

Univerzita Karlova
Přírodovědecká fakulta

Studijní program: Biologie

Studijní obor: Učitelství biologie pro střední školy – Učitelství geografie pro střední školy



Eliška Čermáková

Primární prevence abnormalit příjmu potravy na školách a porovnání její efektivity z pohledu studentů a metodiků prevence

Primary Prevention of Eating Disorders at Schools and Comparison of Its' Efficiency from the Point of View of Students and Prevention Methodologists

Diplomová práce

Školitel: RNDr. Irena Chlebounová

Praha, 2022

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem uvedla všechny použité informační zdroje a literaturu. Tato práce ani její podstatná část nebyla předložena k získání jiného nebo stejného akademického titulu.

V Praze,

Podpis:

Poděkování:

Za skvělé vedení a milý přístup děkuji školitelce RNDr. Ireně Chlebounové. Za překlady do angličtiny a pomoc při sbírání dat děkuji Anežce Chlumové. A za maximální podporu a trpělivost děkuji své mámě Mgr. Jolaně Kohoutové a celé své rodině.

Obsah

1	ÚVOD	6
2	PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY	7
2.1	Mentální anorexie	8
2.2	Mentální bulimie.....	8
2.3	Další poruchy příjmu potravy	9
2.4	Obezita.....	10
3	BODY IMAGE ŽÁKŮ ŠKOLNÍHO VĚKU	11
3.1	Body pozitivita a body neutralita.....	13
4	PREVENCE RIZIKOVÉHO CHOVÁNÍ.....	15
4.1	Rizikové chování	16
4.1.1	Faktory podílející se na vzniku PPP.....	16
4.2	Úrovně provádění prevence.....	18
4.2.1	Všeobecná primární prevence	19
4.2.2	Ostatní	19
4.3	Intervence a preventivní programy PPP	20
5	EFEKTIVITA INTERVENCE	20
5.1	Jak vypadá efektivní preventivní program PPP.....	20
5.2	Everybody's different.....	21
6	METODIKA	22
6.1	Sběr dat.....	22
6.1.1	Polostrukturovaný rozhovor.....	22
6.2	Výběr respondentů.....	24
6.2.1	Řetězový výběr respondentů	24
6.3	Zakotvená teorie	27
7	VÝSLEDKY	28
7.1	Vyhodnocení Rozhovorů ze série otázek D1	29

7.1.1	Paradigmatický model.....	29
7.1.2	Kauzální model	31
7.1.3	Kostra příběhu	56
7.1.4	Zakotvená teorie	57
8	DISKUZE	61
9	ZÁVĚR	65
10	LITERÁRNÍ PŘEHLED.....	66
11	SEZNAM ZKRATEK.....	68
12	REJSTŘÍK POJMŮ.....	69
13	PŘÍLOHY.....	70

1 ÚVOD

Abnormality příjmu potravy (dále jen APP) jsou důležitým tématem, které může potkat kohokoliv. Demografická skupina, která se s tímto problémem potýká nejčastěji, jsou děti a mládež mezi 12. a 20. rokem života (Navrátilová M, Hamrová M. 2009, Tóthová 2019). Jedním z těch, kdo může zasáhnout v boji proti rizikovému chování způsobujícímu rozvoj některé z forem APP je škola. Je povinností každé základní školy, střední školy i víceletých gymnázií mít sepsaný podrobný Preventivní program (dříve Minimální preventivní program), který zahrnuje mimo jiné i prevenci rizikového chování vedoucího k rozvoji APP u žáků (Pražské centrum primární prevence 2010).

Školy řeší prevenci APP různými způsoby, tato má za úkol zjistit, jaké strategie a formy prevence jsou na školách nejčastější a jaká je jejich efektivita. Snaží se odpovědět na otázku „Jaký efekt má primární prevence APP na školách?“ Cílem práce je pokusit se vyhledat takové strategie, které se zdají nejefektivnější a které by učitelům pomohly provádět prevenci abnormalit příjmu potravy komplexně a s co nejpozitivnějším dopadem na své studenty.

Tato diplomová práce navazuje na bakalářskou práci autorky, kde byly popsány rizikové faktory vzniku APP a způsob, jakým k tématu přistupují tvůrci studijních materiálů. Pro diplomovou práci je důležitější živý faktor, to znamená názory a zkušenosti studentů i učitelů týkající se právě tématu APP. V rámci tvorby bakalářské práce bylo zjištěno, že velká část rizika vzniku APP je ovlivněna rodinným zázemím. Škola může rodinné zázemí žáků ovlivnit jen minimálně a nemůže suplovat výchovnou roli rodičů, kteří mají na tuto problematiku velký vliv (Haines J. 2006). Tato práce hledá způsoby, jak je možné provádět prevenci co nejefektivněji bez ohledů na rodinné zázemí žáků, a jak v tomto směru pomoci žákům, kteří nežijí v dobrém rodinném klimatu.

Práce je rozdělena na část literární, metodickou a výzkumnou. Literární část popisuje krátce poruchy příjmu potravy a rizikové chování ve vztahu k APP. Tato témata jsou více popsána v bakalářské práci autorky. Dále je v literárním přehledu popsán pohled žáků na sebe sama a jsou zde popsány obecné principy provádění prevence. Výzkum je kvalitativní, je prováděn pomocí polostrukturovaných rozhovorů a analyzován metodou zakotvené teorie.

2 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

PPP jsou specifickým onemocněním, které v posledním desetiletí vzbuzuje pozornost laické i odborné veřejnosti (Lébllová 2010). Jde o primárně psychiatrické onemocnění spojené s odmítáním potravy, jehož následkem vznikají další somatické potíže. Zároveň jde o poruchy spojené s nejvyšší úmrtností v porovnání s ostatními psychiatrickými onemocněními (Navrátilová M, Hamrová M. 2009). Navzdory zažitým představám jde o onemocnění, které postihuje nejen ženy, ale i muže (Tóthová 2019), ačkoliv u žen se objevuje 10x až 20x častěji než u mužů (Navrátilová M, Hamrová M. 2009). Forma poruchy příjmu potravy může postihnout lidi ze všech sociálních vrstev. Náznaky onemocnění můžeme sledovat již u dětí mladších sedmi let, či se mohou v různé míře projevovat během celého života jedince (Tóthová 2019). Nejčastěji se onemocnění projeví v období dospívání, nejintenzivněji ohrožení jedinci jsou pak ve věku 12-25 let (Navrátilová M, Hamrová M. 2009, Tóthová 2019).

Během posledních třiceti let byl zaznamenán nárůst výskytu poruch příjmu potravy (Tóthová 2019). Rozvoj poruch příjmu potravy úzce souvisí s nespokojeností s vlastním tělem a problémovým vztahem k jídlu. Osoby s tímto onemocněním mají negativní body image, tedy negativní způsob, jakým člověk přemýšlí o svém těle, jak ho vnímá a cítí. Týká se to zejména nerealistického hodnocení velikosti a proporcí vlastního těla (Lébllová 2010). Výzkumy ukazují, že až 70 % dívek není spokojeno s vlastním tělem. Spokojenost s vlastním tělem souvisí s celkovým sebehodnocením dítěte a je velmi sociálně citlivá. Dobré tělesné a psychické zdraví je spojeno s pozitivní představou o vzhledu (Csémy L, Krch F. D, Provazníková H. a kol. 2005). (Více k tomuto tématu v kapitole BODYIMAGE ŽÁKŮ ŠKOLNÍHO VĚKU.)

Nejznámějšími formami poruch příjmu potravy jsou mentální anorexie (anorexia nervosa) a mentální bulimie (bulimia nervosa), či jejich smíšená forma. Mentální anorexie a mentální bulimie byly prohlášeny za důležitý problém světové populace již v roce 1987 (Navrátilová M, Hamrová M. 2009). Velký podíl poruch příjmu potravy nespadá ani do kategorie mentální anorexie ani do kategorie mentální bulimie. Je tedy pravděpodobné, že statistické údaje významně podceňují skutečný výskyt poruch příjmu potravy, jelikož počítají jen s klinicky diagnostikovanými případy mentální anorexie a mentální bulimie (Tóthová 2019).

Léčba takových onemocnění je velice problematická. Zejména je tomu proto, že nemocní si svou poruchu neuvědomují, či nepřipouštějí. S lékaři spolupracují jen na oko a při vyšetřeních udávají lživé výpovědi. Pokud se nemoc rozvine, může se stát nevyléčitelnou. Pacientky s mentální anorexií průměrně umírají ve věku 33 let. V této době umírá až 20 % nemocných

(Navrátilová M, Hamrová M. 2009). Je tedy potřeba dělat preventivní opatření takového rizikového chování, které vede k rozvoji poruch příjmu potravy a předcházet tak onemocnění dřív, než se vůbec objeví.

2.1 Mentální anorexie

Mentální anorexie (*anorexia nervosa*) se projevuje úbytkem hmotnosti, který je záměrný a uměle udržovaný. Během onemocnění vzniká podvýživa, na kterou navazují sekundární endokrinní a metabolické změny, které vedou k narušení tělesných funkcí. Během onemocnění se objevuje psychopatologická obava z tloušťky. Postižené osoby vnímají sebe sama jako příliš tlusté. Svou váhu se snaží redukovat hladověním, či konzumací velmi malého množství jídla a vyhýbání se jídlům, po kterých se tloustne. Svou snahu zhubnout podporují užíváním léčiv, jako jsou laxativa, diuretika, klysmata. Pro stanovení diagnózy anorexie musí být váha člověka nejméně o 15 % nižší oproti normální nebo očekávané váze pro daný věk a odpovídající výšce (Navrátilová M, Hamrová M. 2009). Mentální anorexii provází mnoho zdravotních obtíží, a to nejen fyzického, ale i psychického rázu, od výchylek v chování zasažené osoby, přes problémy vytvářet fungující vztahy s ostatními lidmi až po riziko sebevraždy. (Battle E. K, Brownell K. D. 1996)

2.2 Mentální bulimie

Mentální bulimie (*bulimia nervosa*) je diagnostikována častěji než anorexie, ale často se vyskytuje ve spojení s anorexií. Tyto nemoci se mohou periodicky střídát, či na sebe navazovat. Tato nemoc se projevuje opakovanými záchvaty přejídání, kdy nemocný zkonzumuje naráz obrovské množství kaloricky bohaté potravy. Následují pocity diskomfortu, pocity viny z množství snědeného jídla a deprese ze ztráty kontroly nad vlastním jednáním. Během následujícího kompenzatorního chování se nemocný snaží zbavit přijaté potravy. K tomu využívá různé metody. Časté je zvracení a užívání projímadel, dále užívání jiných látek, například hormonů štítné žlázy či emetinu. Mohou se objevit střídavá období hladovění. Opakované zvracení a užívání léčiv může vyvolat somatické problémy. Pro bulimiky je charakteristické jejich neustálé zabývání se jídlem. Může se objevit záchvatovitě nutkání ke konzumaci jídla. Na rozdíl od anorexie, kde dochází k radikálnímu snížení váhy, u bulimie zůstává hmotnost normální, nebo se může projevit mírná nadváha (Navrátilová M, Hamrová M. 2009). Bulimie má vyšší šanci na zdárné léčení než anorexie, podchytne-li se včas. Při její léčbě je potřeba zaměřit se zejména na interpersonální vztahovou terapii než na samotné léčení symptomů. Bohužel má bulimie tendence k celoživotním remisím, a proto je potřeba dbát na to, aby riziko jejího návratu bylo po léčbě co nejnižší. (Battle E. K, Brownell K. D. 1996)

2.3 Další poruchy příjmu potravy

Bigorexie je jedním druhů APP. Jde o psychickou poruchu projevující se extenzivním cvičením a snahou o co největší nárůst svalové hmoty. Postihuje převážně muže a to zejména ty, kteří trpí tzv. syndromem malosti (jsou menší, drobnější než průměr). Růst svalové hmoty se tyto muži snaží co nejvíce podporovat nejen častým a náročným posilováním, ale i podpůrnými přípravky pro růst svalů, a to i těmi nelegálními. Pro tělo je toto extrémní zátěž, která poškozují zdravotní stav postiženého jedince. Nadměrné užívání proteinů, antibiotik i samotné cvičení se v této fázi stává zdraví škodlivým. Porucha neblaze ovlivňuje i sociální život zasažených osob, jelikož vše se musí podřizovat plánům tréninku. Tyto osoby mají většinou nízkou sebedůvěru a tendence se podceňovat. (Mosley P. E. 2008)

