, než sami dosud tušili. Ve srovnání s ostatními spolužáky by mohli vyvodit závěr pro svou osobu a případně přehodnotit své dosavadní chování směrem ke své aktivitě v průběhu celého dne a týdne.

Dále lze sledovat i opačný případ, že mnozí žáci mají naplánovaný celý den jednotlivými aktivitami a nemají čas sami na sebe, což může být u poruch PPP riziko právě u žáků, kteří na sebe kladou mnohem více nároků, nemohou je unést a mohou vést k úniku do rizikového chování.

Aktivita 2

Zaměření: vnímání sebe sama a ostatních

Upřesnění cíle: vnímání sebe sama, vnímání svých dobrých a špatných vlastností, oceňování těchto vlastností u svých spolužáků

Časová dotace: 25 minut

Forma: individuální, skupinová práce

Pomůcky: tužka, papír, tužka

Vlastní činnost:

- Žáci dostanou za úkol nakreslit obrázek superhrdiny, nebo nějaké jiné postavy, která se jim líbí a má symbolizovat sílu. Požadavkem na obrázek je to, aby byl znázorněn tak, aby se do jednotlivých částí těla dalo psát.
- Po vytvoření takového obrázku se žáci zamyslí nad svými vlastnostmi – a pouze ty pozitivní (tedy ty, které sami žáci považují za pozitivní) mohou zapsat nebo jinak ztvárnit na tělo nakreslené postavy.
- Po této části práce by měla následovat diskuze nad jednotlivými pracemi. Případně je možné zvolit jako další část činnosti možnost zapojení ostatních spolužáků při doplňování vlastností druhým. Je však třeba tuto část aktivity volit pouze u takových

třídních kolektivů, u kterých nehrozí riziko, že by tuto aktivitu zneužily k případným urážkám apod.

Sledované výstupy:

Při této aktivitě by učitel měl sledovat to, jak se jednotlivé děti vnímají a jak se hodnotí. Také to, jaké vlastnosti oni sami považují za pozitivní/dobré. Z diskuze by měla vyplynout i otázka, co jsou dobré a špatné vlastnosti, zda je lze nějak dále využít. A zda každá špatná vlastnost je skutečně vlastností špatnou a naopak.

Při zapojení ostatních dětí do aktivity lze také pozorovat možnou úroveň spolupráce, komunikaci, dále oceňování / dopisování pozitivních vlastností ostatními spolužáky. Učitel může také sledovat to, jak se oceňují jednotliví spolužáci navzájem, dále sleduje vztahy mezi nimi a všímá si rozdílů.

Aktivita 3

Zaměření: vnímání sebe sama a ostatních

Upřesnění cíle: oceňování spolužáků, spolupráce, podpora příznivého klimatu ve třídě, žák přijímá obraz sebe samého

Časová dotace: 20 minut

Forma: skupinová práce

Pomůcky: tužka, pastelky, lihové fixy, papírová malířská páska

Vlastní činnost:

- Tato činnost by měla zakončovat nějakou jinou činností, nebo ukončovat celý blok činností, protože v této aktivitě se mají žáci navzájem pochválit a jedná o aktivitu prožitkovou a shrnující.
- Obecně lze říci, že většinou mají lidé tendenci se hodnotit negativně a vyjmenovat především své špatné vlastnosti. V této aktivitě pozitivnímu hodnocení mají pomoci právě žáci, kteří by si je měli navzájem vyměňovat.

- Žáci dostanou k dispozici role papírové malířské pásky, na kterou se dobře píše a která dokáže dobře přilnout k nejrůznějším textiliím. Dále dostanou za úkol podle jejich preference napsat nějaký vzkaz nebo ohodnocení jinému spolužákovi a nalepit ho na nějakou část jeho těla (nebo na jeho lavici, batoh). Místo zvolíme podle toho, jaké vztahy panují v jednotlivých třídách.

Sledované výstupy:

Tato aktivita je zaměřena na pozitivní hodnocení, protože u každého člověka je přítomno vždy něco, co lze chápat jako pozitivní. V některých případech pak nízké sebevědomí nebo přemíra negativního hodnocení, neúspěchu z ostatních stran může u žáků vést k tomu, že se budou pojmát negativně a takový pocit v nich může vytvářet určité rizikové faktory nejen ke vzniku PPP, ale i jiných druhů rizikového chování.

Nalepené pochvaly je možno přelepit na prázdný arch papíru, aby si je žáci mohli později odnést domů a aby se na ně mohli podívat ve chvílích, kdy jim třeba nebude nejlépe.

Po této činnosti by měla rovněž následovat diskuze, kde by žáci měli vlastními slovy nastínit cíl této aktivity – ukázat, že se máme za co pochválit, podpořit se navzájem, potěšit se, ukázat, že i když v některé činnosti nevyvíkáme, můžeme být dobří v jiné.

Aktivita 4

Zaměření: zvládání nepříjemných pocitů

Upřesnění cíle: zvládání situací, které nejsou příjemné; zvládání negativních emocí, zvládání náročných situací, žák dokáže pojmenovat stresovou situaci a nabídne způsoby řešení, zásady duševní hygieny

Časová dotace: 20–30 minut

Forma: skupinová práce – diskuze, hraní rolí

Pomůcky: příprava učitele – otázky (modelové situace)

Vlastní činnost:

- Učitel žáky uvede do tématu povídáním o tom, že ne vždy se každý z nás cítí dobře a má výbornou náladu. Uvede několik příkladů toho, kdy se jak můžeme cítit – není nám dobře, nedaří se ve škole, máme konflikty se sourozenci...
- Společně s učitelem žáci zkusí zanalyzovat a vyřešit několik modelových situací včetně rad pro jejich aktéry:
 - Monika zaslechla ostatní děvčata ve třídě, jak se o ní nepěkně vyjadřují. Jak se Monika cítí? Co byste jí poradili?
 - Petr dostal z písemky špatnou známku, i přestože se učil. Písemka se prostě nepovedla. Jak se Petr cítí? Co byste mu poradili?
 - Kubovi zemřel jeho domácí mazlíček králik. Jak se Kuba cítí? Co byste mu poradili?
 - Ivana má spoustu koníčků a zálib, takže se vrací domů hodně pozdě, a pak se ještě připravuje do školy. Ráno se většinou probouzí na poslední chvíli a je hodně unavená. Jak se Ivana cítí? Co byste jí poradili?
 - Dominika byla vždycky vysoká, což byla velká výhoda při basketbalu. Nyní při dospívání jí začala růst prsa, ale ostatním spolužačkám ještě ne. Má pocit, že na ní nyní všichni ve škole koukají. Jak se Dominika cítí? Co byste jí poradili?
- Na základě těchto situací by učitel měl žákům položit další otázky k prožívání nejrůznějších okolností, např.: Co tě dokáže rozzlobit? Co ti dělá radost? Kdy ses nejvíce styděl? Kdy ti bývá smutno? Co ti pomáhá, když jsi smutný?...
- Při této aktivitě je možné zařadit i metodu hraní rolí, kdy si jednotlivé modelové situace mohou žáci přehrát tak, aby daná situace měla mnohem větší dopad na vnímání žáků. Lze vymyslet i nejrůznější alternativní řešení situací, příp. hlasovat o nejvhodnější variantě a řešení.

Sledované výstupy:

Na základě této činnosti by si žáci měli uvědomit, že je běžné se někdy necítit dobře, že jednotlivé situace, kterými si procházíme, přinášejí negativní emoce. Ale je třeba s nimi umět pracovat, odpočinout si, odreagovat se. Následná diskuze se žáky by při řešení

jednotlivých situací měla přinést nejrůznější možné způsoby řešení jednotlivých událostí – svěřit se někomu, poplakat si, najít si jinou činnost, udělat si radost, ...

Žáci by si měli uvědomit, že každá situace má své východisko, když se hledá. Dále by si měli uvědomit, že není ostuda svěřit se někomu jinému, nebo ho požádat o pomoc. Pokud učitel využije metodu hraní rolí, tak je třeba mít na paměti, že aktivita bude časově náročnější, ale pravděpodobně dopad na prožitky žáků bude intenzivnější, a proto je pak třeba věnovat také více času rozboru takové činnosti.

Aktivita 5

Zaměření: hledání pomoci, vytvoření sítě přátel

Upřesnění cíle: vytvoření sítě přátel pro případ, že ji bude žák potřebovat; analýza kontaktů, žák dokáže pojmenovat ty osoby, které mu mohou pomoci při řešení nepříznivé situace

Časová dotace: 15–20 minut

Forma: individuální práce, skupinová – diskuze

Pomůcky: papír, tužka

Vlastní činnost:

- Následující činnost by mohla následovat po výše popsané, protože ta řeší nepříznivé životní situace a nabízí způsoby řešení.
- Žáci dostanou za úkol se zamyslet nad tím, kdo by jim při řešení takových situací mohl pomoci – na koho by se mohli obrátit, protože je lepší být připraven, než zaskočen, jelikož taková situace může nastat kdykoliv. Při této činnosti si mohou žáci vytvořit, nebo jim může pedagog nakopírovat pavoučí síť, kam se žáci zapíší doprostřed své jméno a na jednotlivá vlákna zaznamenají ty osoby, na které by se mohli obrátit (minimálně 5).
- V další části práce na základě dobrovolné diskuze žáci představují svou práci a vysvětlují důvody, proč právě danou osobu zapsali do své sítě.

Sledované výstupy:

Vytvořená práce má žákům posloužit jako jednoduchá pomůcka při řešení nejrůznějších složitých situací, kterou by si měli odnést domů a schovat pro případ potřeby. Při diskuzi učitel zjišťuje, koho žáci zapsali a proč – např.: *dědeček – protože toho hodně zažil, má mnoho zkušeností a jistě by mi poradil; kamarádka – protože ta mě nikdy nezradí a vždy se mi pokusí pomoci, ...* Učitel by měl vyhodnocovat kvalitu zapsaných kontaktů a uvedených důvodů, případně diskuzí motivovat k doplnění relevantnějších kontaktů.

Sleduje také množství jednotlivých kontaktů, případně jestli s vytvořením sítě mají žáci obtíže. Žáci by si měli opět uvědomit, že necítit se někdy dobře je běžné, ale měli bychom se s takovým trápením svěřit někomu, kdo nám může pomoci, k čemuž slouží právě výstup z této aktivity.

Aktivita 6

Zaměření: zdravý životní styl

Upřesnění cíle: uvědomění si pojmu „zdravý životní styl“ (zdravá míra pohybu, vyvážená strava, dostatek tekutin, spánek, zdravá míra stresu, odpočinek), žák dokáže popsat, co patří do zdravého životního stylu a jak ho aplikuje směrem ke svému životu, žák dokáže popsat rizika nevhodného životního stylu

Časová dotace: 20–25 minut

Pomůcky: PC a program www.coggle.it pro tvorbu myšlenkových map (volně dostupné), případně papír, psací potřeby, pastelky

Vlastní činnost:

- Podle vybavení školy a zaměření učitele je možno pro tuto aktivitu využít počítače a programů např.: www.coggle.it, který nabízí poměrně snadný způsob, jak vytvořit myšlenkovou mapu na dané téma. Nebo lze využít klasicky papír, do něhož lze rovněž zadané informace zaznamenat. Výhodou programu je lepší správa a možnost dodatečných oprav, dále pak vkládání obrázků, dopisování vlastních dalších postřehů.

- Na základě vytvořených materiálů, které lze v elektronické podobě sdílet s ostatními, či promítat na tabuli, by měla následovat diskuze nad pracemi. Měly by zaznít především pojmy strava, pohyb, spánek, odpočinek a jak jich dosahovat.

Sledované výstupy:

Na základě myšlenkové mapy má učitel možnost zjistit, jak žáci pojmu zdravý životní styl rozumí a jak ho pojmají, což je velmi důležité, jelikož v některých případech je chápán pouze jako určitá míra tělesné aktivity s odpíráním „nezdravých“ potravin, což tak není.

V diskusi by měla být zmíněna přiměřenost jednotlivých aktivit, které směřují ke zdravému životnímu stylu. Učitel by si měl všimnout případných extrémů v pojetí výše zmiňovaného stylu. Rovněž by se mělo pracovat s mýty, které obestírají zdravý životní styl (co vše zaručeně škodí vs. co vše je zaručeně zdravé).

Výstupy z této práce lze použít jako výukový materiál, který je možno vystavit ve třídě. Rovněž je možné zpracovat velkou myšlenkovou mapu, která se by se věnovala podrobněji dalším aspektům zdravého životního stylu (Příloha č. 8 – Myšlenková mapa).

Aktivita 7

Zaměření: výživová pyramida

Upřesnění cíle: žák se dokáže orientovat ve složkách potravy, popíše a zdůvodní rozložení potravin ve výživové pyramidě

Časová dotace: 20–25 minut

Forma: skupinová práce

Pomůcky: velký arch papíru, lepidlo, pastelky, fixy, případně reklamní letáky z obchodních řetězců

Vlastní činnost:

- V první části aktivity by měl učitel zorganizovat krátký brainstorming – na téma strava a její složky. Při něm by se měly reflektovat znalosti žáků, které získaly na 1. stupni. Měla by být zmíněna vyváženost potravy, její složení a zastoupení

jednotlivých složek (sacharidy, tuky a bílkoviny), které jednotlivé části potravy obsahují, jak vypadá vyvážený jídelníček, které potraviny by měly být konzumované v nejmenším množství a proč ...

- Další část aktivity směřuje k samostatné práci žáků, kdy na základě zopakovaných informací mají za úkol na velký arch papíru vytvořit velkou výživovou pyramidu. Žáci mohou využít reklamního letáku a jednotlivé zástupce potravin vystříhnout a nalepit. Pokud žáci nenajdou vhodné obrázky je možné je dokreslit.
- Na základě jednotlivých prací by se mělo provést zhodnocení a zopakování dané problematiky, případně také srovnání se „vzorovou“ potravní pyramidou (Příloha č. 9 – Výživová pyramida), kterou lze využít ke komparaci. Rovněž můžeme provést srovnání s dalšími potravními pyramidami, jež je možné nalézt na internetu a dokázat tak žákům, že ne všechny informace je nutné chápat zcela dogmaticky a vyvozovat z nich závěry.

Sledované výstupy:

Žáci by měli umět pojmenovat základní složky potravy, měli by je umět zařadit do výživové pyramidy. Dalším výstupem je tvorba výživové pyramidy, která může dále sloužit jako učební pomůcka. Žáci budou pracovat ve skupině, takže je zde nutná vzájemná spolupráce, naslouchání a rozdělení činnosti tak, aby byla zvládnutelná v daném čase s využitím pomůcek; tedy dochází k rozvíjení jednotlivých klíčových kompetencí.

Učitel při této činnosti může sledovat zapojení jednotlivých žáků, může sledovat postoje k jednotlivým druhům potravin, rovněž jako i to, zda jsou tyto potraviny běžnou součástí jídelníčku žáka apod.

Aktivita 8

Zaměření: řešení modelových situací – komiks

Upřesnění cíle: žák umí reagovat na rizikové situace, dokáže je popsat a vyhodnotit, žák ví, jaké řešení na ně aplikovat

Časová dotace: 2 x 25minut

Forma: individuální, skupinová práce

Pomůcky: PC a program např.: <https://www.storyboardthat.com> (volně dostupný) případně pastelky, fixy, papír, předtištěné předlohy, příp. jiné obrázky (časopisy, noviny)

Vlastní činnost:

- V následující činnosti se žáci budou zabývat v první části tvorbou jednoduchého komiksu, který má svým zněním reagovat na nějakou nepříjemnou událost s přesahem do rizikové situace.
- Žáci budou ve skupinkách pracovat v PC programu <https://www.storyboardthat.com>, který umožňuje využívat předkreslených míst a postav, jež lze zasadit do nějakého příběhu. Postavám je také možno dodat komentáře a doplnit o nejrůznější předměty. Pokud není možnost využít techniku, lze využít noviny, časopisy a modelové situace dolepit či dokreslit. Cílem je vytvořit krátký komiks, který bude představovat nějakou rizikovou situaci – tu můžeme zúžit na jedno aktuální téma (v našem případě PPP – nezdravý jídelníček, stravování v rychlém občerstvení, odpírání nějaké potraviny, přemíra cvičení apod.) (Příloha č. 10 – Návrh komiksu).
- V druhé části aktivity bude probíhat diskuze nad vybranými rizikovými situacemi a také nad tím, jak tuto situaci řešit. Vhodnou variantou je toto řešení doplnit o další okénko komiksu, popřípadě napsat možnosti řešení.

Sledované výstupy:

Žáci by při této aktivitě měli sami popsat nejrůznější rizikové situace s ohledem na PPP, měli by vycházet z informací, které mají a při diskuzi by je měli porovnávat s informacemi od spolužáků. Učitel by měl být v pozici toho, kdo případně mýty v této oblasti bude vyvracet a bude podávat pouze relevantní informace. Činnost by měla být realizovaná rovněž po předchozím shrnutí informací týkajících se skladby zdravého jídelníčků, popř. po aktivitě předchozí (Aktivita 7).

Výstupem by pak mělo být ztvárnění několika situací, se kterými by se žáci mohli běžně setkat, včetně jejich řešení. Opět by takto vytvořený materiál mohl být součástí nástěnky třídy, nebo nástěnky týkající se primární prevence.

6.11 Shrnutí

Představované aktivity tvoří návrh pro možnou práci v jednotlivých třídních kolektivech. Netvoří ucelený návrh, který na sebe navazuje, protože aktivity směřované k sebepojetí by měly být realizovány průběžně, aby měl učitel možnost sledovat změny v chování a pojmání žáků a mohl případně preventivně zasáhnout.

Záměrně se v jednotlivých aktivitách nepracuje s pojmy dieta, anorexie a prevence. Cílem jednotlivých aktivit bylo především vytvoření příznivého prostředí v jednotlivých třídách, rozvíjení komunikačních dovedností, naslouchání, vnímání ostatních spolužáků, rozvoj spolupráce ve skupinách, a to vše s ohledem na vnímání sebe sama – svých dobrých a špatných vlastností.

Dále aktivity s pohledem na denní režim žáků mají velkou informační hodnotou především pro učitele. Ten později může zvolit vhodný edukační zásah. Zásadní je také zjišťování názoru na zdravý životní styl a jeho složky a také na to, jak ho aplikují jednotliví žáci v praxi. V některých aktivitách se zapojují i moderní počítačové programy, které žáci neznají a které je možné poměrně snadno ve výuce využít, a tím i ulehčit jejich motivaci pro výkon určité činnosti.

Aktivity, které směřovaly na řešení jednotlivých rizikových situací, byly zvoleny s ohledem na zkušenosti žáků a rovněž za důležité lze považovat to, že by součástí každé aktivity měl být návrh způsobu řešení, jež by prošel diskuzí tak, aby mu všichni žáci porozuměli. Prožitková forma jednotlivých aktivit cílí na formování postojů žáků s ohledem na dlouhodobější trvání takového rysu chování.

Jednotlivé výstupy z aktivit, pokud nejsou jen určeny pro samotného žáka (superhrdina a pavučina), by mohly být vystaveny ve třídě, protože takto vytvořený edukační materiál má pro žáky mnohem větší hodnotu než univerzální poster.

Závěr

V diplomové práci *Preventivní aktivity v oblasti prevence poruch příjmu potravy a jejich realizace na vybraných základních školách* jsem se v teoretické části věnovala vymezení základního problému, který práci provázal – rizikovému chování. A později pak podrobněji práci metodika prevence, jelikož právě on ve spolupráci s dalšími učiteli z řad pedagogického sboru zaštiťuje oblast preventivního působení ve školách a školských zařízeních. Tato kapitola podrobně mapuje okolnosti působení metodika prevence, jeho uvedení do funkce, povinnosti plynoucí z příslušných zákonů, vyhlášek a metodických doporučení. Poskytuje také pohled na úskalí práce metodika, s nimiž se musí během svého působení ve škole vyrovnávat, kterými jsou především kumulace dalších funkcí, nedostatečná kvalifikace pro výkon specializované činnosti, nízká míra spolupráce s ostatními pedagogickými pracovníky školy, vysoký pracovní úvazek a nevhodné pracovní prostředí.

V dalším oddíle teoretické části jsem popisovala problematiku poruch příjmu potravy z pohledu historie, samotné diagnostiky rizikových faktorů, kterými jsou okolnosti biologické, psychologické, sociokulturní a rodinné. Podrobně byly objasněny i jednotlivé poruchy příjmu potravy – mentální anorexie, mentální bulimie a záchvatovité přejídání. Pozornost jsem věnovala také poruchám příjmu potravy, které nejsou tolik známé, ale i přesto se s nimi může pedagog ve škole setkat. V dalším úseku této kapitoly byly také představeny možnosti léčby poruch příjmu potravy, a především okolnosti primární prevence těchto poruch ve školách a školských zařízeních. Z této části bych zdůraznila především tu oblast, která se věnuje základním principům efektivní primární prevence poruch příjmu potravy a možným projevům chování, které mohou ukazovat na vznik takového rizikového chování a pomoci pedagogovi s jejich odhalením.

Nejzásadnější část práce je ta praktická. Zaměřila se na výzkum mezi metodiky prevence a využila k tomu dotazníkové šetření. Cílem bylo zjistit, jak jsou realizované preventivní aktivity v oblasti primární prevence poruch příjmu potravy ve školách v Praze 8.

Při vyhodnocování jsem si byla vědoma toho, že není možné analyzovat získaná data bez dalšího bližšího kontextu, proto do dotazníku byly přidány i otázky, které dokreslovaly okolnosti působení metodika prevence na jednotlivých základních školách. Pro jednodušší

vyhodnocování a přehlednost byly jednotlivé odpovědi rozčleněny do sedmi oblastí (Základní informace o školních metodických prevence, Možné limitující faktory práce, Poruchy příjmu potravy – výskyt, detekce, informovanost, Konkrétní realizace preventivních programů, Hodnocení preventivních programů, Financování preventivních programů, Spolupráce a informovanost pedagogického sboru).