Dalším onemocněním pravděpodobně spadajícím do skupiny APP je ortorexie (Orthorexia nervosa). Jedná se o patologickou posedlost zdravým stravováním a takzvanými bio potravinami. Lidé trpící ortorexií s přehnaností dbají o kvalitu potravin, které snědí. Odmítají geneticky modifikované potraviny, umělá hnojiva, pesticidy, odmítají požit potraviny, jejichž původ neodpovídá jejich požadavkům. V rámci své snahy o co nejzdravější stravu se ortorektici ochuzují o velké množství důležitých látek a vitamínů, čímž u nich dochází k extrémním úbytkům váhy. Jejich obsese zdravou výživou může vést až k situacím, kdy nepřijímají jinou potravu než tu, kterou si sami vypěstují a připraví. Ortorektici jsou na svůj životní styl i pohublý vzhled hrdí, často se snaží přesvědčit své okolí o výhradní správnosti svého chování. Oficiálně není ortorexie klasifikována jako psychiatrické onemocnění, jde zatím spíše o společenský fenomén, podobný například veganství nebo vegetariánství. Při extrémních projevech jde prokazatelně o duševní onemocnění, pro které ale není konkrétní zařazení. (Donini, L.M., Marsili, D., Graziani, M.P. et al. 2005)

Drunkorexie a alkorexie jsou dvě poruchy příjmu potravy, které jdou ruku v ruce se závislostí na alkoholu. Opět jde o poruchu postihující zejména mladší ženy. Postižené osoby střídají období velkého příjmu alkoholu s obdobími přísné diety. Pro některé jedince slouží alkohol naopak jako náhražka potravy a prostředek k zahnání pocitu hladu. Toto onemocnění velmi rychle dokáže zdevastovat jak psychické, tak fyzické zdraví závislé osoby. Důvodem pro rozvoj poruchy bývá negativní postoj k sobě samému a nízká sebeúcta, které alkohol utlumuje. (Chambers R. A. MD. 2008)

Záchvatovité přejídání jde ruku v ruce s nadváhou a patří již do spektra poruch příjmu potravy týkajících se nadměrného příjmu kalorií. Jde o pravidelně se opakující epizody nekontrolova-

ného příjmu velkého množství potravy. Aby bylo možné klasifikovat to jako poruchu příjmu potravy, je důležitá právě pravidelnost, s jakou se záchvaty přejídání dostávají. Tato porucha je nejčastější poruchou příjmu potravy u mužů, ale i přesto postihuje častěji ženy než muže. Nadměrný příjem potravy vede u postiženého k výčitkám, ke studu a k pocitům znechucení sám nad sebou. Nemoc se může překlenout v bulimii nebo se v jejím důsledku dostane postižená osoba ke stádiím obezity. Nejčastěji se onemocnění vyskytuje u mladých lidí ve věku 15-20 let, může ale přetrvávat velmi dlouhou dobu. Podle odhadů trpí záchvatovitým přejídáním 2% populace, realita může být i vyšší, neboť je obtížné poruchu diagnostikovat. Záchvatovité přejídání bývá spojeno se stresem, nespokojeností s vlastním tělem a s negativními emocemi. (de Zwaan, M. 2001)

Syndrom nočního přejídání je porucha příjmu potravy, při které se pacient i několikrát za noc probudí a není schopen usnout, dokud něco nesní. Kalorický příjem těchto nočních svačinek bývá většinou vysoký, potraviny, které jedinec zkonzumuje, jsou většinou nezdravé. Mezi psychické poruchy to řadí fakt, že postižený není schopen svou potřebu jídla ovládat. V některých případech se noční přejídání odehrává dokonce v náměsíčním stavu nebo polospánku. Jako příčina vzniku tohoto onemocnění se nejčastěji uvádí stres. Následkem poruchy může být porucha meziosobních vztahů a porucha vnímání vlastního těla. Z fyzického hlediska je nebezpečná zejména porucha cirkadiálního rytmu příjmu potravy (Faltus F. 2007).

Poruch příjmu potravy je široká škála, některé z nich jsou diagnostikovány jako psychiatrická onemocnění, u některých je to složitější. Obecně lze ale říct, že ty poruchy, které jsou zdraví škodlivé, či zásadním způsobem ovlivňují chování člověka ve společnosti, jsou nebezpečné a je potřeba o nich informovat a chránit rizikové skupiny před jejich propuknutím. Studie ukazují, že mnohem častěji se u postižených objevuje částečná forma některé z poruch nežli plně rozvinutá, diagnostikovatelná porucha. Všechny poruchy na sebe navíc mohou navazovat a plynule přecházet jedna ke druhé, pokud nejsou správně léčeny. (O'Dea J.A. 2006)

2.4 Obezita

Obezita není oficiálně řazena mezi poruchy příjmu potravy, ale jde o jednu z abnormalit příjmu potravy, na kterou se v rámci podpory zdravého životního stylu také zaměřuje primární prevence na školách a často bývá úzce spjata s prevencí poruch příjmu potravy. Proto mi přijde důležité se s ní zabývat i v této práci.

Zejména v posledních letech se obezita stala závažným celospolečenským zdravotnickým problémem. Do tohoto závažného tématu spadá i obezita dětí a mladistvých. Až u 20 % do-

spělých v USA i ve většině států Evropy byla zaznamenána obezita. V současné době je v Česku zhruba 10 % dětí obezích. Z obezích dětí zůstává až 80 % obezích i v dospělosti. Doporučené denní dávky energie jsou nás překračovány o 20–25 % (Kytnarová 2002). Obezita je metabolická porucha, která se projevuje zmnožením tuku v organismu (Kytnarová 2002, Málková 2006). Může být ovlivněna více faktory (Málková 2006). U více než 95 % obezích je však nadměrná hmotnost způsobena pozitivní energetickou bilancí. K té dochází v důsledku nepoměru mezi příjmem energie, kterého je víc, a výdejem energie. Při dlouhodobém vlivu pozitivní energetické bilance dojde k porušení mechanismů regulujících přírůst hmotnosti, které běžně nakládají s přebytečnou energií, aby se v těle neukládala.

Život obezích se propojuje v začarovaný kruh, který se skládá z období, kdy obezní člověk nasadí nevhodnou dietu, a následného období nekontrolovaného příjmu potravy, kdy obezní člověk vzdá své snažení zhubnout a sbírá síly na zahájení další diety. Důležitou úlohu při rozvoji obezity sehrává také nadměrný příjem tuků. Zdravotní komplikace spojené s obezitou se mohou projevit již v dětském věku a často významně ovlivňují kvalitu a délku života obezního jedince (Kytnarová 2002).

3 BODY IMAGE ŽÁKŮ ŠKOLNÍHO VĚKU

Existuje souvislost mezi nespokojeností s vlastním tělem a nevhodným vztahem k jídlu (Léblková 2010). Body image (tedy vnímání sebe sama) je spojeno se sebevědomím. Zdravé sebevědomí souvisí s psychickou a emocionální stabilitou. A právě psychické a emocionální problémy jsou jedním z faktorů ovlivňujících výskyt poruch příjmu potravy (Tóthová 2019). Bohužel, nespokojenost s vlastním tělem je v USA a západní Evropě běžná věc už od osmi let věku (Csémy L, Krch F. D, Provazníková H. a kol. 2005).

Mezi 5. a 7. ročníkem základní školy dochází k nárůstu počtu dětí, které vnímají vlastní tělo a začínají si utvářet vlastní body image. Spokojenost s vlastním tělem souvisí s celkovým hodnocením dítěte, a to jak sebehodnocením, tak hodnocením ze strany ostatních. Rovněž souvisí se sociálním prostředím, kterým je dítě obklopeno. Děti, které se cítí být akceptovány svými vrstevníky takoví, jací jsou, hodnotí svůj vzhled jako dobrý. Naopak žáci, kteří se necítí být akceptováni svými vrstevníky svůj vzhled hodnotí pozitivně jen z 29 %. Sociální vazby mají na body image velký vliv. Děti, které častěji uváděly, že se cítí osamělé, významně častěji uváděly, že nejsou spokojeny se svým tělem. Podobně je to i se školními výkony. Děti, které hodnotí svůj školní výkon jako dobrý, většinou hodnotí jako dobrý i svůj vzhled. Děti, kterým se ve škole nelíbí, jsou z 34 % nespokojeny se svým vzhledem. Děti, které nejsou

spokojeny se svým vzhledem 2x častěji uváděly, že se cítí šikanovány (Csémy L, Krch F. D, Provazníková H. a kol. 2005).

Již v páté třídě je u žáků patrný strach z tloušťky, který se v průběhu dalších let ještě zvyrazňuje. Až 40 % dívek uvádí, že si připadají tlusté, ve dvanácti letech je to 27 %, v 18 letech tento počet narůstá až na 41 %. Tabulka 1 níže udává tělesnou hmotnost sledovaných dětí. Vyplývá z ní mimo jiné, že již od páté třídy převažuje počet dívek se sníženou hmotností nad počtem dívek se zvýšenou hmotností. Když ji porovnáme s Tabulkou 2, která ukazuje hodnocení vlastní postavy, tedy body image, uvidíme, že během staršího školního věku ubývá děvčat s nadváhou, ale přibývá těch, které se cítí tlusté. Například v deváté třídě má téměř 39 % dívek pocit, že trpí nadváhou, ačkoliv reálně jí může trpět ani ne polovina z tohoto počtu (Csémy L, Krch F. D, Provazníková H. a kol. 2005).

Z dalších výzkumů vyplývá, že u chlapců i dívek je hubenost jednoznačně spojována s atraktivním vzhledem. Velká část chlapců i dívek uvádí, že si připadají hubení (z výběru hubený-tak akorát-tlustý), zároveň ale uvádí, že jejich váha je v pořádku. Děti, které se cítí tlusté, si častěji připadají osamělé a smutné. První reakce na pocit tloušťky bývá omezení příjmu potravy. Děti vynechávají jídla, jedí méně a chaoticky, nedostatečně a nepravidelně. To může být rizikovým faktorem pro vznik obezity. Až potom se v menší míře objevuje změna jídelníčku. Tendence držet dietu jsou patrné už u jedenáctiletých dívek. V osmnácti letech už má s dietou zkušenost téměř každá dívka. Mezi pátým a devátým ročníkem se počet dívek držících dietu až zdvojnásobuje. Skutečný počet dívek, které drží redukční dietu, je ale odhadován vyšší, než je počet dívek, které se k redukční dietě přiznají. Za posledních 10 let významně stoupl počet dívek držících dietu ve snaze zhubnout. Přitom právě dietářství je jedním z rizikových faktorů pro vznik některé z forem poruch příjmu potravy. Podle některých autorů vzrůstá riziko rozvoje poruchy příjmu potravy s držením diety až 8x. Až u 30 % dietářů se rozvine plný či alespoň částečný syndrom poruchy příjmu potravy (Csémy L, Krch F. D, Provazníková H. a kol. 2005).

Podle výzkumů se rovněž ukazuje, že rizikovým faktorem pro vznik poruchy příjmu potravy u dívek může být i fyzická vyspělost. Dívky, které dospívají rychleji, označují častěji svůj vzhled za neatraktivní a své tělo za příliš tlusté. Existuje u nich dvojnásobně vyšší riziko vzniku poruchy příjmu potravy (Csémy L, Krch F. D, Provazníková H. a kol. 2005).