Ve druhé části jsem se pak pokusila navrhnout několik aktivit, které by mohly sloužit jako inspirace pro další možnou práci se třídním kolektivem právě v oblasti prevence poruch příjmu potravy. Zaměřila jsem se především na oblasti pojetí zdravého životního stylu, kdy mě jako metodika prevence a třídního učitele především zajímalo, jak děti zdravý životní styl chápou, příp. jak ho aplikují ve svém životě. S tím souvisela i aktivita zjišťující denní režim dětí, vyváženost potravy a tvorba výživové pyramidy.

Na základě studia odborné literatury, která mi posloužila jako cenný vhled do problematiky, patří mezi rizikové faktory oblast vnímání sebe sama a utváření vlastního sebepojetí. To znamená, že jedinci oslabení v této oblasti mnohem více podléhají vlivu ostatních, kladou na sebe mnohem více nároků, či touží po dokonalosti a často jsou ovlivněni mediálním obrazem. Proto i další nabízené aktivity směřovaly na podporu sebepojetí žáků, podporu jejich kladných vlastností a oceňování ostatních spolužáků. Dále cílily i na schopnosti zvládnání negativních pocitů při nepříjemných situacích, možnosti řešení takových událostí, včetně vytvoření sítě pomoci pro případ potřeby.

Z možných metod jsem aplikovala ty, které se mi při praxi nejvíce osvědčily – diskuze, hraní rolí a aplikace nejrůznějších výtvarných metod s využitím počítačových programů tak, aby daná činnost byla pro žáky nová a neokoukaná. Učitelé pak díky těmto metodám žáky snadněji motivují k jednotlivým činnostem a práce s těmito aplikacemi pak dále rozvíjí kreativitu, fantazii a další kompetence žáků.

Rovněž jsem se pokusila nastínit i to, že efektivní primární prevence poruch příjmu potravy nemusí být pouze omezena na jednotlivé ohraničené bloky primární prevence. Tyto bloky případně besedy a přednášky jsou totiž obecně hodnoceny jako méně účinné. Proto je vhodné preventivní aktivity rozptýlit do jednotlivých předmětů či třídnických hodin tak, aby byly podpořeny vztahy ve třídě, vnímání vlastního já ve formě běžné kultury školy.

Z dotazníkového šetření vyplynulo, že více než polovina metodiků nedokáže pojmenovat jinou další poruchu příjmu potravy kromě mentální anorexie a mentální bulimie a nezná odborná pracoviště, o kterých by případně zákonné zástupce žáků mohli informovat. Proto byla vytvořena jednoduchá a přehledná tabulka (Příloha 5 - Přehled poruch příjmu potravy), která popisuje základní typy a projevy poruch příjmu potravy, včetně těchto pracovišť a základní odborné literatury. Ta by mohla být mezi jednotlivé metodiky prevence distribuována a posloužit tak jako základní informační platforma. Rovněž i výsledky šetření budou poskytnuty metodikovi prevence v pedagogicko-psychologické poradně tak, aby mu byl umožněn hlubší vhled do informovanosti metodiků prevence v tomto typu rizikového chování.

Seznam zkratek

BMI – Body Mass Index

CAN – Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte

ČŠI – Česká školní inspekce

MPP – Minimální preventivní program

MKN – 10 – Mezinárodní klasifikace nemocí (10. revize)

MŠMT – Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy České republiky

OSPOD – Orgán sociálně právní ochrany dětí

PPP – Poruchy příjmu potravy

RVP PV – Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání

RVP ZV – Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání

SEPA – Systém evidence preventivních aktivit

ÚZIS – Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky

Seznam použitých informačních zdrojů

CABY, Filip, 2014. *Příručka psychoterapeutických technik pro práci s dětmi a rodinou*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0710-8.

COOPER, Peter, 2014. *Bulimie a záchvatovité přejídání: jak je překonat*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0706-1.

ČECH, Tomáš, 2011. *Škola a její preventivně-výchovná strategie jako předpoklad rozvoje kompetencí dětí. Prevence*. Ročník 8. Praha: Občanské sdružení Život bez závislostí, s Coolish Press, číslo 7, s. 4-7. ISSN 1214-8717.

DACÍK, Tomáš, 1999. *Sekty a jejich nebezpečí*. Brno: CERM. ISBN 80-7204-125-8.

DANICS, Štefan, 2008. *Extremismus, rasismus a antisemitismus*. Praha: Policejní akademie České republiky v Praze. ISBN 978-80-7251-286-7.

DOLEJŠ, Martin, 2010. *Efektivní včasná diagnostika rizikového chování u adolescentů*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-2642-6.

DOSEDLOVÁ, Jaroslava, 2016. *Chování související se zdravím: determinanty, modely a konsekvence*. Brno: Filozofická fakulta, Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-8458-2.

FONTANA, David, 2003. *Psychologie ve školní praxi: příručka pro učitele*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-626-8.

FOŘT, Petr a MACH, Ivan, 2014. *Nevíte, co jíte: jak vás klame potravinářský průmysl*. Brno: BizBooks. ISBN 978-80-265-0274-6.

GALLÀ, Maurice a kol., 2005. *Jak ve škole vytvořit zdravější prostředí: příručka o efektivní školní drogové prevenci*. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 80-86734-38-2.

GAVORA, Peter, 2010. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-185-0.

GILLERNOVÁ, Ilona, 2000. *Slovník základních pojmů z psychologie*. Praha: Fortuna. ISBN 80-7168-683-2.

HALL, Lindsey a COHN, Leigh, 2003. *Rozlučte se s bulimií*. Brno: ERA Group. ISBN 80-86517-60-8.

- HANUŠOVÁ, Jaroslava, 2006. *Násilí na dětech – syndrom CAN*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí. ISBN 80-86991-78-4.
- HARTL, Pavel, 2009. *Psychologický slovník*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-569-1.
- HOKEOVÁ, Veronika, 2011. *Únava školních metodiků prevence. Prevence*. Ročník 8. Praha: Občanské sdružení Život bez závislostí, s Coolish Press, číslo 10, s. 12-13. ISSN 1214-8717.
- HOLEČEK, Václav, 1997. *Agresivita a šikana mezi dětmi*. Plzeň: Pedagogické centrum. ISBN 80-7020-004-9.
- JINDROVÁ, Martina, 2012. *Rizikové chování dětí a jeho právní dopady: příručka učitele*. Praha: Klinika adiktologie, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze ve vydavatelství Togga. ISBN 978-80-87258-59-0.
- KALINA, Kamil, 2008. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1411-6.
- KNOTOVÁ, Dana, 2014. *Školní poradenství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4502-2.
- KOCOURKOVÁ, Jana, 1997. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Praha: Galén. ISBN 80-85-824-51-5.
- KOLÁŘ, Michal, 2011. *Nová cesta k léčbě šikany*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-871-5.
- KRCH, František David, 2002. *Mentální anorexie*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-598-9.
- KRCH, František David, 2003. *Bulimie: jak bojovat s přejídáním*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0527-3.
- KRCH, František David, 2005. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0840-x.
- KYRIACOU, Chris, 2005. *Řešení výchovných problémů ve škole*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-945-3.
- LEIBOLD, Gerhard, 1995. *Mentální anorexie: příčiny, průběh a nové léčebné metody*. Praha: Svoboda. ISBN 80-205-0499-0.
- MALONEY, Michael a KRANZ, Rachel, 1997. *O poruchách příjmu potravy*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny. ISBN 80-7106-248-0.

- McGREGOR, Renee, 2019. *Ortorexie: posedlost zdravou stravou*. Praha: Dobrovský. ISBN 978-80-7390-968-0.
- MIOVSKÝ, Michal a kol., 2010. *Primární prevence rizikového chování ve školství*. Tišnov: Sdružení SCAN. ISBN 978-80-87258-47-7.
- MIOVSKÝ, Michal a kol., 2012. *Návrh doporučené struktury minimálního preventivního programu prevence rizikového chování pro základní školy*. Praha: Klinika adiktologie, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze ve vydavatelství Togga. ISBN 978-80-87258-74-3.
- MIOVSKÝ, Michal a kol., 2015. *Prevence rizikového chování ve školství*. Praha: Klinika adiktologie, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze. ISBN 978-80-7422-392-1.
- NEŠPOR, Karel a kol., 1999. *Zásady efektivní primární prevence*. Praha: Sportpropag. ISBN neuvedeno.
- NIELSEN SOBOTKOVÁ, Veronika, 2014. *Rizikové a antisociální chování v adolescenci*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4042-3.
- NOVÁK, Michal, 2010. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Brno: Akademické nakladatelství CERM. ISBN 978-80-7204-657-7.
- OPEKAROVÁ, Olga, 2010. *Kapitoly z výchovného poradenství: školní poradenské služby*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského. ISBN 978-80-86723-96-9.
- PAPEŽOVÁ, Hana a HANUSOVÁ, Jana, 2012. *Poruchy příjmu potravy: příručka pro pomáhající profese*. Praha: Klinika adiktologie, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze ve vydavatelství Togga. ISBN 978-80-87258-98-9.
- PAPEŽOVÁ, Hana a kol., 2010. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2425-6.
- PAPEŽOVÁ, Hana, 2003. *Bulimia nervosa: příručka pro všechny, kteří nemocí trpí – postižené samotné, jejich rodiny, přátele, partnery a některé odborníky (učitele a lékaře první linie)*. Praha: Psychiatrické centrum. ISBN 80-85121-81-6.

- PAVLAS MARTANOVÁ, Veronika, 2012. *Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů školské primární prevence rizikového chování*. Praha: Klinika adiktologie, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze ve vydavatelství Togga. ISBN 978-80-87258-75-0.
- PELIKÁN, Jiří, 2011. *Základy empirického výzkumu pedagogických jevů*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1916-3.
- PEŠATOVÁ, Ilona, 2006. *Vybrané kapitoly z etopedie*. Liberec: Technická univerzita v Liberci. ISBN 80-7372-087-6.
- PLATZNEROVÁ, Andrea, 2009. *Sebepoškozování: aktuální přehled diagnostiky, prevence a léčby*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-606-9.
- PRAŠKO, Ján, 2007. *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7254-865-1.
- PROCHÁZKA, Miroslav, 2019. *Metodik prevence a jeho role na základní škole*. Praha: Pasparta. ISBN 978-80-88290-28-5.
- PROCHÁZKA, Roman, 2014. *Teorie a praxe poradenské psychologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4451-3.
- PROCHÁZKOVÁ, Lenka a SLADKÁ-ŠEVČÍKOVÁ, Jana, 2017. *Poruchy příjmu potravy: odpovědi na otázky, na které jste se báli zeptat*. Praha: Pasparta. ISBN 978-80-88163-46-6.
- SLEPIČKA, Pavel, 2018. *Rizikové chování ve sportu dětí a mládeže*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-3995-6.
- SLOMEK, Zdeněk, 2010. *Etopedie*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského. ISBN 978-80-86723-84-6.
- TOMANOVÁ, Kateřina a CHARVÁT, Miroslav, 2012. *Specializační studium pro školní metodiky prevence. Metodická příručka (příklad dobré praxe)*. Praha: Klinika adiktologie, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze ve vydavatelství Togga. ISBN 978-80-7476-012-9.
- TYŠER, Jiří, 2006. *Školní metodik prevence: soubor materiálů*. Most: Hněvín. ISBN 80-86654-17-6.