Tabulka 1. Tělesná hmotnost sledovaných dětí (%) (Csémy L, Krch F. D, Provazníková H. a kol. 2005)

		CHLAPCI	DÍVKY
5. třída	Snížená hmotnost	25,7	33,3
	Normální hmotnost	48,1	46,6
	Zvýšená hmotnost	26,2	20,1
7. třída	Snížená hmotnost	20,5	25,1
	Normální hmotnost	55,6	53,9
	Zvýšená hmotnost	23,9	21,0
9. třída	Snížená hmotnost	19,7	26,4
	Normální hmotnost	55,7	55,6
	Zvýšená hmotnost	24,6	18,0

Tabulka 2. Hodnocení vlastní postavy (%) (Csémy L, Krch F. D, Provazníková H. a kol. 2005)

„Podle mého mínění je moje postava:“		CHLAPCI	DÍVKY
5. třída	Hubená	19,2	16,7
	Tak akorát	59,4	57,8
	Tlustá	21,3	25,6
7. třída	Hubená	16,2	17,4
	Tak akorát	63,2	46,2
	Tlustá	20,6	36,4
9. třída	Hubená	22,8	12,5
	Tak akorát	60,9	49,6
	Tlustá	16,3	38,9

3.1 Body pozitivita a body neutralita

Termín „body positivity“ neboli pozitivní vnímání vlastního těla vychází z myšlenkového hnutí „Fat acceptance movement.“ Fat acceptance movement se snaží ve společnosti šířit povědomí o překážkách a problémech, kterým čelí tlustí lidé. Body positivity k tomuto přináší aktivní boj za přijetí všech typů postav bez ohledu na fyzický vzhled, schopnosti, velikost,

rasu či pohlaví. Snaží se upozorňovat na předsudky, kterým čelí tlustí, ale i hubení či postižení lidé. Bojuje proti tzv. „body shamingu“, tedy urážení člověka na základě jeho fyzického vzezření. Body shaming zahrnuje negativní pohled na tlusté i na hubené tělo. Body positivity pracuje s předpokladem, že krása je pouze sociální konstrukt. Krása těla je podle tohoto myšlení relativní a její obraz se v historii značně měnil. Mění se i dnes v závislosti na preferencích různých kultur. Body pozitivita se snaží zmírnit tlak na lidi kvůli vzhledu, který může přicházet z médií, sociálních sítí, ale i rodiny či okruhu přátel, a v konečném důsledku může způsobovat psychickou újmu i vyvolat poruchy příjmu potravy. Hnutí je často odsuzováno za propagaci obezity, jde však o špatný výklad takového myšlení. Naopak hnutí podporuje zdravý životní styl a upozorňuje, že není nezbytně spojen se štíhlostí. Cílem celého hnutí je šířit myšlenku, že každý máme právo na respekt a naši hodnotu nemůže určit to, jak vypadáme. (Sastre A. 2014, Horn N. 2021)

Hnutí body positivity má své kořeny již v šedesátých letech minulého století. Krátce na to se objevil pojem body neutrality, který přináší alternativní pohled na myšlení body positivity. Zatímco body positivity se soustředí na přijímání svého těla takového, jaké je a na milování a přijetí svých nedostatků, body neutrality dává důraz na to, co pro nás může naše tělo i přes své nedostatky všechno vykonat. Na rozdíl od body positivity, se body neutrality méně soustředí na vzhled a více na schopnosti těla. Body neutralita jde ruku v ruce s uvědoměním, že pokud člověk své tělo respektuje, stará se o ně a naslouchá jeho potřebám, dobře se stravuje a je dostatečně fyzicky aktivní, jeho tělo bude lépe fungovat a on se pak bude cítit lépe po fyzické i psychické stránce. (Horn N. 2021) Grafické znázornění rozdílu body positivity a body neutrality viz Obrázek 1.



Obrázek 1: Odlišné přístupy body positivity a body neutrality, zdroj: autorka

4 PREVENCE RIZIKOVÉHO CHOVÁNÍ

Důležitost prevence abnormalit příjmu potravy je podle Battla a Brownella odůvodněna takto:

1) *Abnormality příjmu potravy jsou závažná onemocnění, která se nesmírně obtížně léčí.* Počty případů, kdy léčba těchto onemocnění selže, jsou vysoké, ačkoliv pro bulimii jsou prognózy příznivější.

2) *Léčba těchto onemocnění je finančně náročná.* Pro co největší kontrolu nad onemocněním jsou vyžadovány intenzivní individuální nebo skupinové terapeutické programy, které vyžadují kvalifikované specialisty. Cena takových programů bývá velmi vysoká.

3) *Je obtížné poskytnout kvalitní léčbu všem, kteří ji potřebují.* Nejen že dostupnost kvalitní specializované léčby je omezená, jde také o věc, kterou je potřeba podstoupit na dobrovolné bázi. Vzhledem k mentální náročnosti celého onemocnění je často velmi těžké, přimět zasaženou osobu, aby léčení podstoupila (Battle E. K, Brownell K. D. 1996).

4.1 Rizikové chování

Rizikové chování je takové chování, které má negativní dopady na zdraví jedince, na jeho psychologické a sociální fungování, nebo chování, kterým jedinec ohrožuje lidi ve svém okolí. Ohrožení v takovém případě nemusí být reálné, může být pouze předpokládané. Rizikové chování vedoucí k APP spadá do kategorie rizikových zdravotních návyků. Dalšími kategoriemi rizikového chování jsou rizikové sexuální chování, agresivní chování, gamblerství, rizikové sportovní aktivity, delikventní chování a rizikové chování ke společenským institucím. Podle Michaely Širůčkové je společným znakem všech forem rizikového chování „prepatologická úroveň sledovaného jevu, tzn., že teoretické systémy zabývající se rizikovým chováním nepřesahují do patologické roviny problematiky“ (Širůčková, 2015). Různé formy rizikového chování se často u jedince vyskytují současně, označujeme to jako syndrom rizikového chování (Širůčková, 2015).

4.1.1 Faktory podílející se na vzniku PPP

Faktory, které mohou, ale nemusí zapříčinit některou z abnormalit příjmu potravy, se dají rozdělit do několika kategorií. Tyto kategorie se nedají odstupňovat podle intenzity nebo četnosti zapříčinění rozvoje onemocnění. U každého jedince může být zapříčinění onemocnění individuální. Někdy může nemoc ovlivnit jeden rizikový faktor, který na jedince působí velmi intenzivně, častěji však dochází k onemocnění kvůli kombinaci několika z těchto faktorů (Irving L. M, Neumark-Sztainer D. 2002).

Do první skupiny spadá faktor sebehodnocení. Častou příčinou rozvoje některé z poruch příjmu potravy je nespokojenost s vlastním tělem. Tento faktor nemá vliv jen na poruchy příjmu potravy a tendence k drastickým redukcím váhy, může oklikou ovlivňovat i vznik obezity. Kromě přímého dopadu tohoto faktoru na vznik APP mívá nespokojenost s vlastním tělem negativní vliv i na vztah k fyzické aktivitě. Lidé, kteří se necítí komfortně ve svém těle, nechtějí demonstrovat jeho schopnosti a dovednosti během sportu. Podporu v nedůvěře k vlastnímu tělu může způsobovat i negativní odezva těla vůči sportovním aktivitám (například, křeče, bolesti kloubů, neschopnost dotažení vytyčených cílů) (Haines J. 2006, Irving L. M, Neumark-Sztainer D. 2002).

Neméně důležitým faktorem je Faktor socio-environmentální. Do této kategorie spadá zejména ovlivnění rodinou a přáteli. Rizikové rodinné prostředí se naskytá obzvláště u rodin kladoucích důraz na perfekcionismus a ochotu vyhovět a potlačit své osobní potřeby před zájmy druhých. Více ohroženi mohou být taktéž jedinci z rozvrácených nebo nefunkčních rodin. Obecně v rodinách, kde se na potomky přenáší více stresu je vyšší riziko rozvoje některé z forem APP. (Battle E. K, Brownell K. D. 1996) Ačkoliv je rodinné prostředí pro rozvoj APP silně determinující, není jediným faktorem v této skupině. Jedinec může být ovlivněn i sociální skupinou, ve které se nachází mimo rodinné prostředí, a to zejména těmi, kteří jsou mu nejbližší – přáteli. Nebezpečný je v této situaci zejména posměch spojený s váhou. Hlavně v období staršího školního věku a puberty je pro děti zásadní, aby byly přijaté kolektivem a to bezpodmínečně. Riziko vyloučení z kolektivu či posměch je velmi silným sociálním faktorem, který může vést k problémům s nadváhou i podvýživou (Haines J. 2006, Irving L. M, Neumark-Sztainer D. 2002).

Dalším faktorem, který může determinovat rizika vzniku APP je osobnost daného člověka. Zejména introvertní ženy, které se nerady svěřují s osobními problémy, spadají do rizikové skupiny. Mezi další rizikové vlastnosti patří perfekcionismus, úzkostlivost a stydlivost. Problém může nastat u jedinců, kteří svou osobní identitu stavějí zejména nebo výhradně na svém vzhledu. (Haines J. 2006, Irving L. M, Neumark-Sztainer D. 2002) Demograficky jsou nejrizikovější skupinou ženy z vyšší nebo střední sociální třídy, ve věku mezi dvanácti a dvaceti lety. Ačkoliv na to některé studie ukazují, sociální skupina a etnický původ již nejsou zcela přesnými ukazateli, protože nemoci se stále častěji objevují v širších sociálních kruzích. (Battle E. K, Brownell K. D. 1996) Rizikový věk může být v mnohých případech i nižší. V jedné australské studii ukázaly výsledky, že držení diet, strach z tloušťky, pokusy o snížení vlastní hmotnosti a starost o vzhled zažívají už i sedmileté děti (O’Dea J. A. 2006).

Vysoké vystavení působení médií může způsobit pokřivení pohledu na sebe samého a dát tak příčinu rozvoji APP. Média, a to zejména ta vizuální (internet, televize, časopisy), jsou tak další skupinou faktorů rizikového chování. (Haines J. 2006, Irving L. M, Neumark-Sztainer D. 2002) Zvláště v současné době, kdy jsme médii ovlivňováni denně a již od nízkého věku, je jejich vliv neopomenutelný. Sociální sítě si děti mohou zakládat již ve třinácti letech a dostat se tak k mediálnímu obsahu, který v nich může vyvolávat pocity méněcennosti, je velmi snadné. (Haines J. 2006, Irving L. M, Neumark-Sztainer D. 2002) Prevence APP tak zápasí v opozici proti médiím, módnímu průmyslu a podnikatelským aktivitám ve fitness, kde se

stále všichni soustředí na velmi hubený ideál lidského vzezření (Battle E. K, Brownell K. D. 1996).

Rizika přinášejí také diety. Nejen že při nesprávném nastavení diet může docházet k podvýživě, ale jimi způsobený hlad může vést k přejídání a metabolickým změnám a stát se tak příčinou obezity. Nevhodná dieta je předskokanem špatného stravování. Ovšem pro schopnost správně poskládat dietní jídelníček je potřeba značné edukace, kterou mnoho lidí opomíjí nebo naschvál přehlíží ve snaze zhubnout. Navíc jsou kvalitní diety velmi drahé a lidé se raději ve snaze ušetřit ničí těla a vystavují se rizikům abnormalit příjmu potravy (Haines J. 2006).

Posledním rizikovým faktorem jsou genetické predispozice. Ty mohou také ovlivnit možný výskyt onemocnění u dané osoby, například genetické dispozice k zadržování vody nebo pro pomalý metabolismus. Jde však jen o nízké procento případů, které jde ve většině případů vyřešit medikací (Battle E. K, Brownell K. D. 1996).

4.2 Úrovně provádění prevence

Prevenci běžně v praxi rozdělujeme na dvě odlišné části, konkrétně na prevenci specifickou a nespecifickou. Podle MŠMT má nespecifická prevence za cíl „výchovu dětí a mládeže ke zdraví, k osvojení pozitivního sociálního chování a snahu o zachování integrity osobností“ (MŠMT, 2005). Nespecifická prevence je zásadní pro celý systém preventivního a intervenčního působení. Probíhá přirozeně zejména během rekreačních sportovních a kulturních volnočasových aktivit a programů (Gabrhelík R. v Milovský M. a kol, 2. díl, 2015). Specifická primární prevence má velmi úzké zaměření na jeden nebo více typů rizikového chování a veškerá rizika, která se s tímto konkrétním rizikovým chováním pojí. Jde tedy o programy a aktivity, které fungují jako zacílené intervence primární prevence na konkrétní skupinu, u které se snaží zabránit manifestaci problémů spojených s daným typem rizikového chování (Gabrhelík R. v Milovský M. a kol, 2. díl, 2015; MŠMT, 2005). Podle Romana Gabrhelíka má specifická prevence tři důležité charakteristiky: „jednoznačně vyjádřený vztah k oblasti rizikového chování a souvisejícím tématům, realizaci v přesně vymezeném čase a prostředí, což umožňuje evaluaci těchto typů programů, je zaměřena na jasně definovanou cílovou skupinu a s ohledem na potřeby cílové skupiny zavádí preventivní intervence“ (Gabrhelík R. v Milovský M. a kol, 2. díl, 2015, str. 204-205). Gabrhelík také zdůrazňuje, jak je důležité kontinuálně sledovat efektivitu preventivních programů a intervencí na cílovou skupinu a evaluovat jejich kvalitu. Specifická primární prevence se dále dělí na univerzální (všeobecnou)

prevenci, selektivní prevenci a indikovanou prevenci, které se liší cílovými skupinami, na které jsou mířené, a tudíž i samotným obsahem svých sdělení (Gabrhelík R. v Milovský M. a kol, 2. díl, 2015).