WEISS, Petr, 2001. *Sexuální chování v ČR – situace a trendy*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-558-X.

Internetové zdroje

Akční plán školské primární prevence rizikového chování v hlavním městě Praze na rok 2017 s výhledem pro rok 2018, 2016. [online]. Praha.eu. [cit. 12. 2. 2021]. Dostupné z: https://www.praha.eu/public/bc/d2/9d/2504521_802869_schvaleny_Akcni_plan.pdf

BURDOVÁ, Eva, 2019. *Rukověť školního metodika prevence*. Středočeský kraj. [online]. Prevence-info.cz. [cit. 3. 2. 2021] ISBN 978-80-88332-00-8. Dostupné z:

https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjW1pjRz_PvAhUBPuwKHdQgCpIQFjADegQIAxAD&url=http%3A%2F%2Fwww.prevence-info.cz%2Fsites%2Fdefault%2Ffiles%2Fusers%2F9%2Frukovet_smp_web.pdf&usg=AOvVaw1gXyJdte-s4X9fL-2Ttdrs

Centrum Anabell, z. ú., 2019. *Výroční zpráva za rok 2018*. [online]. Anabell.cz. [cit. 7. 2. 2021]. Dostupné z: http://www.centrum-anabell.cz/images/1571210560_anabell-vz-2018.pdf

Centrum pro diagnostiku a léčbu poruch příjmu potravy, Centrum pro poruchy příjmu potravy, 2019. Psychiatrická klinika 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze. [online]. Psychiatrie.lf1.cuni.cz. [cit. 13. 2. 2021]. Dostupné z: <https://psychiatrie.lf1.cuni.cz/centrum-pro-diagnostiku-a-lecbu-poruch-prijmu-potravy>

Certifikace odborné způsobilosti programů primární prevence, 2019. [online]. Msmt.cz. [cit. 1. 2. 2021]. Dostupné z: <https://www.msmt.cz/vzdelavani/socialni-programy/certifikace-programu-primarni-prevence-1>

Český národní korpus: slovo riziko, 2021. [online]. Korpus.cz. [cit. 10. 2. 2021]. Dostupné z: <https://www.korpus.cz/slovo-v-kostce/search/cs/riziko?lemma=&pos=>

Fakultní nemocnice v Motole, 2012. Dětská psychiatrická klinika 2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze a Fakultní nemocnice v Motole. [online]. Fnmotol.cz. [cit. 9. 2. 2021]. Dostupné z: <https://www.fnmotol.cz/kliniky-a-oddeleni/cast-pro-deti/detska-psychiatricka-klinika-2-1f-uk-a-fn-motol/>

HAVLÍKOVÁ, Jana, JANŠKOVÁ, Nina a ŽUFNÍČEK, Jan, 2014. *Koncepce primární prevence rizikového chování dětí a mládeže na území hl. m. Prahy na období 2014 až 2020*. [online]. Praha.eu. [cit. 5. 2. 2021]. Dostupné z:

https://www.praha.eu/public/e6/35/6e/1817269_460406_Koncepce.pdf

Jules a Jim, 2021a. [online]. Julesajim.cz. [cit. 18. 3. 2021]. Dostupné z: <https://julesajim.cz/>

Jules a Jim, 2021b. *Specializační studium pro školní metodiky prevence*. [online]. Metodikprevence.cz. [cit. 18. 3. 2021]. Dostupné z: <https://metodikprevence.cz/>

Katedra psychologie Pedagogické fakulty Univerzity Karlovy, 2021a. [online]. Kps.pedf.cuni.cz. [cit. 18. 3. 2021]. Dostupné z: <https://kps.pedf.cuni.cz/o-katedre/>

Katedra psychologie Pedagogické fakulty Univerzity Karlovy, 2021b. *Specializační studium školního poradenství*. [online]. Kps.pedf.cuni.cz. [cit. 18. 3. 2021]. Dostupné z: <https://kps.pedf.cuni.cz/specializacni-studium-skolniho-poradenstvi/>

Klinika adiktologie, 2021a. [online]. Adiktologie.cz. [cit. 18. 3. 2021]. Dostupné z: <https://www.adiktologie.cz/>

MACKOVÁ, Lenka a SKÁCELOVÁ, Lenka, 2012. *Specializační studium pro školní metodiky prevence – metodická příručka*. [online]. Adiktologie.cz. [cit. 18. 3. 2021]. Dostupné z: <https://www.adiktologie.cz/file/371/imprim-specializacni-studium-mp-via-03.pdf>

Magdaléna, 2021a. [online]. Magdalena-ops.eu. [cit. 18. 3. 2021]. Dostupné z: <http://www.magdalena-ops.eu/cz/>

Magdaléna, 2021b. *Specializační studium pro školní metodiky prevence*. [online]. Magdalena-ops.eu. [cit. 18. 3. 2021]. Dostupné z: <http://www.magdalena-ops.eu/cz/vzd%C4%9Bl%C3%A1v%C3%A1n%C3%AD-a-spolupr%C3%A1ce/pro-%C5%A1koly-a-pedagogy>

Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí a mládeže, č.j.: MSMT-21291/2010–28, 2010. [online]. Msmt.cz. [cit. 7. 2. 2021]. Dostupné z: https://www.msmt.cz/uploads/Metodicke_doporuceni_uvodni_cast.doc

Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí a mládeže, č.j.: MSMT- 21291/2010 – 28, CO DĚLAT, KDYŽ - INTERVENCE PEDAGOGA. Rizikové chování ve školním prostředí – rámcový koncept. Příloha č. 5. Název: Syndrom týraného dítěte – CAN. Nedatováno. [online]. Msmt.cz. [cit. 7. 2. 2021]. Dostupné z: https://www.msmt.cz/uploads/Priloha_5_Syndrom_CAN.doc

Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí a mládeže, č.j.: MSMT- 21291/2010 – 28, CO DĚLAT - INTERVENCE PEDAGOGA. Rizikové chování ve školním prostředí – rámcový koncept. Příloha č. 9. Název: Extremismus, rasismus, xenofobie, antisemitismus. Nedatováno. [online]. Msmt.cz. [cit. 7. 2. 2021]. Dostupné z: https://www.msmt.cz/uploads/Priloha_9_Extremismus_rasismus_xenofobie_antisemitismus.doc

Metodické pokyny ministryně školství, mládeže a tělovýchovy k prevenci a řešení šikany ve školách a školských zařízeních, č.j. MSMT-21149/2016. 2016. [online]. Msmt.cz. [cit. 10. 2. 2021]. Dostupné z: https://www.msmt.cz/file/38988_1_1/

Metodika programu primární prevence 2020. [online]. Praha.eu. [cit. 7. 2. 2021]. Dostupné z: https://www.praha.eu/jnp/cz/o_meste/magistrat/odbory/odbor_socialnich_veci/primarni_prevence_rizikoveho_chovani/granty/index.html

Mezinárodní klasifikace nemocí, Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, desátá revize, 2014. [online]. Uzis.cz. [cit. 10. 2. 2021]. Dostupné z: https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/mkn-tabelarni-cast_1-4-2014_2.pdf

MUŽÍKOVÁ, Leona, KOŠŤÁLOVÁ, Alexandra a PACKOVÁ, Anna, nedatováno. Výživová doporučení, pyramida versus talíř. [online]. Szu.cz. [cit. 12. 2. 2021]. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/czpz/vyziva/Pyramida_v_ivy.pdf

Národní strategie – Primární prevence rizikového chování dětí a mládeže na období 2019 – 2027. 2019. [online]. Msmt.cz. [cit. 14. 2. 2021]. Dostupné z:

https://www.msmt.cz/uploads/narodni_strategie_primarni_prevence_2019_27.pdf

Odyssea, 2021. [online]. Odyssea.cz. [cit. 18. 3. 2021]. Dostupné z: <https://www.odyssea.cz/>

OSPRCH – Odborná společnost pro prevenci rizikového chování, 2020. *Společné stanovisko odborných společností k projektu Revolution Train*. [online]. Snncls.cz. [cit. 13. 2. 2021]. Dostupné z:

https://snncls.cz/wp/wp-content/2020/01/Odborne_stanovisko_OSPRCH_ANO_CAA_SNN_20.pdf

Pedagogicko-psychologická poradna pro Prahu 1, 2 a 4, 2021a. [online]. Ppppraha.cz. [cit. 18. 3. 2021]. Dostupné z: <http://www.ppppraha.cz/>

Pedagogicko-psychologická poradna pro Prahu 1, 2 a 4, 2021b. *Studium k výkonu specializovaných činností – prevence sociálně patologických jevů*. [online]. Ppppraha.cz. [cit. 18. 3. 2021]. Dostupné z: <http://www.ppppraha.cz/smp.aspx>

Plán primární prevence rizikového chování dětí a mládeže v Libereckém kraji na období 2019–2021, 2018. [online]. Edulk.cz. [cit. 10. 2. 2021]. Dostupné z:

<https://www.edulk.cz/LinkClick.aspx?fileticket=Hl6NczbrmTk%3d&tabid=72>

Pražské centrum primární prevence, 2010. *Manuál pro tvorbu minimálního preventivního programu*. [online]. Msmt.cz. [cit. 20. 2. 2021]. Dostupné z:

<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjcpbOg0vPvAhWENOWKHXYgAPMQFjAAegQIAxAD&url=http%3A%2F%2Fwww.msmt.cz%2Ffile%2F16437%2Fdownload%2F&usg=AOvVaw2AZZzhomONGjXSAw6PD1n>

Prevcentrum, 2021a. [online]. Prevcentrum.cz. [cit. 18. 3. 2021]. Dostupné z: <https://www.prevcentrum.cz/>

Prevcentrum, 2021b. *Specializační studium pro školní metodiky prevence*. [online]. Prevcentrum.cz. [cit. 18. 3. 2021]. Dostupné z: <https://www.prevcentrum.cz/nase-sluzby/kurzy-seminare-vzdelavani/specializacni-studium-pro-skolni-metodiky-prevence-250-h/>

Promises Behavioral Health, 2013. *What is pregorexia?* [online]. Promisesbehavioralhealth.com. [cit. 17. 2. 2021]. Dostupné z:

<https://www.promisesbehavioralhealth.com/addiction-recovery-blog/what-is-pregorexia/>

Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání od 1. ledna 2018. [online]. Msmt.cz. [cit. 14. 2. 2021]. Dostupné z: https://www.msmt.cz/file/45304_1_1/

Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání od 1. 9. 2017. [online]. Msmt.cz. [cit. 17. 2. 2021]. Dostupné z: https://www.msmt.cz/file/41216_1_1/

Revolution Train, 2014. [online]. Revolutiontrain.cz. [cit. 15. 2. 2021]. Dostupné z:

<https://www.revolutiontrain.cz/v2/projekt.php>

SALAVCOVÁ, Miroslava a FOIST, Vladimír, 2017. *CO DĚLAT, KDYŽ – INTERVENCE PEDAGOGA. Rizikové chování ve školním prostředí – rámcový koncept. Příloha č. 11. Název: Záškoláctví.* Č.j.: MSMT- 32548/2017-1. [online]. Msmt.cz. [cit. 7. 2. 2021]. Dostupné z: https://www.msmt.cz/uploads/Priloha_c_11_Zaskolactvi.docx

Strategie prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže v působnosti resortu Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy na období 2001–2004. [online]. Epolis.cz. [cit. 22. 2. 2021]. Dostupné z: http://www.epolis.cz/download/pdf/materials_28_1.pdf

ŠVÉDOVÁ, Jarmila a MÍČOVÁ, Lenka, 2010. *Poruchy příjmu potravy, manuál pro pedagogy.* Brno: Občanské sdružení Anabell. [online]. Anabell.cz. [cit. 3. 2. 2021]. Dostupné z:

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

Tematická zpráva - *Prevence a řešení šikany a dalších projevů rizikového chování ve školách*, č.j.: ČŠIG-3529/16-G2, 2016. [online]. Csicr.cz. [cit. 17. 2. 2021]. Dostupné z: https://www.csicr.cz/Csicr/media/Prilohy/PDF_el._publikace/Tematick%0c3%0a9%20zpr%0c3%0a1vy/2016_TZ_prevence_a_reseni_sikany.pdf

Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2018. *Péče o pacienty s poruchami příjmu potravy v ČR v letech 2011 – 2017.* [online]. Uzis.cz. [cit. 1. 3. 2021]. Dostupné z:

https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/ai_2018_08_poruchy_prijmu_potravy_2011az2017.pdf

VACEK, Jaroslav, GABHELÍK, Roman, 2019. *Zpráva o stavu prevence rizikového chování ve školách v České republice za školní rok 2018/19*. [online]. Preventivni-aktivity.cz. [cit. 25. 2. 2021]. Dostupné z: https://www.preventivni-aktivity.cz/files/ZZ_SEPA_2018-19.pdf

Zdravá 5, 2021. [online]. Zdrava5.cz. [cit. 18. 3. 2021]. Dostupné z: <https://www.zdrava5.cz/>

ZŠ Palmovka, 2020. *Minimální preventivní program 2020 – 2021*. [online]. Zspalmovka.cz. [cit. 12. 3. 2021]. Dostupné z:

<https://www.zspalmovka.cz/UserFiles/25/Image/1605010935MPP-palmovka-2020-2021.pdf>

Život bez závislostí, 2021. [online]. Život-bez-zavislosti.cz. [cit. 18. 3. 2021]. Dostupné z: <https://www.zivot-bez-zavislosti.cz/>

Nařízení vlády, vyhlášky, zákony

Nařízení vlády č. 75/2005 Sb., o stanovení rozsahu přímé vyučovací, přímé výchovné, přímé speciálně pedagogické a přímé pedagogicko-psychologické činnosti pedagogických pracovníků.

Vyhláška č. 197/2016 Sb., vyhláška, kterou se mění vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, ve znění pozdějších předpisů, a některé další vyhlášky.

Vyhláška č. 317/2005 Sb., o dalším vzdělávání pedagogických pracovníků, akreditační komisi a kariérním systému pedagogických pracovníků.

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

Zákon č. 101/2002 Sb., zákon, kterým se mění zákon č. 227/2000 Sb., o elektronickém podpisu a o změně některých dalších zákonů (zákon o elektronickém podpisu), ve znění

pozdějších předpisů, a zákon č. 227/2009 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o základních registrech, ve znění pozdějších předpisů.

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

Zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce.

Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon).

Zákon č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů.

Seznam příloh

Příloha č. 1 – Specializační studium – poskytovatelé

Příloha č. 2 – Tematické bloky ve výuce zaměřené na prevenci rizikového chování

Příloha č. 3 – Doporučená struktura minimálního preventivního programu

Příloha č. 4 – Příklad náplně práce třídního učitele

Příloha č. 5 – Přehled poruch příjmu potravy

Příloha č. 6 – Průvodní dopis metodikům prevence

Příloha č. 7 – Dotazník

Příloha č. 8 – Myšlenková mapa

Příloha č. 9 – Výživová pyramida

Příloha č. 10 – Návrh komiksu

Příloha č. 1 – Specializační studium – poskytovatelé

Vybraní poskytovatelé specializačního studia metodika prevence

Prev-centrum z. ú., Meziškolská 1120/2, Praha 6, 169 00

Prev-centrum z. ú. Poskytuje sociální, zdravotní a adiktologické služby v oblastech ambulantní léčby, programů primární prevence a nízkoprahových služeb (Prevcentrum, 2021a).

Klinika adiktologie 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze, Apolinářská 4, Praha 2, 12800

Klinika adiktologie je vědecké a klinické pracoviště 1. LF UK a VFN v Praze a zajišťuje následující činnosti: ambulantní provoz, klinický lůžkový provoz, výuku a výzkum v oblasti adiktologie (Klinika adiktologie, 2021a).

Pedagogicko-psychologická poradna pro Prahu 1, 2 a 4, Francouzská 56, Praha 10, 101 00

Poradna zajišťuje odbornou psychologickou a speciálně pedagogickou službu dětem a mládeži i jejich rodičům a učitelům (Pedagogicko-psychologická poradna pro Prahu 1, 2 a 4, 2021a).

Jules a Jim, z. ú. Krkonošská 1534/6, Praha 2, 120 00

Jules a Jim spolupracuje se základními a středními školami převážně z Prahy a Středočeského kraje. Zaměřuje se na práci se třídou, třídním učitelem a učitelským sborem v oblastech všeobecné a selektivní primární prevence, osobnostně-sociální výchovy, poradenství, školení pro rodiče aj. (Jules a Jim, 2021a).

Katedra psychologie Pedagogické fakulty Univerzity Karlovy, Myslíkova 7, Praha 1, 110 00

Katedra psychologie jako samostatné pracoviště Pedagogické fakulty Univerzity Karlovy v Praze nabízí možnost studovat kombinaci psychologie a speciální pedagogiky (Katedra psychologie Pedagogické fakulty Univerzity Karlovy, 2021a).

Magdaléna o. p. s., Bubenská 1542/6, Praha 7, 170 00

Obecně prospěšná společnost Magdaléna je nestátní nezisková organizace, která působí ve Středočeském kraji a v Praze a poskytuje ucelený systém zdravotních a sociálních služeb v oblasti prevence a léčby různých typů závislostí (Magdaléna, 2021a).

Porovnání specializačních studií metodiků prevence

Všichni porovnávaní poskytovatelé specializačního studia pro školní metodiky prevence disponují akreditací MŠMT a studium odpovídá vyhlášce 317/2005 Sb. § 9c. Studium je určeno školním metodikům prevence, kteří absolvovali magisterský studijní program v pedagogickém oboru nebo magisterský studijní program v nepedagogickém oboru doplněný o studium pedagogiky podle § 22 odst. 1 písm. a) zákona č. 563/2004 Sb.

Cílem specializačního studia je získání vědomostí a praktických dovedností při práci s různými věkovými skupinami s mírou rizikového chování. Studium připraví školní metodiky prevence tak, aby dokázali používat efektivní metody práce v oblasti školní prevence, samostatně řešit formy výskytu rizikového chování a v neposlední řadě vést rozhovor s žákem, popř. rodičem. V rámci studia se školní metodik prevence také naučí vypracovávat minimální preventivní program školy.

Organizace	Struktura studia	Časová dotace	Kritéria ukončení kurzu	Cena
Prev-centrum z. ú.	3 semestry 225 hodin po dvoudenních seminářích 25 hodin stáží u organizace realizující preventivní programy	250 hodin	absolvování seminářů absolvování stáže ročníková práce závěrečná práce zkouška před komisí obhajoba závěrečné práce	26 000 Kč
Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN	4 semestry každý semestr 4 x dvoudenní setkání (16 hodin)	256 hodin	ročníková práce závěrečná práce test znalostí ústní zkouška obhajoba závěrečné práce	ESF ¹⁷
PPP pro Prahu 1, 2 a 4	dvouleté studium 1 den ob týden (8hodin)	250 hodin	vypracování minimálního preventivního programu závěrečná práce ústní zkouška obhajoba závěrečné práce	22 000 Kč
Jules a Jim z. ú.	dvouleté studium sebezkušnostní skupina 96 hodin odborné semináře 169 hodin prožitkové kurzy 56 hodin praxe na odborných pracovištích 25 hodin	346 hodin	ročníková práce závěrečná práce didaktické testy závěrečná ústní zkouška obhajoba závěrečné práce	35 000 Kč
Katedra psychologie PedF UK	4 semestry 220 hodin přímé a nepřímé výuky 30 hodin stáží 1 x za měsíc pondělí celý den 3 dny blokové soustředění	250 hodin	závěrečná ústní zkouška obhajoba závěrečné práce	24 000 Kč
Magdaléna o. p. s.	dvouleté studium	256 hodin	N/A	18 000 Kč

(Prevcentrum, 2021b; Macková a Skácelová, 2012; Pedagogicko-psychologická poradna pro Prahu 1, 2 a 4, 2021b; Jules a Jim, 2021b; Katedra psychologie Pedagogické fakulty Univerzity Karlovy, 2021b; Magdaléna, 2021b).

¹⁷ Evropský sociální fond.

Příloha č. 2 – Tematické bloky ve výuce zaměřené na prevenci rizikového chování (ZŠ Palmovka, 2020)

Ročník/pololetí	Předmět	Vzdělávací oblast	Téma	Časová dotace	Vyučující
I.- III./1.	Přvouka	Člověk a jeho svět	Bezpečný kontakt se psy	1	TU
I.- II./1.	Přvouka	Člověk a jeho svět	Na koho se možu obrátit	1	TU
I.- IV./1.	Přvouka	Člověk a jeho svět	Zdraví	1	TU
V./1.	Přírodověda	Člověk a jeho svět	Návykové látky	1	TU
I.- IX./průběžně	Přvouka, Vo, D, Z	Člověk a jeho svět, Člověk a společnost	Multikulturní výchova, výchova k toleranci a rasismu		Vyučující Vo, Vz, Z, Prv.
IV. – V./2.	Vlastivěda - beseda	Člověk a jeho svět, Člověk a zdraví	Policie ČR a MP	1	TU
VI./1.	Vo, Vz	Člověk a společnost, Člověk a zdraví	Drogy – stav znalostí ve třídě – prevence zneužívání návykových látek	1	Vyučující Vo, Vz
VI./2.	Vo	Člověk a společnost	Jak si nenechat ublížit – pojmy týráni, šikana – Linka důvěry – základní informace	1	Vyučující Vo
VII./1	Vo, Vz	Člověk a společnost, Člověk a zdraví	Ještě něco o drogách - video	1	Vyučující Vo, Vz
VII./2.	Vo	Člověk a společnost	Kriminalita dětí a mládeže – ing. Chmelář	1	Vyučující Vo
VII./2.	Vo, Vz	Člověk a společnost, Člověk a zdraví	Konflikty v rodině	1	Vyučující Vo a Vz
VIII./1.	Vo, Vz	Člověk a společnost, Člověk a zdraví	Dospíváme a hledáme společnost - problémy spojené s dospíváním	1	Vyučující Vo, Vz