4.2.1 Všeobecná primární prevence

Cílovou skupinou pro všeobecnou prevenci je část populace, obecná skupina lidí, u které existuje pravděpodobnost výskytu rizikového chování. (Springer and Philips, 2007) Prevence se v takových skupinách snaží zabránit, aby k takovému rizikovému chování ve skupině vůbec došlo. Jinými slovy snaží se předcházet vzniku rizikového chování u členů populace, kteří mají potenciál, aby se u nich toto rizikové chování projevilo, ale ještě se neprojevuje. Všeobecné preventivní programy probíhají například ve školách se žáky druhého stupně. Cílová skupina se v případě všeobecné prevence vymezuje pomocí celopopulačních studií (Gabrhelík R. v Milovský M. a kol, 2. díl, 2015). V případě prevence APP by tak mohlo být cílem takovýchto preventivních programů zamezit radikálním změnám stravovacích návyků u všech žáků nebo i edukace o bezpečnějších formách změn stravování, aby se tak minimalizovala rizika vzniku APP.

Intervence nejčastěji probíhají v rámci školských zařízení a související komunity. Prevenci a intervenci v této skupině může provádět člověk s odborností akreditovaného pedagoga, školního psychologa nebo proškoleného pracovníka neziskové organizace (Gabrhelík R. v Milovský M. a kol, 2. díl, 2015). Příkladem intervence na této úrovni je program Unplugged, který pokrývá téma školské drogové prevence (Klinika adiktologie, 1. LF UK 2004).

Právě všeobecná prevence cílicí na celé komunity žáků základních a středních škol je hlavním výzkumným tématem této diplomové práce.

4.2.2 Ostatní

Kromě všeobecné prevence existují ještě další dvě úrovně provádění prevence – Selektivní prevence a indikovaná prevence. Selektivní prevence se zaměřuje na menší skupiny osob nebo jednotlivce, u kterých jsou ve zvýšené míře přítomny rizikové faktory pro vznik a vývoj různých forem rizikového chování. Tito lidé jsou z různých důvodů ohroženější než zbytek populace. Většinou jde o intenzivní podpůrné programy sociálně-psychologického zaměření. Vzhledem k tomu, že je prevence cílená na skupinu velmi rizikových jedinců, je potřeba mít pro provádění selektivní prevence odbornou kvalifikaci. Běžný učitel touto kvalifikací nedisponuje. (Milovský M. a kol, 1. díl, 2015)

Indikovaná prevence je zaměřená na jedince výrazně vystavené působení rizikových faktorů, případně na ty, u kterých se již rizikové chování objevilo. Indikovaná prevence se snaží podchytit problém co nejdříve a zamezit tak rozvoji rizikového chování a projevení jeho následků. Indikovaná prevence posuzuje a vyhodnocuje potřebu specifických intervencí, případně intervenční kroky aplikuje. (Milovský M. a kol, 1. díl, 2015)

4.3 Intervence a preventivní programy PPP

Pro efektivní prevenci výskytu APP se doporučuje šířit relevantní informace a rady ohledně vyváženého stravování. Dále také vyučovat a trénovat konkrétní dovednosti související nejen s nutričními znalostmi, ale i se schopností komunikace. Propaguje se podpora a vytváření příležitostí, kdy si rizikové osoby mohou z vlastní zkušenosti zažít nárůst sebevědomí (confidence boost). Doporučuje se také více zaměřit intenzivní pozornost na jedince, kteří jsou v rizikové skupině. (Battle E. K, Brownell K. D. 1996, O’Dea J. A. 2006).

Dále je doporučeno na základních školách zdůrazňovat škodlivost dietářství. Je vhodné opakovaně ukazovat žákům možnosti zdravého stravování a využívat alternativní cesty pro zvýšení jejich sebevědomí. Zaměřovat by se mělo na téma akceptace vlastního těla, a to již u menších dětí (Battle E. K, Brownell K. D. 1996, Carter C, Stewart A. D, Dunn V. J, Fairburn C. G. 1996).

Pro prevenci obezity je dobré zahrnout podporu fyzické aktivity a pozitivního vztahu k ní. Doporučením pro školy by také bylo zaměřit se na nutriční hodnotu obědů ve školní jídelně a jejich důležitost v denním režimu dětí. (Haines J. 2006)

5 EFEKTIVITA INTERVENCE

5.1 Jak vypadá efektivní preventivní program PPP

Jsou preventivní programy, které fungují dobře, a programy, které mohou nadělat víc škody než užitku. (Carter C, Stewart A. D, Dunn V. J, Fairburn C. G. 1996). Některé preventivní programy mohou uškodit tím, že sugestivním způsobem přinášejí problematiku APP a problémů s nimi spojených jako je zvracení, hladovění, užívání laxativ a prášků na hubnutí, nebo kouření cigaret pro zajištění hubnutí. Nadužívání negativních konotací a soustředění se na problém může přinést strach z jídla a z celého tématu. Pokud by se žák potýkal s nějakým z těchto problémů, mohlo by to v něm lehce vyvolat obavy o sebe samého, ale i snížit jeho sebeúctu. Právě tato negativní poselství, která v dětech vytvoří strach z jídla nebo pocity viny,

udělají víc škody než užitku. (O’Dea J. A. 2006, Carter C, Stewart A. D, Dunn V. J, Fairburn C. G. 1996)

Podpora sebevědomí je důležitá u žáků ohrožených podvýživou i u žáků ohrožených nadváhou. Vytvoření pozitivního pohledu na sebe sama a uvědomění si vlastní hodnoty je nejdůležitějším bodem úspěšného preventivního programu. Studenti, kteří jsou spokojeni sami se sebou a mají na sebe zdravě kritický pohled, jsou odolnější vůči vlivům nerealistických vzhledu se týkajících očekávání, která na ně číhají v médiích. Rozvoj vlastností, které nesouvisí s vzhledem, a stavění pozitivního vnímání sebe sama na jejich základech pomohou žákům snadněji si vytvořit kladný vztah k sobě samému. Návyky zdravého sebehodnocení zredukují u žáků snahu o perfekcionismus a přesvědčení, že člověk musí být dokonalý, aby mohl být oceněn, akceptován a milován. (O’Dea 2006, Baranowski M. J, Hetherington M. M. 1999)

S podporou pohybu a zdravého vztahu ke sportu přichází snižování rizika obezity. Při podpoře zdravého vztahu ke sportu je důležitý nízký nárok na soutěživost sportovních aktivit a důraz na snahu přimět všechny spolupracovat (Baranowski M. J, Hetherington M. M. 1999).

Jedna španělská studie ukazuje, že efektivně postavené preventivní programy jsou pro dívky v rizikové skupině velmi důležité, protože dokáží snížit incidenci APP až o 95 % (Raich R. M, Portell M, Peláez-Fernández M. A, 2009).

5.2 Everybody’s different

Příkladem efektivního preventivního programu je program doktorky Jennifer A. O’Dea Everybody’s different. V roce 2002 proběhla v Austrálii studie primárního preventivního programu Everybody’s different. Program byl propojený s environmentální výchovou a jeho primárním cílem bylo budovat a posilovat zdravé sebevědomí žáků. Podle tvůrců programu je důležité, aby se děti a dospívající cítili dobře ve svém těle, měli se rádi takoví, jací jsou, ale zároveň měli sami na sebe zdravě kritický pohled. Zdravé sebevědomí je podle autorů studie primárním ochranným faktorem proti pohrdání vlastním tělem a rozvoji APP. Program jako takový by měl přispět i k odbourávání stresu u dětí. Program byl zařazen po jedno až tříhodinových blocích do hodin běžné výuky. To se opakovalo jednou za 14 dní po dobu osmi měsíců. Během programů byl kladen důraz na vybízení žáků k osvojení principů zdravé výživy a pozitivnímu přístupu ke cvičení, bez vyzdvihování efektu hubnutí. Program byl cílen na žáky šestých až osmých tříd základních škol. Prevence probíhala v rámci výuky zakomponováním aktivizačních metod a forem výuky, které byly zaměřené zejména na zvyšování sebevědomí žáků. Žáci pracovali v průběhu formou diskusí, skupinových a teamových prací, formou her,

dramatických cvičení. Styl výuky i formy podporovaly pozitivní pohled na sebe sama, soběstačnost, ale i zapojení všech studentů rovnocenným dílem. Žáci se navzájem hodnotili a oceňovali své výkony, ve třídě byla snaha vytvořit co nejbezpečnější prostředí, ve kterém by žáci měli mít pocit, že nemohou selhat. Cílem je pomoci mladým lidem cítit se dobře a akceptovat sami sebe. V rámci programu je podporována, oceňována a přijata jedinečnost každého z žáků. Měření s ročním odstupem ukázalo, že žáci jsou i po této době stále významně ovlivněni pozitivními efekty programu. Výzkum ukázal, že podpora sebevědomí a sebeúcty je slibnou metodou prevence APP. (O’Dea J. A. 2006)

6 METODIKA

6.1 Sběr dat

Data pro tuto diplomovou práci jsou sbírána pomocí kvalitativního výzkumu. Jako nástroj pro tento kvalitativní výzkum byl zvolen polostrukturovaný rozhovor, který byl během sběru dat použit dvakrát. Nejprve proběhl rozhovor s první sadou dotazů se studenty a absolventy základních a středních škol. Následně byla nasbírána a analyzována data (metodika analýzy dat viz níže) a z výsledků doplněny související otázky do druhé sady dotazů. Poté proběhl druhý polostrukturovaný rozhovor s pedagogickými pracovníky základních a středních škol.

6.1.1 Polostrukturovaný rozhovor

Polostrukturovaný rozhovor byl zvolen hlavním nástrojem pro sběr dat. Tento nástroj byl zvolen hned z několika důvodů. Polostrukturovaný rozhovor umožňuje získat detailní a komplexní informace o studovaném jevu (Švaříček, Šedřová, 2007). Díky polostrukturovanému rozhovoru je možné od respondenta získat mimo samostatných odpovědí i vysvětlení či zdůvodnění uvedených odpovědí (Chráška, 2007). Dalším důvodem pro výběr tohoto nástroje byl i osobnější přístup výzkumníka k respondentovi. Díky tomu se respondent nezdráhá svěřit i s informacemi, které jsou osobnějšího a intimnějšího charakteru. Právě takové informace mohou být pro výzkum zásadní a při dotazníkovém šetření by těchto informací nemuselo být dosaženo, ať už z důvodů odosobnění dotazníkového šetření, či z důvodů prosté neochoty vypisovat tyto informace v dotazníku. K získání těchto informací přispívá i samotná podstata polostrukturovaných rozhovorů, protože na rozdíl od rozhovorů strukturovaných není potřeba předem připravené otázky klást ve stejném pořadí a ve stejných formulacích. Je možné si během rozhovoru samotného otázky mírně přetvářet, prohazovat, či doplňovat v závislosti na odpovědích respondenta (Chráška, 2007).

6.1.1.1 První rozhovor a sada dotazů D1

Pro výzkum byly předem vytvořeny dvě sady dotazů, D1 a D2. První sada dotazů D1 obsahovala předem připravené otázky, vyplývající z literárního přehledu, které měly za úkol zjistit zkušenosti studentů a absolventů základních škol s výukou tématu abnormalit příjmu potravy a s jeho prevencí. Na začátku každého rozhovoru udělil respondent slovní souhlas s nahráváním rozhovoru a byl upozorněn na možnost neodpovídat na otázky, které mu nebudou příjemné, nebo mu budou připadat příliš osobní. Možnost neodpovídat nakonec nevyužil žádný z respondentů. Otázky v sadě D1 se pohybovaly v okruhu 4 témat. První část byla zaměřena na zkušenosti s tématem abnormalit příjmu potravy a přístupem škol navštěvovaných respondentem k tomuto tématu. Druhá část se zaměřovala na téma budování zdravého sebevědomí a sebelásky na školách z pohledu respondentů. Třetí část byla zaměřena na vnímání vlastního těla a vztah k němu v průběhu respondentovy školní docházky. Poslední, čtvrtá část byla věnována tématům, u kterých by respondent ocenil zvýšenou pozornost ve výuce, a návrhům, co by respondent ocenil, aby se na školách změnilo v rámci prevence abnormalit příjmu potravy i jiných s tím souvisejících problémů. Sada dotazů D1 pro polostrukturovaný rozhovor je přiložena v příloze.

Polostrukturovaný rozhovor s jedním respondentem trval v průměru 20 minut. Všechny rozhovory byly následně přepsány a analyzovány pomocí metody zakotvené teorie (viz níže).