VIII./1.	Vo, Vz	Člověk a společnost, Člověk a zdraví	Drogová problematika	1	Vyučující Vo, Vz
IX./2.	Vo, Vz	Člověk a společnost, Člověk a zdraví	Otázka drog, alkoholu a kouření	1	Vyučující Vo, Vz
IX./1.	Vo	Člověk a společnost	Všeobecná deklarace lidských práv – právo na život, ohrožení života	1	Vyučující Vo
IX./2.	Vo	Člověk a společnost	Sebenalézání v druhých lidech, úcta, přátelství, případy týrání a šikany dětí	1	Vyučující Vo

Některé tematické bloky se prolínají v podobě situační intervence i mnoha vyučovacími hodinami i stavem v kolektivu

- AIDS – PŘ, Vo, Vz
- Drogy – PŘ, Vo, Vz
- Kouření – Prvouka, PŘ, Vo, Vz
- Těkavé látky – Ch
- Šikana – Vo, i ostatní předměty
- Romská otázka – Vo, i ostatní předměty
- Zdraví a jeho ochrana – Prvouka, PŘ, Vz i ostatní předměty

Příloha č. 3 – Doporučená struktura minimálního preventivního programu

Pět kroků při tvorbě MPP

Krok 1.: Charakterizujte Vaší školu

Krok 2.: Analyzujte výchozí situaci

1. Zmapování vnějších a vnitřních zdrojů


2. Monitoring

3. Analýza výchozí situace

Krok 3.: Stanovte cíle MPP

Krok 4.: Vytvořte soubor aktivit pro jednotlivé cílové skupiny

Krok 5.: Proveďte evaluaci



PĚT KROKŮ PŘI TVORBĚ MPP

Krok 1.:
Charakterizujte Vaší školu

Krok 2.:
Analyzujte výchozí situaci s využitím evaluace z předchozího školního roku

Krok 3.:
Stanovte cíle MPP

Krok 4.:
Vytvořte soubor aktivit pro jednotlivé cílové skupiny

Krok 5.:
Proveďte evaluaci

(Pražské centrum primární prevence, 2010)

Příloha č. 4 – Příklad náplně práce třídního učitele

1. Komplexní výchovně vzdělávací činnost a tvorba vlastních učebních dokumentů v rámci schválených učebních dokumentů ve všeobecně vzdělávacích a odborných předmětech a individuální přístup k žákům spojený s aplikací nových, netradičních a speciálně pedagogických metod výuky. Využívá při tom technické vybavení školy a výpočetní techniku. Součástí metodické práce je užívání individuálního přístupu k žákům vzhledem k jejich psychickým a věkovým zvláštěm.

2. Řídí výchovu a výuku v předmětech a třídách, podle své aprobační a podle pracovního úvazku přiděleného vedením školy všechny organizační záležitosti své třídy. V rámci tohoto vymezení řídicí pravomoci odpovídá za celkové plnění výchovně vzdělávacích úkolů v přidělených třídách, především za úroveň dosahovaných výsledků. Koordinuje práci všech vyučujících ve své třídě.

3. Samostatně zajišťuje:

- výchovně vzdělávací činnost směřující k rozšiřování vědomostí, dovedností a návyků žáků,
- úkoly dané obecně závaznými právními normami a směrnicemi školy, plánem práce školy a jeho rozpracováním do týdenních plánů práce,
- organizaci výchovy a výuky ve třídách (skupinách) přidělených úvazkem nebo plánem zastupování
- diagnostiku a hodnocení svých žáků
- dozor nad žáky podle pracovního úvazku nebo plánem zastupování (plánem dozorů)
- bezpečnost žáků při všech činnostech organizovaných školou
- péči o sbírky, učebny, kabinety na základě pověření ředitele školy - práci v metodických sdruženích (předmětových komisích)
- organizaci třídních schůzek a hovorových hodin pro rodiče žáků, - organizaci LVK, ŠvP, sportovních akcí,
- organizaci olympiád a školních soutěží,
- vedení povinné dokumentace a dokumentace vedené na škole.

4. Předkládá zástupci ředitelky školy
 - časové plány pro předměty a ročníky, které vyučuje
 - návrhy na volbu alternativních učebnic
 - podklady k dlouhodobým návrhům plánu, výroční zprávě o činnosti školy a rozpočtu školy
 - návrhy na přeřazení žáka do jiného typu školy, školského zařízení
 - návrhy na změnu klasifikačních termínů,
 - plán exkurzí, výletů, výchovných koncertů, divadelních představení a jiných výchovných akcí,
 - návrhy krátkodobých i dlouhodobých koncepcí rozvoje školy,
 - stanoviska ke stížnostem a podáním, která se týkají jeho žáků a práce s nimi,
 - další návrhy týkající se jeho žáků
5. Předkládá pedagogické radě
 - výchovná opatření udělená žákům
 - zprávy o třídě, kde vykonává funkci třídního učitele
6. Motivuje vytvoření vnitřních pravidel třídy, která jsou v souladu se školním řádem, dbá na jejich spravedlivé dodržování (vytváření otevřené bezpečné atmosféry a pozitivního sociálního klimatu ve třídě), podporuje rozvoj pozitivních sociálních interakcí mezi žáky třídy.
7. Zprostředkovává komunikaci s ostatními členy pedagogického sboru a je garantem spolupráce školy s rodiči žáků třídy.
8. Spolupracuje s výchovnou poradkyní při poskytování poradenských služeb týkajících se rozhodování o další vzdělávací a profesní dráze žáků třídy.
9. Spolupracuje se školním metodikem prevence na předcházení varovných signálů, podílí se na realizaci minimálního preventivního programu, diagnostikuje vztahy ve třídě.
10. Spolupracuje s rodiči žáků, klinickými psychology, lékaři, policií, pracovníky jiných škol a školských zařízení.
11. Vykonává svou práci v souladu s koncepcí školy a jejími cíli.
12. Řídí se přímými pokyny ředitelky školy.


(Dodatek pracovní smlouvy autorky)

Příloha č. 5 – Přehled poruch příjmu potravy

PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

ZÁKLADNÍ TYPY

ZNAKY A PROJEVY

 Mentální anorexie <ul style="list-style-type: none">vyhýbání se jídluzkreslená představa o vlastním těleintenzivní strach z tloušťkyumělé snižování váhyodmítání jídlaudržování váhy pod 15 % předpokládané váhy	 Mentální bulimie <ul style="list-style-type: none">vyhýbání se jídluzkreslená představa o vlastním těleneodolatelné bažení po jídlekonzumace velkých dávek jídlavyužití hladovky, cvičení, laxativ a diuretik
Záchvatovité přejídání <ul style="list-style-type: none">tajná a nekontrolovatelná konzumace velké množství jídlanárůst tělesné hmotnostinárůst zdravotních obtíží (pohyb, kardiovaskulární obtíže, obtíže v sociálním kontaktu)	Noční záchvatovité přejídání <ul style="list-style-type: none">konzumace velké množství jídla večer nebo v nociprobuzení s konzumací jídlaporuchy spánku
Ortorexie <ul style="list-style-type: none">strach z jídla, které připraveno ostatnímiredukce "nezdravých" potravinhladovění pokud není zdravé jídlo nadosah	Pregorexie <ul style="list-style-type: none">anorexie v těhotenstvístrach z nadměrného nárůstu tělesné hmotnosti

PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

KONTAKTY NA ORGANIZACE

LITERATURA

ZNAKY A PROJEVY

Drunkorexie <ul style="list-style-type: none">omezení příjmu potravy z důvodu příjmu alkoholurychlejší projevy alkoholuzátěž pro oběhový systém	Bigorexie <ul style="list-style-type: none">užívání doplňků stravy s cílem podpořit růst svalůzatěžování pohybového aparátukomplikace nevyvážené stravy
	Anabell, z. ú. www.anabell.cz
Dětská psychiatrická klinika 2. LF UK a FN Motol www.fnmotol.cz/	Centrum pro diagnostiku a léčbu poruch příjmu potravy Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFV v Praze www.psychiatrie.lf1.cuni.cz/
Základní literatura: KRCH, František David, 2005. Poruchy příjmu potravy. Praha: Grada. ISBN 80-247-0840-X.	PAPEŽOVÁ, Hana, 2010. Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2425-6.

(Zpracováno v grafickém programu www.canva.com)

Příloha č. 6 – Průvodní dopis metodikům prevence

Milí kolegové,

dovoluji si Vás oslovit a požádat o vyplnění následujícího dotazníku. Týká se práce metodika prevence a poruch příjmu potravy a najdete ho na tomto odkazu:

<https://www.surveio.com/survey/d/V3V1I9U5H8W9C7P9D>

Vyplňování Vám nezabere více než pár minut. Pokud byste později měli zájem o výsledky dotazníkového šetření, neváhejte mě kontaktovat, údaje vám ráda poskytnu.

Děkuji Vám, že mi pomůžete dokončit závěrečnou práci na Pedagogické fakultě Univerzity Karlovy a těším se na další setkání, buď ve virtuálním prostoru, nebo naživo.

S pozdravem

Marie Hubálková

Příloha č. 7 – Dotazník

Prevence poruch příjmu potravy

Dobrý den,

vážené kolegyně, vážení kolegové, ráda bych vás oslovila za účelem pomoci při zpracování své závěrečné odborné práce zaměřené na prevenci poruch příjmu potravy.

Věnujte, prosím, několik minut svého času vyplnění následujícího dotazníku.

SPUSTIT DOTAZNÍK

1. Jak dlouho pracujete na pozici metodika prevence?*

Vyberte jednu odpověď

méně než 1 rok

1 - 3 roky

4 - 6 let

7 - 10 let

více než 10 let

2. Jaké je vaše pohlaví?*

Vyberte jednu odpověď

Muž

Žena

3. Jaká jste věková kategorie?*

Vyberte jednu odpověď

do 30 let

31 - 40 let

41 - 50 let

51 - 60 let

61 a více let

4. Zastáváte na vaší škole, mimo školního metodika prevence, také nějaké další funkce?*

Vyberte jednu nebo více odpovědí

Ano, třídní učitel

Ano, výchovný poradce

Ano, zástupce ředitele

Ano, ředitel

Jiná funkce



Ne

5. Máte ukončené akreditované studium k výkonu specializovaných činností pro školní metodiky prevence (§ 9 vyhlášky č. 317/2005 Sb.)? *

Vyberte jednu odpověď

Ano

Ne

Momentálně studuji

6. Jaká je kombinace předmětů, které na vaší škole vyučujete?*

Napište jedno nebo více slov...

500

7. Co vidíte jako největší komplikaci při práci metodika prevence na vaší škole?*

Vyberte jednu nebo více odpovědí

Vysoký pracovní úvazek

Administrativní zátěž

Práce metodika mi byla přidělena - nemám k ní vztah

Jiná...