6.1.1.2 Druhý rozhovor a sada dotazů D2

Druhá sada dotazů D2 byla zaměřena na volbu metod prevence abnormalit příjmu potravy a na práci s tímto tématem na školách. První část otázek byla připravená před analyzováním odpovědí z rozhovorů se studenty a jejím cílem bylo zjistit, zda a jakým způsobem probíhá primární prevence abnormalit příjmu potravy na druhých stupních základních škol a na středních školách. Sada otázek D2 je rozdělená na tři části. V první části byl každý z respondentů tázán, zda a jakým způsobem probíhá prevence abnormalit příjmu potravy na jeho škole. Podle jeho odpovědi se dále pokračovalo do jedné z kategorií druhé části. Pokud respondent uvedl, že je u něj na škole prováděna prevence APP v průběhu samostatných preventivních bloků, pokračoval rozhovor otázkami z podskupiny A. Pokud uvedl zařazení prevence APP do výuky některého z předmětů, pokračoval rozhovor otázkami z podskupiny B. Pokud prevence APP probíhala jinou formou, byl nadále respondent dotazován otázkami z podskupiny C. Podle potřeb rozhovoru mohl být respondent dotazován i otázkami z jiné podskupiny, například když uvedl více druhů provádění prevence na školách. V poslední části sady dotazů D2 bylo šest otázek vyplývajících z prvních rozhovorů a odpovědí na otázky ze sady D1. Na za-

čátku každého rozhovoru opět udělil respondent slovní souhlas s nahráváním rozhovoru. Rovněž bylo respondentům připomenuto, že je potřeba odpovídat podle pravdy a nepřibarvovat v odpovědích realitu k lepšímu obrazu. Aby respondenti neměli obavy odpovídat pravdivě, zůstávají jak oni, tak jejich pracoviště v anonymitě. Sada dotazů D2 pro polostrukturovaný rozhovor je přiložena v příloze.

Polostrukturovaný rozhovor s jedním respondentem trval kolem deseti až třiceti minut, v závislosti na sdílnosti jednotlivých respondentů. Všechny rozhovory byly následně přepsány a analyzovány pomocí metody zakotvené teorie (viz níže).

6.2 Výběr respondentů

6.2.1 Řetězový výběr respondentů

Při výběru respondentů pro sadu otázek D1 byla vybrána metoda řetězového výběru. Jde o dobrou metodu použitelnou při kvalitativním šetření. Řetězový výběr, též nazývaný referenční nebo výběr metodou sněhové koule je typ nenáhodného výběru. Všechny potenciaální jednotky nemají stejnou možnost dostat se do vybraného vzorku. Jde o metodu často používanou v sociologických průzkumech, kdy je kompletní skupina jednotek obtížně dostupná, nebo utajovaná či speciální, zkrátka u skupin, kde neexistují dostupná data pro jinou variantu výběru. Při řetězové metodě dochází k získávání nových respondentů díky nominaci od respondentů stávajících, výběrový soubor se tak rozrůstá. Šetření je možné ukončit, dojde-li při něm k takzvané teoretické nasycenosti. Ta nastává, když se ve sbíraných datech přestanou objevovat nové informace. Mezi výhody této metody patří snadné získání rozsáhlého výběrového souboru bez náročného plánování. Hlavní nevýhodou může být nedostatečná reprezentativnost takového vzorku. Tato metoda výběru byla zvolena z důvodů obtížnosti shánění vzorku respondentů ochotných otevřeně hovořit o tématech spojených s APP. (Vojtíšek P. 2012, Jeřábek H. 1993)

Pro šetření tak bylo sehnáno celkem 20 respondentů. Vše byly ženy mezi osmnácti a dvaceti čtyřmi lety. Sedm z dvaceti respondentek studovalo nebo studuje na osmiletém gymnáziu, zbylých třináct navštěvovalo základní školu a následně nastoupilo na jinou střední školu. Z těchto třinácti šlo 9x o klasickou všeobecnou základní školu a 4x o základní školu s rozšířenou výukou některého předmětu. Jejich návazné středoškolské vzdělání se poté dělilo na 5 respondentů navštěvujících čtyřletá gymnázia, 3 střední školu s výučním oborem a 5 střední umělecké školy. Všech 13 respondentek bylo požádáno, aby pohovořily o svých zku-

šenostech ze základních i středních škol odděleně. Podrobná charakteristika respondentů je k dispozici v Tabulce 3.

Tabulka 3. Respondenti první skupiny (sada dotazů D1), Zdroj: vlastní výzkum

Respondent – Student	Věk	Škola navštěvovaná mezi 12. a 19. rokem	
A	22	Osmileté gymnázium	
B	18	Osmileté gymnázium	
C	22	Osmileté gymnázium	
D	24	Základní škola s rozšířenou výukou jazyků	Střední škola umělecká
E	19	Základní škola s rozšířenou výukou jazyků	Čtyřleté gymnázium
F	19	Základní škola s rozšířenou výukou jazyků	Střední škola s výučním oborem
G	18	Osmileté gymnázium	
H	19	Základní škola	Střední škola umělecká
I	19	Základní škola	Střední škola s výučním oborem
J	18	Základní škola	Střední škola umělecká
K	19	Základní škola	Čtyřleté gymnázium
L	18	Základní škola	Střední škola umělecká
M	19	Osmileté gymnázium	
N	23	Osmileté gymnázium	
O	19	Základní škola	Střední škola s výučním oborem
P	18	Základní škola	Čtyřleté gymnázium
Q	22	Základní škola se sportovním zaměřením	Čtyřleté gymnázium
R	23	Osmileté gymnázium	
S	19	Základní škola	Střední škola umělecká
T	24	Základní škola s rozšířenou výukou jazyků	Čtyřleté gymnázium

Pro získání odpovědí na sérii otázek D2 byli jako potenciální respondenti nejprve vybráni a osloveni metodici prevence ze škol, o kterých hovořily respondentky během rozhovorů k sérii

otázek D1. Jejich odpovědi by pak poskytly lepší šanci pro kvalitní porovnání pohledu studentek i učitelů na stejnou problematiku. Z oslovených učitelů však k rozhovoru přistoupili pouze 4. Obecně byl s vytvořením vzorku učitelů ochotných hovořit o této problematice větší problém než se vzorkem studentek. Dalších 6 respondentů se tak podařilo najít díky kontaktům respondentů již zapojených do studie (opět řetězová metoda), a to zejména díky jejich přímluvě. Celkový počet respondentů pro sadu otázek D2 tak byl 10, z toho 3 respondenti byli metodici prevence z víceletých gymnázií, 1 ze střední školy s výučním oborem a 6 ze základních škol. Přehled respondentů je k dispozici v Tabulce 4.

Tabulka 4. Respondenti druhé skupiny (sada dotazů D2), Zdroj: vlastní výzkum

Respondent – Metodik prevence	Škola, na které působí	Proběhl rozhovor se studentem/absolventem této školy?	Volba metody prevence APP	Vede prevenci APP osobně
01	Osmileté gymnázium	Ne	V hodinách ZSV	Ano
02	Základní škola	Ne	V hodinách Př, VkZ, ZK	Ne
03	Osmileté gymnázium	Ano	Samostatný preventivní blok, v hodinách Bi	Ano – preventivní blok, Ne v hodinách
04	Základní škola	Ne	Samostatný preventivní blok, Třídnické hodiny, v hodinách přírodovědných předmětů	Ano
05	Základní škola	Ne	Samostatný preventivní blok	Ne
06	Základní škola	Ne	V hodinách VkZ	Ano
07	Základní škola	Ano	V hodinách VkZ a Př	Ano
08	Základní škola	Ano	Samostatné preventivní bloky, v hodinách VkZ	Ano v hodinách, Ne – preventivní blok
09	Osmileté gymnázium	Ano	V hodinách Př	Ano
10	Střední škola s výučním oborem	Ne	V hodinách Bi	Ano

6.3 Zakotvená teorie

Pro analýzu výsledků byla vybrána metoda zakotvené teorie. Jde o metodu, která je kvalitativně založená, ale zároveň systematická, přesná a flexibilní. Umožní nám identifikovat data a popsat proměnné mezi nimi a následně z nich vygenerovat teorii. Při sesbírání určitého množství dat dochází v rámci zakotvené teorie k souběžné analýze těchto dat. K ukončení sběru dat dochází při nasycení, tedy když nově sesbíraná data přestávají generovat nové informace. Následným mechanismem zakotvené teorie je kódování, které nás dovede k sociologickému poznání a je prostředkem, díky kterému se dobereme ke správné interpretaci jevu. Kódování se provádí třemi způsoby – otevřeným, axiálním a selektivním. Tyto způsoby se v průběhu tvorby nové teorie mohou libovolně střídát.

Jako první přichází na řadu otevřené kódování, jehož smyslem je zachytit co nejvíce informací v co nejmenším množství kódů. Poté následuje seskupování kódů za účelem sledování dimenzí a vytváření vztahů mezi nimi. Pro vyhledání nejvhodnějších vztahů musíme neustále porovnávat všechno se vším a hledáme nejlepší konfiguraci vztahů mezi daty a jejich kategoriemi. Zjišťujeme, zda jsou pozorované skutečnosti odlišné nebo pouze varianty téhož. Nově vytvořené kategorie se pojmenují. Při tvorbě této práce byly jednotlivé rozhovory přepsány a rozděleny na datové jednotky. Za samostatnou jednotku může být považováno slovo, věta i celý odstavec, podle nesených informací. Každé jednotce byl přidělen vlastní unikátní číselně-písmenný kód, podle kterého lze jednotky v rozhovorech zpětně dohledávat. První část kódu označuje, zda jde o jednotku týkající se přepisů rozhovorů ze série dotazů D1 nebo D2. Druhá část kódu ukazuje, o který konkrétní přepis rozhovoru se jedná. Pro respondenty ze skupiny D1 bylo vybráno označení písmenné v intervalu A-T, pro skupinu D2 bylo vybráno označení číselné v intervalu 1-10. Třetí část kódu dokládá, na které straně v rozhovoru se jednotka nachází, čtvrtá část kódu zařadí jednotku k příslušnému odstavci a poslední část kódu ji zasazuje na konkrétní řádek. Pokud se na jednom řádku vyskytlo více jednotek, jsou od sebe odlišeny přiřazením malého písmene na konec kódu abecedně tak, jak jdou za sebou na řádku. Kód tak mohl vypadat například takto:

D1 RHS3 O20 r4 b

D1	Sada otázek D1
RH	Rozhovor s respondentem H
S3	Strana 3
O20	Odstavec 20
r4	řádek 4
b	druhá jednotka na řádku

Jednotky i s kódy se následně seskupily do kategorií podle významu a zjistilo se, jednotky jakého významu jsou ve své kategorii dominující. Než se toto ustanovilo, bylo potřeba přeskupovat jednotky a zjišťovat, kam významově nejlépe pasují.

Veškeré kódy jsou nahrány na disk, který je přiložen k práci.

Po otevřeném kódování následuje axiální kódování, kde se pokusíme sestavit paradigmatický (vzorkový) model. Hledáme v datech příčinné podmínky hlavních jevů, jejich kontext, intervenující podmínky, strategie jednání a interakce a jejich následky. (obrázek) Finální verze paradigmatického modelu je níže, v kapitole výsledky.

V rámci selektivního kódování se odhaluje centrální pointa, hlavní teorie. Ostatní kategorie se poté uspořádávají podle vztahů, které k centrální kategorii zaujímají. Hledáme kostry příběhu, snažíme se o identifikaci příběhu jeho konceptualizací a o uspořádání příběhu podle základního paradigmatu. Výroky o vztazích mezi kategoriemi musí být v souladu s dominantní rolí centrální kategorie. Vzniká nový, kauzální model a v závěru i nová samostatná teorie.

7 VÝSLEDKY

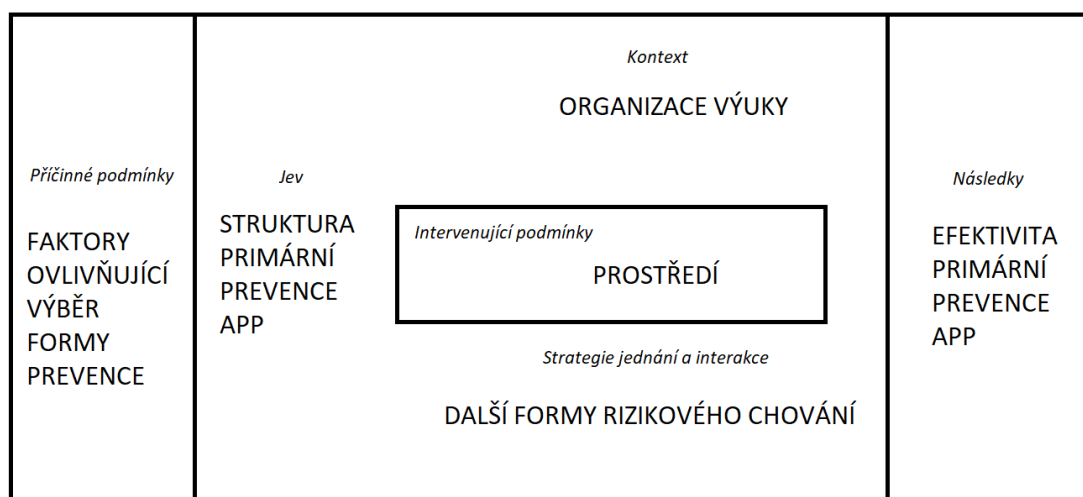
V této části práce jsou sepsány veškeré výsledky, které vzešly z vyhodnocení dat. Data z obou rozhovorů se vyhodnocovala zvlášť a z každého vyšla vlastní sada výsledků. Protože se však informace z obou rozhovorů vzájemně doplňují, na konci této kapitoly je sepsaná část věnovaná porovnání těchto výsledků.

7.1 Vyhodnocení Rozhovorů ze série otázek D1

V průběhu otevřeného kódování byly výsledky shrnuty do dvanácti kategorií, podle obsahu a významu jednotek. Kategorie se týkaly témat: přístup škol k tématu APP, budování zdravého sebevědomí u žáků, vnímání vlastního těla a vztah k sobě samému, zkušeností žáků s tématem APP a návrhů věcí, které by bylo dobré změnit. Po opakovaném přesouvání a třídění těchto dvanácti kategorií se podařilo sestavit paradigmatický model.

7.1.1 Paradigmatický model

Pro tvorbu modelů byly odpovědi z prvních i druhých rozhovorů spojené dohromady, protože spolu úzce souvisí a navzájem se ovlivňují. Ani jednu ze skupin nelze analyzovat samostatně, protože bez odpovědí z druhé skupiny by výsledek nebyl kompletním obrazem reality. Kategorie vyplývající z kódování byly několikrát přeskupeny a rozříděny do skupin pro tvorbu teoretických modelů. Paradigmatický model zobrazuje na schématu níže Obrázek 2.



Obrázek 2. Paradigmatický model (zdroj: vlastní výzkum)

Popis jednotlivých částí paradigmatického modelu:

Jevem je v tomto modelu *struktura primární prevence APP na školách*. Tato kategorie popisuje formy zvolené pro uskutečnění preventivního programu.

Příčinné podmínky, které ovlivňují strukturu primární prevence APP na školách, jsou *faktory ovlivňující výběr formy prevence*. Do této kategorie spadá i rozhodnutí metodika prevence,

zda témata APP do preventivního programu školy (dříve minimální preventivní program) vůbec zahrnout.

Intervenujícími podmínkami je *prostředí*, ve kterém prevence probíhá. Tím je myšlen zejména typ a zaměření školy. Různý přístup bude aplikován na studenty středních škol oproti žákům ze základní školy. Intervenující podmínkou je také věk žáků/studentů, a aprobační osoba, která provádí prevenci.

Kontextem je *organizace výuky*. Patří sem volba probíraných témat a náplň prevence, včetně využívaných metod a forem výuky. Kontext je úzce spjat se samotným jevem.

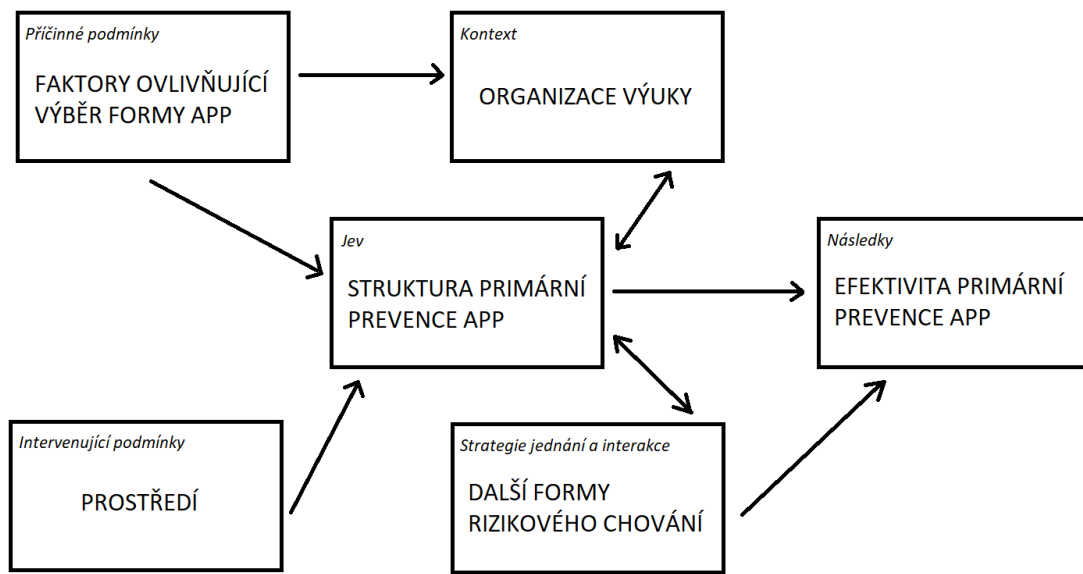
Strategie jednání a interakce zahrnují *další formy rizikového chování* a jejich prevence, které na škole probíhají. Spadá sem práce s kolektivem třídy a třídním klimatem, individuální přístup k žákům v různém spektru odlišností, podpora zdravého sebevědomí a pozitivního vztahu k vlastnímu tělu i způsoby řešení problematických situací, psychohygiena a péče o mentální zdraví žáků.

Následkem struktury primární prevence APP na školách je *efektivita preventivního programu*. Sem jsou zahrnuty vědomosti a postoje žáků k tématům APP, zdravé výživy a zdravého životního stylu, vztah k vlastnímu tělu i osobnosti. Spadá sem zasaženost žáků některou z forem APP a míra pravděpodobnosti setkání se s někým blízkým trpícím některou z forem APP. V následcích vidíme míru zájmu o tematiku spojenou s APP a aplikaci informací získaných díky prevenci v reálném životě. Také nám ukazují, jak je možné zlepšit stav jevu.

Jednotlivé kategorie jsou přiblíženy níže v popisu kauzálního modelu.

7.1.2 Kauzální model

V rámci selektivního kódování byly odhaleny vztahy mezi kategoriemi, které vznikly axiálním kódováním. Ze vztahů lze vyčíst hlavní kategorii, která bude ústředním pilířem zakotvené teorie. Touto kategorií je Struktura primární prevence APP na školách. Po přezkoumání vztahů ostatních kategorií vůči kategorii hlavní byl sestaven kauzální model (schéma níže).



Obrázek 3. Kauzální model (Zdroj: vlastní výzkum)

7.1.2.1 Popis kauzálního modelu

V jednotlivých podkapitolách popisujících kauzální model jsou pro přehlednost odlišeny odpovědi studentů a odpovědi učitelů vztahující se ke stejnému tématu. Některá témata obsahují odpovědi pouze jedné skupiny respondentů, jelikož souvisí právě s touto skupinou a druhá skupina by na otázky ohledně tohoto tématu odpovídat nemohla.

7.1.2.1.1 Struktura primární prevence APP na školách

Pohled školy

Většina škol realizuje prevenci APP svépomocí, pouze jediná škola uvedla, že si pro to najímá preventisty z externí neziskové organizace. Čtyři školy přímo uvedly, že si externisty na toto téma nevolají, ani pro zajištění selektivní prevence. Na čtyřech školách probíhá prevence APP formou preventivních bloků, které jsou vedeny někým z učitelů. Nejčastěji se těmto tématům věnují učitelé s aprobací přírodopis (biologie) a výchova ke zdraví, občanská výchova nebo

základy společenských věd. V případě potřeby zasahují na některých školách do výuky pracovníci školního poradenského pracoviště.

Respondent 1: „...většinou jsou to naši učitelé, případně je možnost jakoby tu hodinu nějak zorganizovat se mnou. Případně ještě s naší školní psycholožkou.“

Respondent 7: „...kdo by teda u toho neměl chybět nebo měl mít aspoň poradní hlas, když si ten třídní neví rady, tak to je školní psycholog.“

Nejvíce však školy uváděly, že téma APP zpracovávají v rámci vyučovacích hodin některého z předmětů. Nejčastěji je toto téma zmiňováno v hodinách přírodopisu/biologie nebo ve výchově ke zdraví. Dále se téma objevuje v občanské výchově nebo v základech společenských věd. Některé školy provádějí prevenci v blocích i během výuky. Jedna ze škol uvedla, že se tématu výživy celkově věnuje v předmětu Zdravá kuchyňka, který by měl zároveň také částečně sloužit jako prevence APP.

Respondent 2: „Máme povinné hodiny zdravé kuchyňky, kde se žáci učí, jak správně prostě třeba vypočítat nutriční hodnotu jídla, které si uvaří a jak správně to jídlo uvařit, aby pro ně bylo zdravé a tak podobně.“

Podle potřeby je na některých školách věnován prostor tématu APP i při třídnických hodinách, většinou ale jen, pokud je to potřeba.

Časová dotace věnovaná tomuto tématu se na školách liší. Některé školy věnují problematice APP až 3 vyučovací hodiny v každém ročníku, jiným stačí jedna hodina v průběhu celé školní docházky. Většinou se však časová dotace pohybovala kolem čtyř vyučovacích hodin rozdělených mezi dva až tři ročníky. Nejčastěji se téma APP probírá v sedmých a osmých třídách (a jejich ekvivalentech na víceletých gymnáziích).

Pohled studentů

Většina respondentů ze základních škol i víceletých gymnázií uvedla, že se téma APP ve škole během jejich školní docházky alespoň jednou objevilo. Odpovědi se ale liší zejména v intenzitě množství probírané látky a v zařazení tématu do konkrétního předmětu. Většina respondentů z osmiletých gymnázií uvedla, že téma APP bylo zařazeno do hodin biologie (nebo přírodopisu), někteří z nich kladli také důraz na to, že téma bylo probíráno hodně povrchně.

Respondent A: „Určitě na biologii jsme něco, pár hodin asi tomu věnovali, (...) myslím, že tam byl trošičku problém v tom, že to nikdo nechtěl dělat a nikdo tomu pořádně nerozuměl.“

Respondent C: „Pravděpodobně v nějaký výuce jako přírodní vědy, antropologie nebo něco takovýho, ale jako nevybavuju si, že bychom to nějak konkrétně rozebírali.“

Respondent N: „Během biologie se to spíš zmínilo, že to existuje, ale že bychom se o tom bavili nebo že by byla nějaká prevence nebo něco na ten způsob, to ne.“

Na základních školách bylo téma APP také zakomponováno do výuky, místo přírodopisu jsou ale často zmíněné i další předměty, jako je výchova ke zdraví, rodinná výchova nebo občanka.

Respondent I: „... je možný, že v nějakým předmětu jsme to řešili, ale fakt co si uvědomuju, tak vím že se u nás vždycky řešila spíš ta šikana, že tohle nebylo tak důležitý, že se to u nás tolik neobjevovalo.“

Respondent Q: „...určitě na základce my jsme měli výchovu ke zdraví a tam docela se to probíralo každý rok...“

Respondent T: „Podle mě se to probralo prostě v rámci biologie člověka asi deset minut a to bylo všechno.“

Většinu informací o APP získávali respondenti z této skupiny na základních školách, střední školy se podle většiny respondentů tématu APP už vůbec nevěnují. Z každé skupiny je pak pouze jeden respondent (tedy dva celkem), kteří uvedli, že se s tématem APP ve škole neseťkali vůbec.

U všech studentů převažují odpovědi, které říkají, že si na téma APP školy nezvou externí organizace, ani samy nedělají komplexní přednášky a preventivní programy.

Respondent C: „Ne, rozhodně ne. Jediný, co bylo asi na začátku bylo něco kvůli autismu (kvůli autistickému spolužákovi, pozn. aut.) a pak pro holky ohledně menstruace, ale to byly asi jediný dva programy, který u nás byly.“

Respondent Q: „Myslím, že zrovna na tohle téma ne, na tohle téma ne.“

Tato převaha je výraznější u respondentů z osmiletých gymnázií. Tam zažili preventivní program na téma APP pouze dva respondenti, z toho jeden si tím nebyl zcela jist, protože si nemohl nic z preventivního programu vybavit. U druhé skupiny respondentů je rozdíl nižší, ale

stále převažují respondenti, kteří preventivní program na škole neměli. Pro zjištění přístupu škol k preventivním programům obecně byla ještě pokládána otázka na jiné preventivní programy. Většina respondentů si vzpomněla na alespoň jednu preventivní přednášku, kterou během své školní docházky zažili.