8. Setkala / setkal jste se jako metodik prevence s poruchou příjmu potravy?*

Vyberte jednu odpověď

Ne

Ano, kolikrát?



9. Řešila / řešil jste v minulých třech letech problematiku poruch příjmu potravy u žáka ve vaší škole?*

Vyberte jednu odpověď

Ano

Ne

10. Domnívám se, že bych žáka s poruchou příjmu potravy odhalila / odhalil:*

Vyberte jednu odpověď

Ano

Ne

Nejsem si jista / jistý

11. Jaké typy poruch příjmu potravy znáte?*

Napište jedno nebo více slov...

500

12. Využíváte materiály jako odborné časopisy, publikace, periodika k dalšímu získávání informací k problematice poruch příjmu potravy?*

Vyberte jednu odpověď

Ne

Ano, jaké?



13. Máte na své škole v minimálním preventivním programu zahrnutu problematiku prevence poruch příjmu potravy?*

Vyberte jednu odpověď

Ano

Ne

14. Realizujete jako škola preventivní program zaměřený na poruchy příjmu potravy zajišťovaný externí společností?*

Vyberte jednu odpověď

Ne

Ano, jaké?



15. Realizujete jako metodik prevence preventivní program zaměřený na poruchy příjmu potravy (vy sami)?*

Vyberte jednu odpověď

Ano

Ne

16. Zúčastnili se vaši žáci v posledních třech letech výukových / preventivních programů, které se týkaly skladby zdravého jídelníčku?*

Vyberte jednu odpověď

Ano

Ne

Nevím

17. Zúčastnili se vaši žáci v posledních třech letech preventivních programů, které se zaměřovaly na pojetí sebe sama (vnímání vlastního já)?*

Vyberte jednu odpověď

Ano

Ne

Nevím

18. Zúčastnili se vaši žáci v minulých 3 letech akcí 'přednáška, beseda' na téma poruchy příjmu potravy?*

Vyberte jednu odpověď

Ano, jaké?



Ne

19. Pokud jste nějaký takový program absolvovali - jak hodnotíte jeho kvalitu?



1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

20. Co jste na programu hodnotili jako nejvíce pozitivní?

Napište jedno nebo více slov...

500

21. Co Vám naopak na programu nevyhovovalo? Co by měli případně lektori zlepšit?

Napište jedno nebo více slov...

500

22. V rámci jakých předmětů realizujete prevenci poruch příjmu potravy?*

Napište jedno nebo více slov...

500

23. Zkuste odhadnout, kolik vyučovacích hodin v jedné třídě strávíte za školní rok realizací preventivních aktivit zaměřených na poruchy příjmu potravy:*

Napište jedno nebo více slov...

500

24. Co Vám chybí pro efektivnější prevenci v oblasti poruch příjmu potravy?*

Napište jedno nebo více slov...

500

25. Žádáte v grantových programech o podporu právě v oblasti poruch příjmu potravy?*

Vyberte jednu odpověď

Ano

Ne

Žádosti o grant nepodáváme

26. Máte i jinou finanční podporu pro prevenci poruch příjmu potravy (mimo rozpočet školy)?*

Vyberte jednu odpověď

Ne

Ano, jakou?



27. Při výskytu rizikového chování u žáka v oblasti příjmu potravy bych dále spolupracovala / spolupracoval s:

Změňte pořadí položek dle svých preferencí (1. - nejdůležitější, poslední - nejméně důležitá)

◇ 1. Výchovný poradce

◇ 2. Ředitel, zástupce ředitele

◇ 3. Kolega

◇ 4. Zákonný zástupce žáka

◇ 5. Pedagogicko - psychologická poradna

◇ 6. Psycholog, školní psycholog

◇ 7. Orgán sociálně právní ochrany dětí (OSPOD)

28. Domnívám se, že pedagogové na naší škole dokáží odhalit poruchu příjmu potravy:*

Vyberte jednu odpověď

Ano

Ne

Nejsem si jista / jistý

29. Pedagogové na naší škole mají dostatek informací k odhalení poruch příjmu potravy:*

Vyberte jednu odpověď

Ano

Ne

Nejsem si jista / jistý

30. Znáte organizaci, na kterou byste se mohli obrátit v případě odborné pomoci při řešení poruchy příjmu potravy?*

Vyberte jednu odpověď

Ano, jaké?



Ne

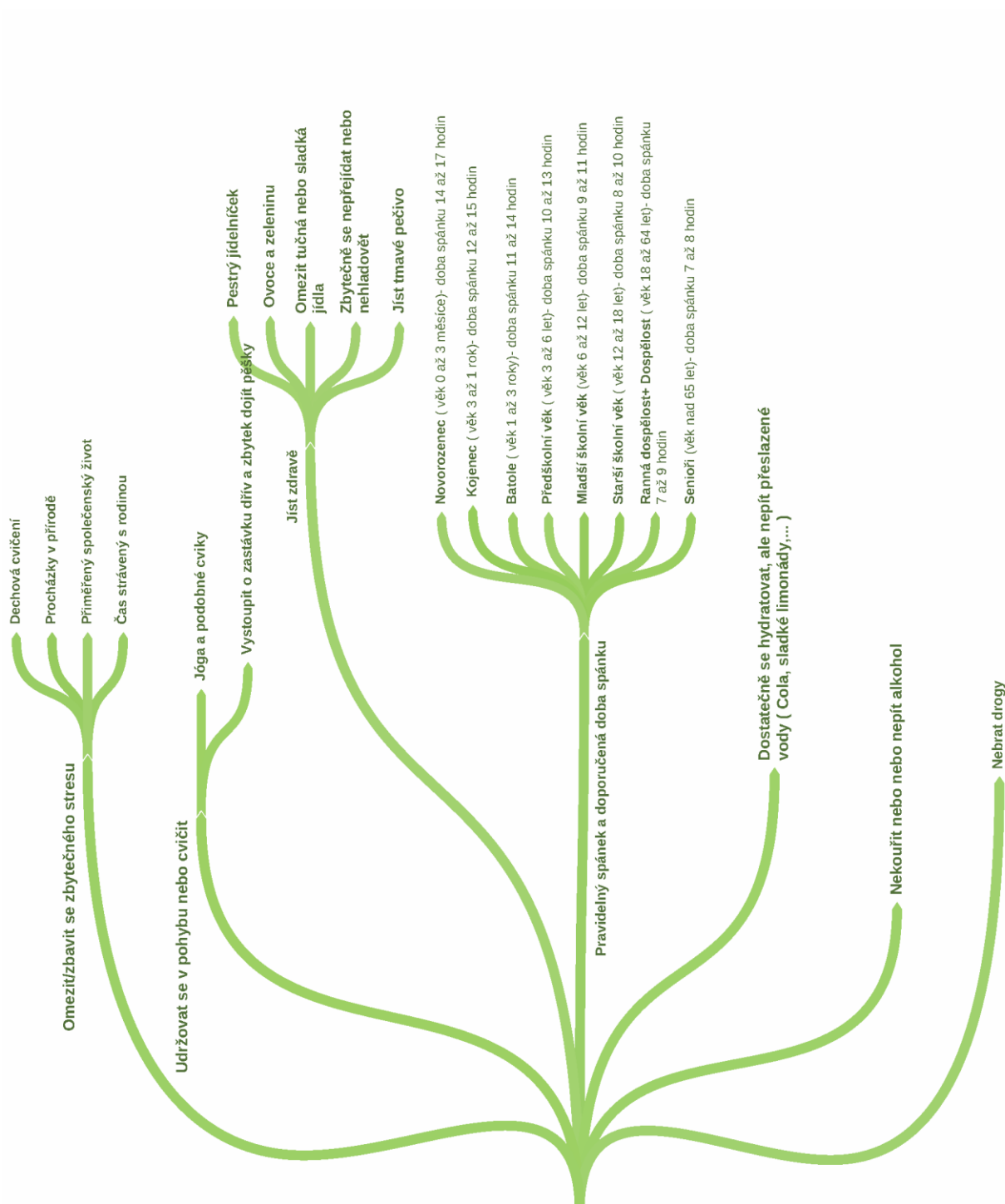
31. Využila / využil jste pomoci právě takové organizace při řešení této problematiky?*