Respondent J: „Jo, no tak na ty drogy a taky ohledně sexuální výchovy chodili.“

Respondent L: „Vždycky k nám přijeli maximálně ty sexuologové a tihle, to byly ty věci, co jsme probírali.“

Z jejich odpovědí vyplývá, že školy nejčastěji pokrývají takovýmito programy tematiku drog, šikany a dospívání spojeného se sexuální výchovou. Z mnoha odpovědí se dalo až už přímo či mezi řádky sledovat, že školy volí tyto preventivní programy až ve chvíli, kdy se v kolektivu dětí již objevují nějaké náznaky konkrétních problémů.

7.1.2.1.2 Faktory ovlivňující výběr formy prevence

Pohled školy

Školy mají různé důvody, proč si do školy nezvou externí organizace pro provedení primární prevence APP. Nejčastěji uváděným důvodem je předpoklad, že problematika APP není důležitým tématem. Tento předpoklad metodici obhajovali tím, že jejich žáci nespádají do rizikové skupiny, že nemají záznamy ve školách o konkrétních osobách trpících některou z forem APP, a že je výhodnější věnovat čas jiným tématům, která jsou pro žáky bližší, například drogové závislosti a šikaně.

Respondent 1: „Jsou určitě témata, která se dotýkají větší části té studentské populace a která je důležité probrat opravdu se všemi, zatímco tohle je opravdu spíš ke konkrétním dětem.“

Respondent 3: „...že by vlastně jako zákonní zástupci, žáci nebo vyučující vnímali, že je nutný jako tadyto postihnout, tak rozhodně se nám neukázalo.“

Respondent 6: „Myslím si, že tam jsou důležitější témata, která se probírají.“

Respondent 10: „...myslím, že se nic takového u nás nevyskytuje, aby tam byly nějaké děti, které mají s tady tím problémem, že nejsme ta riziková skupina tady toho konkrétního tématu.“

Důvodem byly i omezené finance, jelikož školy platí externí organizace z grantů, které nemusí vystačit na pokrytí všech témat rizikového chování.

Respondent 3: „Nejdeme uplně tou cestou, že bychom využívali programy, který jsou placený ve chvíli, kdy na to nezískáme finanční prostředky ať už od zřizovatele, nebo vlastně přes nějaký grantový řízení.“

Respondent 9: „Zprvė finanční otázka. Jsou určitě důležitější preventivní programy, třeba prevence užívání drog a tak podobně...“

Dále metodici často uváděli, že učitelé, kteří se na školách věnují tématice APP, jsou sami dostatečně kompetentní a jejich vyučovací hodiny nebo preventivní bloky pokrývají toto téma dostatečně. Toto byl i důvod pro volbu konceptu prevence v rámci vyučovacích hodin, nikoliv formou preventivních bloků. Tématika APP se dá podle zkušeností metodiků prevence dostatečně pokrýt i v rámci vyučovacích předmětů, kam tematicky spadá.

Respondent 1: „...primární prevenci si myslím, že jsme schopni obstarat svépomocí na dostatečné úrovni...“

Respondent 5: „...všichni vnímáme kolegu jako dostatečně kompetentního, aby si tohleto téma zvládnul pokrýt sám.“

Respondent 6: „...neuvažovali, protože si myslíme, že je to dostatečný to pokrytí takhle v těch hodinách.“

Respondent 7: „Já si zvu odborníky jako metodik prevence, na co nestačím (...) a v tomhle si zrovna jistá jsem, tak si myslím, že to můžu zvládnout dostatečně erudovaně.“

Jediná škola, která uvedla, že si na prevenci zve externí organizaci, to odůvodnila tím, že programy této organizace využívá pro prevenci všech forem rizikového chování, objednává je jako kompletní sérii, ve které je zahrnuta i tematika APP.

Respondent 8: „...získáváme na to grant z městské části a je to takový asi jako nejkompexnější jako prevence, že tam je v tom zahrnutý všechno.“

Školy, které uvedly, že nedělají blokovou prevenci a tématu APP se v hodinách věnují jen okrajově, odůvodnily svou volbu tím, že nemají kvalifikované pracovníky pro realizaci preventivních bloků. Zároveň poukazyvaly na přílišnou komplikovanost tématu APP. Školy, které uvedly, že neprovádějí prevenci blokově, ale v rámci výuky zároveň uváděly, že v případě, kdy by se v některé z tříd objevil problém s APP, přistoupily by k intenzivním preventivním blokům a uvažovaly by i o pozvání externistů s vyšší odborností.

Respondent 7: „Pokud už je to reakce na něco, co se v tý škole děje. Tak je mnohem lepší když se toho ujímá nějaká poradenská tým...“

Respondent 9: „V momentě, kdy bychom se dozvěděli, že něco takového je pro děti, nebo třeba i pro pedagogický personál nějaká větší otázka, tak určitě bychom se tomu věnovali víc.“

7.1.2.1.3 Prostředí

Pokud primární prevenci na školách nezajišťují externisté, má ji na starost některý z učitelů. Polovina metodiků prevence si bere toto téma na starost osobně, druhá polovina přenechává zodpovědnost na některém z kolegů. Vyučující, který prevenci provádí, má nejčastěji aprobaci biologie (přírodopis), nebo občanská výchova. Při porovnání odpovědí se ukázalo, že pokud má prevenci na starost učitel s aprobací přírodopisu, většinou volí formu prevence v rámci výuky některého s přírodopisných předmětů. Učitelé s aprobací na občanku měli větší tendence pořádat prevenci v samostatných blocích, nebo se o to alespoň pokoušet.

Na základních školách se prevenci věnují častěji a detailněji než na osmiletých gymnáziích. Úplně nejméně se pak věnují APP na středních školách. Důvodem je většinou absence přírodovědných předmětů, ve kterých by se téma mohlo probírat, nebo stáří studentů. Učitelé obecně usuzují, že prevence pro starší žáky není potřeba, že se problematika APP týká spíše mladších žáků. Proto prevenci směřují zejména do sedmých a šestých tříd.

7.1.2.1.4 Organizace výuky

Pohled školy

Náplní prevence je nejčastěji seznámení žáků s nejčastějšími poruchami, jejich vývojem a důsledky, které mají na organismus.

Respondent 3: „...bulimie, anorexie a pak jsme se bavili i obráceně o tom, co spíš postihuje kluky, ale to si nejsem jistej, jestli má vyloženě pojmenování.“

Respondent 7: „Je cílem, aby si víc uvědomili, že to je víc nemoc ducha než nemoc těla, (...) že se to na tom těle podepisuje. A proč to není zdravé

Respondent 9: „že něco takového existuje, že prostě se jim to může stát a že můžou nějakým způsobem požádat o pomoc.“

Respondent 10: „Většinou se zmíní ty nejčastější, takže prostě nějaká anorexie, bulimie a tak podobně.“

Polovina škol dává APP do souvislosti se zdravou výživou a zdravým životním stylem.

Respondent 2: „...nějaký základ zdravého stravování, zdravého životního stylu, aby zkrátka mohli na tom stavět v dospělosti a třeba se nemuseli ani do toho stádia nějaké poruchy příjmu potravy dostat.“

Respondent 8: „...protože jsme oba tělocvikáři tak z takového toho pohledu sportovního právě přecházíme jako na zdravou výživu...“

Na většině škol seznamují studenty s možnostmi, kam se obrátit pro pomoc v případě nouze a jak se zachovat, setkají-li se s některou z poruch ať už osobně, nebo u někoho blízkého.

Prevence probíhá většinou formou výkladu a následné diskuse.

Respondent 4: „...probíhá formou přednášky, kde se ty děti dozvědí nějaké informace a pak se můžou na konci třeba na něco zeptat.“

Ve školách, kde je tématu APP věnováno víc času, je výuka doplněna o skupinové práce či samostatné tvorby projektů (plakátů, referátů). Jedna škola uvedla, že využívají práci s dokumentárním filmem.

Respondent 7: „...prezentace ze strany toho učitele, skupinová práce, hledají pro a proti, pracovní listy mají na totole téma. No a takový ty uvědomovací metody vyučování, (...) že se využívá toho, že si ty děti přijdou na to, že to je špatný. Že něco je špatně, tak, že si to uvědoměj sami.“

Respondent 8: „...navazujeme na poruchy příjmu potravy, kdy teda máme třídu rozdělenou na dvě půlky, učíme to s kolegou a tam nejdřív pouštíme jeden film z té produkce Davida Vignera a potom se k tomu filmu jako vracíme.“

Pohled studentů

Z odpovědí respondentů se ukazuje, že nejčastěji probíranými poruchami příjmu potravy jsou anorexie a bulimie, které se ve výuce objevují prakticky pokaždé a mají zde téměř výhradní místo.

Respondent F: „...vím že určitě jsme se bavili o anorexii a bulimii.“

Respondent K: „...možná pak takovou tu bulimii, ale to myslím, že ta anorexie, a to jaký to má postih na to zdraví jsme brali.“

Respondent P: „Pokud vím, tak určitě bulimii a myslím, že i anorexii.“

Informace jsou ve velké většině zaměřeny spíše na to, jak se onemocnění projevují a jaké následky zanechávají na těle. U obou skupin respondentů bylo pouze minimum studentů, kteří uvedli, že se ve škole dozvěděli i další informace ohledně APP, například jak se zachovat, když u sebe nebo blízké osoby pozorujeme příznaky APP, nebo jak se těmto nemocem dá předcházet. Při porovnání s odpověďmi z předchozí otázky se ukázalo, že tito studenti jsou až na jednu výjimku ti, kteří měli na škole komplexní preventivní program na téma APP. U ostatních respondentů se tyto informace ve výuce neobjevily.

Respondent E: „...ve výuce nám akorát řekli nějaké ty poruchy a nemoci a řekli nám co to je a co se děje s tím tělem...“

Respondent Q: „My jsme si asi spíš říkali jen ty následky toho...“

Respondent J: „Říkali jsme si že, ta anorexie, že to je hlavně v mentalitě, vlastně je to převážně u holek ale může se to objevit i u kluků, ale převážně je to u holek problém.“

Někteří respondenti ze skupiny studentů ze základních a navazujících středních škol si vzpomněli i jakým způsobem výuka probíhala. Dle jejich slov probíhala výuka převážně formou výkladu, která byla občas proložena nějakou aktivizující metodou, například vyplňováním pracovního listu, počítáním BMI nebo tvorbou plakátu.

Respondent F: „...ty prev. centra to dělaly tak, že nám třeba něco řekly a zároveň jsme dělali. (...) A vždycky to bylo takovou tou vlastně zábavnou formou, ale zároveň to neznevažovalo to téma.“

Respondent I: „Tehdy už začaly prezentace, takže přesně prezentace, opište si, nějaké příběhy...“

Respondent K: „Někdo přišel, pustil si prezentaci, začal nám říkat, že jsou různé poruchy. No a pak nám většinou dal třeba i nějaký ten pracovní list, a tam buď to bylo informační, že tam byly vypsaný všechny ty body, co on řekl, byly to takový letáčky...“

3 respondenti pak zmínili, že jim vyprávěli příběhy reálných osob, které byly diagnostikovány s nějakou z forem PPP. Pár respondentů zmínilo, že na ně výuka o APP působila spíše zstrašujícím dojmem.

Respondent E: „Kdybych byla to dítě, který s tím má velké problém a bojí se to někomu říct, tak bych se bála dál, akorát bych věděla, že mi to kazí zdraví, a tak, a to je všechno.“

Někteří studenti uvedli, že se ve škole bavili i o zdravém stravování, ale těchto odpovědí je příliš málo a z toho důvodu se z nich nedají tvořit závěry. Celkový čas věnovaný na školách tématice APP variuje od několika minut až po několik hodin a závisí na tom, zda proběhl na škole preventivní program nebo zda se téma probíralo v některém předmětu, případně ve kterém. Obecně se zdá, že na osmiletých gymnáziích se tématu APP dává mnohem menší prostor než na základních školách, a že se téma více probírá v okrajových předmětech jako je rodinná výchova nebo výchova ke zdraví než v hlavních předmětech biologie a přírodopisu, pravděpodobně proto, že je na to v těchto předmětech k dispozici vyšší časová dotace.