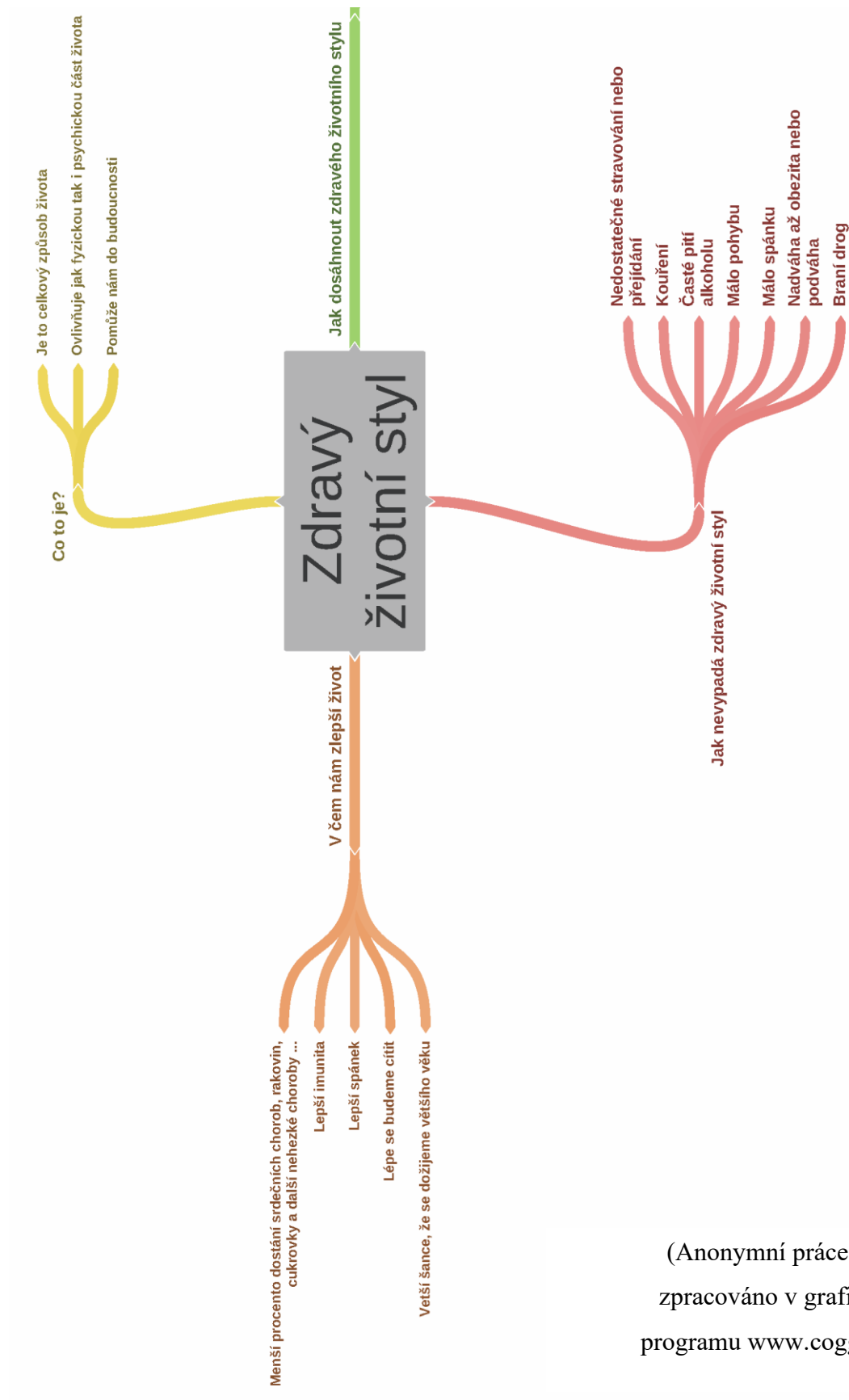
Vyberte jednu odpověď

Ano

Ne

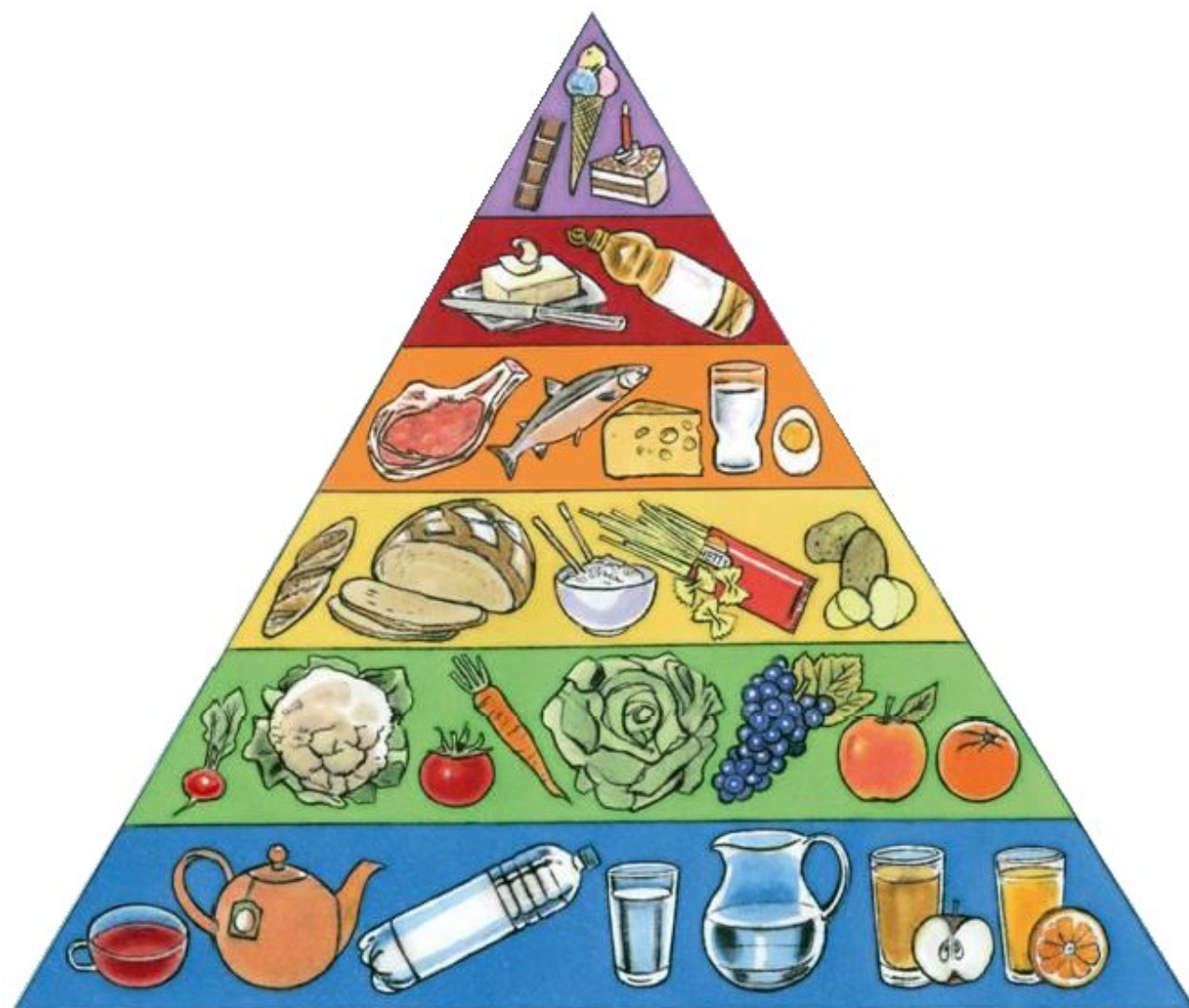
Příloha č. 8 – Myšlenková mapa





(Anonymní práce žáka,
zpracováno v grafickém
programu www.coggle.it)

Příloha 9 – Výživová pyramida



(Mužíková, Košťálová a Packová, nedatováno)

Příloha č. 10 – Návrh komiksu



(Vlastní návrh, zpracováno v grafickém programu www.storyboardthat.com)

Seznam grafů

Graf č. 1 – otázka č. 1 – Jak dlouho pracujete na pozici metodika prevence? Zdroj: vlastní šetření.

Graf č. 2 – otázka č. 2 – Jaké je vaše pohlaví? Zdroj: vlastní šetření.

Graf č. 3 – otázka č. 3 – Jaká jste věková kategorie? Zdroj: vlastní šetření.

Graf č. 4 – otázka č. 5 – Máte ukončené akreditované studium k výkonu specializovaných činností pro školní metodiky prevence (§ 9 vyhlášky č. 317/2005 Sb.) Zdroj: vlastní šetření.

Graf č. 5 – otázka č. 4 – Zastáváte na vaší škole, mimo školního metodika prevence, také nějaké další funkce? Zdroj: vlastní šetření.

Graf č. 6 – otázka č. 6 – Jaká je kombinace předmětů, které na vaší škole vyučujete? Zdroj: vlastní šetření.

Graf č. 7 – otázka č. 7 – Co vidíte jako největší komplikaci při práci metodika prevence na vaší škole? Zdroj: vlastní šetření.

Graf č. 8 – otázka č. 8 – Setkala / setkal jste se jako metodik prevence s poruchou příjmu potravy? Zdroj: vlastní šetření.

Graf č. 9 – doplnění k otázce č. 8 – Setkala / setkal jste se jako metodik prevence s poruchou příjmu potravy? – četnost výskytu PPP. Zdroj: vlastní šetření.

Graf č. 10 – otázka č. 9 – Řešila / řešil jste v minulých třech letech problematiku poruch příjmu potravy u žáka ve vaší škole? Zdroj: vlastní šetření.

Graf č. 11 – otázka č. 10 – Domnívám se, že bych žáka s poruchou příjmu potravy odhalila / odhalil: Zdroj: vlastní šetření.

Graf č. 12 – otázka č. 11 – Jaké typy poruch příjmu potravy znáte? Zdroj: vlastní šetření.

Graf č. 13 – otázka č. 12 – Využíváte materiály jako odborné časopisy, publikace, periodika k dalšímu získávání informací k problematice poruch příjmu potravy? Zdroj: vlastní šetření.

Graf č. 14 – doplnění k otázce č. 12 – Využíváte materiály jako odborné časopisy, publikace, periodika k dalšímu získávání informací k problematice poruch příjmu potravy? – informační zdroje. Zdroj: vlastní šetření.

Graf č. 15 – otázka č. 13 – Máte na své škole v minimálním preventivním programu zahrnutu problematiku prevence poruch příjmu potravy? Zdroj: vlastní šetření.

Graf č. 16 – otázka č. 14 – Realizujete jako škola preventivní program zaměřený na poruchy příjmu potravy zajišťovaný externí společnostmi? Zdroj: vlastní šetření.

Graf č. 17 – otázka č. 15 – Realizujete jako metodik prevence preventivní program zaměřený na poruchy příjmu potravy (vy sami)? Zdroj: vlastní šetření.

Graf č. 18 – otázka č. 16 – Zúčastnili se vaši žáci v posledních třech letech výukových / preventivních programů, které se týkaly skladby zdravého jídelníčku? Zdroj: vlastní šetření.

Graf č. 19 – otázka č. 17 – Zúčastnili se vaši žáci v posledních třech letech preventivních programů, které se zaměřovaly na pojetí sebe sama (vnímání vlastního já)? Zdroj: vlastní šetření.

Graf č. 20 – otázka č. 18 – Zúčastnili se vaši žáci v minulých 3 letech akcí 'přednáška, beseda' na téma poruchy příjmu potravy? Zdroj: vlastní šetření.

Graf č. 21 – doplnění k otázce č. 18 – Zúčastnili se vaši žáci v minulých 3 letech akcí 'přednáška, beseda' na téma poruchy příjmu potravy? – realizátoři akcí na téma PPP. Zdroj: vlastní šetření.

Graf č. 22 – otázka č. 22 – V rámci jakých předmětů realizujete prevenci poruch příjmu potravy? Zdroj: vlastní šetření.

Graf č. 23 – otázka č. 23 – Zkuste odhadnout, kolik vyučovacích hodin v jedné třídě strávíte za školní rok realizací preventivních aktivit zaměřených na poruchy příjmu potravy? Zdroj: vlastní šetření.

Graf č. 24 – otázka č. 19 – Pokud jste nějaký takový program absolvovali – jak hodnotíte jeho kvalitu? Zdroj: vlastní šetření.

Graf č. 25 – otázka č. 24 – Co Vám chybí pro efektivnější prevenci v oblasti poruch příjmu potravy? Zdroj: vlastní šetření.

Graf č. 26 – otázka č. 25 – Žádáte v grantových programech o podporu právě v oblasti poruch příjmu potravy? Zdroj: vlastní šetření.

Graf č. 27 – otázka č. 26 – Máte i jinou finanční podporu pro prevenci poruch příjmu potravy (mimo rozpočet školy)? Zdroj: vlastní šetření.

Graf č. 28 – otázka č. 27 – Při výskytu rizikového chování u žáka v oblasti příjmu potravy bych dále spolupracovala / spolupracoval s: Zdroj: vlastní šetření.

Graf č. 29 – otázka č. 28 – Domnívám se, že pedagogové na naší škole dokáží odhalit poruchu příjmu potravy: Zdroj: vlastní šetření.

Graf č. 30 – otázka č. 29 – Pedagogové na naší škole mají dostatek informací k odhalení poruch příjmu potravy: Zdroj: vlastní šetření.

Graf č. 31 – otázka č. 30 – Znáte organizaci, na kterou byste se mohli obrátit v případě odborné pomoci při řešení poruchy příjmu potravy? Zdroj: vlastní šetření.

Graf č. 32 – doplnění k otázce č. 30 – Znáte organizaci, na kterou byste se mohli obrátit v případě odborné pomoci při řešení poruchy příjmu potravy? – Organizace odborné pomoci PPP. Zdroj: vlastní šetření.

Graf č. 33 – otázka č. 31 – Využila / využil jste pomoci právě takové organizace při řešení této problematiky? Zdroj: vlastní šetření.