7.1.2.1.5 Další formy rizikového chování

Individuální přístup k žákům a posilování sebevědomí

Pohled školy

Všechny školy uvedly, že se jejich učitelé snaží o individuální přístup k žákům. Popisovaly to zejména tak, že učitelé vyhledávají žáky, kteří mají talent nebo zapálení právě pro jimi vyučovaný předmět. Tyto žáky pak podporují a dávají jim větší šance v tomto předmětu vyniknout. Nechávací prostor jejich nadání a vedou je k nadstandardním úspěchům v rámci tohoto předmětu.

Respondent 3: „...jsme výběrové gymnázium, tak přesto jako řada žáků, mohli bychom se bavit třeba o skupinkách nebo o třídách, tak jsou nadaní. U řady z nich na to máme i potvrzení, ale já doufám, že tady ten individuální přesah v rámci výuky anebo individuální rozhovory anebo jako přátelský rozhovory, že to tady probíhá.“

Respondent 4: „...16Dáváme jim určitě šance se projevit individuálně v rámci různých předmětů, podpoříme ten jejich talent, pokud se tam nějaký objeví. A určitě mají žáci šanci se zúčastnit různých projektů...“

Respondent 6: „Snažíme se je podporovat v nějakých jejich úspěších. Tak pokud prostě dítě má zájem o nějakou soutěž, dáme mu prostor a podporujeme ho. A snažíme se ocenit dobře odvedenou práci.“

Respondent 7: „V podstatě to vychází i z těch různých soutěží, že my se snažíme vybrat ty lidi, kteří k tomu mají ty dispozice, k těm, k tomu co je baví a v čem jsou dobří.“

Respondent 9: „Většina učitelů se snaží nějakým způsobem podporovat nějaké talenty a individuální lepší vlastnosti nějakých dětí. Podporovat a vylepšovat a nějakým způsobem to zohlednit.“

Menší část učitelů se zmínila o individuálním přístupu k žákům, kteří naopak úspěchy nemají. V této souvislosti zmínili snahu o hledání alternativních cest a variant, jak pomoci žákům neúspěchy eliminovat.

Respondent 2: „...rozvíjet žáky tím směrem, kterým to oni považují za vhodné (...) zohledňovat ty slabší žáky a nabídnout jim nějaký individuální přístup.“

Respondent 8: „Že jsou jako výkyvy jak vlastně ty hodně dobrý, tak i ty co úplně jako nestíhají, tak si myslím, že jako snažíme se dělat, co můžeme.“

Učitelé také zmiňují, že tato snaha se ne vždy daří a že není možné vyhovět individualitě každého žáka.

Respondent 1: „...nejde tady v tom nařídit všem učitelům, aby všem dětem se věnovali tak individuálně, jak oni by to potřebovaly. To bychom nic nenaučili v těch hodinách.“

Respondent 9: „Ve třídách, kde máme pomalu třicet dětí, tak je opravdu komplikované něco takového dělat, takže si myslím, že tady to je něco, čemu by se dalo ještě víc věnovat.“

V podstatě ve stejném smyslu vidí učitelé i podporování zdravého sebevědomí žáků. Nejčastěji udávanými metodami podpory sebevědomí jsou pochvaly a vyzdvihování žákovských úspěchů, a to zejména studijních. Z pohledu většiny učitelů má žák důvod cítit se sebevědomě v případě, že se mu podaří dosáhnout nějakého nadstandardního úspěchu.

Respondent 3: „...hlavně pozitivní motivací, (...) zdůrazňování těch pozitivních výsledků, respektive to, co se komu povede.“

Respondent 4: „Když to dítě má důvod cítit se ohledně sebe samého dobře, tak to může být i z tohoto důvodu, že něčeho dosáhne. Což si myslím, že je nejdůležitější v práci se sebevědomím nebo se sebeláskou.“

Respondent 7: „...ten učitel jako co jediný může, nebo co mu jde nejlépe, vyhledat takového žáka, který má o ten obor zájem. (...) jakmile tam najdeš někoho, kdo je ve tvém předmětu dobřej, tak si ho hýčkáš a snažíš se, aby teda byl ještě lepší, no a to mu zvedne sebevědomí...“

Respondent 9: „Snažíme se podporovat každého v nějakých jejich individuálních talentech. (...) Pak v průběhu školního roku probíhá spousta různých soutěží ve spoustě různých oborů. Kde si v podstatě každý najde to svoje, takže každý má příležitost uspět.“

Jen dva učitelé uvedli, že se zaměřují i na sebevědomí dětí ohrožených neúspěchem, u kterých se snaží normalizovat, že není žádná ostuda, když jim něco nejde. Jeden učitel uvedl jako hlavní směr svého snažení naopak nesrážet sebevědomí studentů.

Respondent 7: „...zaměřujeme se na děti ohrožené neúspěchem. Takže jsou všechny možné doučování a tak dále, (...) není to žádná ostuda, protože oni pak tam choděj docela i rádi.“

Respondent 8: „...se snažíme to sebevědomí jim nesrážet. Když prostě řeknou svůj názor, tak ho respektuju, (...) snažím v tom najít to dobré.“

Z odpovědí jasně vyplývá, že i individuální přístup k žákům i posilování jejich zdravého sebevědomí se hodně odvíjí od výkonu žáků. Tři učitelé konstatovali, že by bylo potřeba se tomuto tématu věnovat víc a lépe. Jeden učitel uvedl, že posilování sebevědomí žáků je spojeno s udržováním příznivého třídního klimatu, ve kterém se nikdo nemusí bát být sám sebou.

Respondent 7: „...zdravé sebevědomí v souvislosti s kolektivem. Jo to znamená, aby spolupracovali, nebo se cítili v tom kolektivu dobře...“

Přes polovinu škol se alespoň malou měrou snaží dotknout tématu lásky k vlastnímu tělu a k vlastní osobě. Čtyři školy se v rámci výuky baví s žáky o tématech souvisejících s body pozitivitou a body neutralitou, přestože většině preventistů nebyly přímo známy konkrétně tyto termíny.

Respondent 2: „...když budu pro svoje tělo dělat to nejlepší, tak vlastně není důvod, abych to tělo neměl rád nebo měl nerad.“

Respondent 8: „...v sedmé třídě, v rámci zase výchovy ke zdraví máme téma sexuální výchova (...) tím se začíná, aby se to nebralo čistě jako fyzicky, ale i teda jako tam dávat trošku toho citu.“

Respondent 9: „Určitě se snažíme děti podporovat v tom, že je v pořádku jakoby mít se rád, ať vypadáš, jak vypadáš.“

Jeden z učitelů uvedl, že se snaží poukázat na unikátnost lidského těla v rámci výuky o lidském těle v hodinách přírodopisu.

Respondent 7: „...když probírám toho člověka, tak jim furt říkám, jak je to úžasné, jak to všechno hezky zapadá dohromady, že to je složitý, ale že to vlastně já bych řekla tak jakože nenápadně jim říkám, že jsou unikátní.“

Čtyři školy uvedly, že se s žáky přístupu k vlastnímu tělu nevěnují. Jako důvod uváděly zejména, že to není potřeba, protože s tím nikdo z žáků nemá potíže, nebo že nejde o téma, které by bylo vhodné probírat ve škole.

Respondent 10: „... to není úplně téma, které by patřilo do školy. Že to je spíš něco, co by se mělo rozvíjet v domácnostech.“

Pohled studentů

O zdravém sebevědomí a lásce k vlastnímu tělu se podle odpovědí respondentů na žádném z typu škol příliš nemluví. Více se tomuto tématu věnují základní školy a střední školy s uměleckým zaměřením, ale i tak se toto téma zmiňuje ve školách spíše minimálně. Většina odpovědí respondentů jsou v této otázce spíše negativního charakteru. Od respondentů z osmiletých gymnázií často zaznívaly odpovědi, že škola jejich zdravé sebevědomí a sebelásku nepodporovala, či dokonce že je mnohdy srážela a znehodnocovala.

Respondent N: „Spíš naopak. Zdravá podpora shazování sebevědomí. Neběžíš dost rychle, jsi mimo, máš muffin k svačině? Fuj, to je nezdravé, vypadni odtud.“

Respondent R: „...to prostředí (...) tak mohlo vést k tomu, nejen že člověk s tím sám neuměl pracovat s tím vztahem sám k sobě, ale naopak se to ještě zhoršilo vlivem nějakých vnějších, šikana a podobné věci.“

Mezi těmito respondenty se objevil pouze jeden, který měl pocit, že jeden z učitelů na škole podporoval jeho lásku k sobě samému, a to na hodinách tělocviku během cvičení a meditací.

Respondent C: „...zmínka od téhle učitelky a její cviky na podporu zdravého těla a meditace a takové věci.“

Mezi respondenty ze základních a navazujících středních škol byli tři respondenti, kteří uvedli, že škola jejich sebevědomí podporovala, a nebyl mezi nimi žádný, který by měl pocit, že bylo jeho sebevědomí a sebeláska na škole sráženo.

Respondent F: „...třeba jedna naše učitelka, právě ta na tu biologii, tak ta byla hodně otevřená. (...) takže ta se jako snažila nás v tom nějak podporovat v takovém tom „Ano, vypadáte hezky“ a tak.“

Ohledně vztahu k vlastnímu tělu u většiny respondentů mírně převládají odpovědi značící spíše negativní vztah k vlastnímu tělu. Většina respondentů si nepřipadá krásná a nemají pocit, že má pro ně jejich tělo důležitou hodnotu. Většinou se tyto myšlenky pojí s touhou zhubnout

a někteří respondenti uvedli, že by rádi změnili nějakou část svého těla. Respondenti uváděli rozličné části těla, většinou to však byly ty části, které bez chirurgického zákroku změnit nelze. Dva respondenti vnímali jako problém svou přílišnou hubenost.

Více respondentů také uvedlo, že mají ke svému tělu spíše neutrální vztah, nebo že svůj vzhled vůbec neřeší. Naprostá menšina respondentů uvedla, že je se svým tělem spokojená a že by nic nechtěla změnit. Někteří respondenti zmínili, že pro ně v období dospívání byla problémem změna jejich těla související s tělesným vývojem, zejména růst boků, zaoblování těla a nabírání váhy.

Respondent D: „V devítce jsem měla pocit, že potřebuju hrozně zhubnout (...) Protože já jsem měla strašně dlouho na druhém stupni 48 kilo a v devítce jsem docela vyrostla a přibrala jsem na 52. A vím, že moje kamarádka tenkrát ve třídě, se kterou jsem se bavila, tak my jsme byly vždycky stejný. A ona měla pořád těch 48, ale já už jsem měla prostě těch 52.“

Respondent F: „No jasně, měla jsem pocit, že potřebuju strašně zhubnout. Tím, že jsme tancovali, tak já jsem si vždycky vedle těch ostatních holek připadala jako strašná kulička. A hlavně jsem si připadala strašně neohebná. A teď jako když na to koukám zpátky, tak to nebyla pravda.“

Respondent S: „Já jsem vlastně od malička byla hubená i moji rodiče jsou hubení. Ale jako já jsem vždycky dost jedla, jako až moc. (...) Ale jako vždycky jsem byla dost jako hubená a vždycky jsem měla s tím problém.“

Více respondentů uvádělo jako problém akné, které se objevuje v dospívání. Několik respondentů pak uvedlo, že měli negativní vztah k sobě sama v souvislosti s nedostatečným sebevědomím a negativním vztahem k vlastní osobnosti.

Respondent R: „Ale nemůžu říct, že bych měla nějaký negativní vztah ke svému tělu vyloženě. To ne. Ale ke své osobě možná jako takové, protože když člověk není přijatý tím kolektivem, tak ono se to možná odrazí.“

Jeden respondent uvedl, že ve spojitosti s vztahem k sobě sama dostal až do stavu diagnostikované deprese. Jako důvody těchto negativních postojů k vlastnímu tělu nejčastěji respondenti uváděli komentáře od svých spolužáků, učitelů a blízkých osob, mířených na jejich vzhled a na jejich osobu.

Respondent D: „Jednou měla nějaký konzultace a během toho, co jsme řešili moji choreografii se mi učitelka zakoukala na nohy a řekla mi: “Co ty stehna tvoje?“ A to je prostě něco, co

ti tam jako pinkne, a toho jsem se pak nikdy už potom nezbavila. Od té doby mám pocit, že moje nohy jsou prostě obrší, protože se to do mě tak zarylo.“

Respondent S: „Mamčiny kamarádky, když jsme se s nimi třeba vídali, tak jako občas měly takové blbé řeči, jestli nejsem moc hubená, jestli jím. Potom ti spolužáci tak ve škole.“

Respondent F: „Protože na to furt všichni naráželi. Já si myslím, že tohle je takové to, na co všichni naráží. A ono když potom ti to naráženi jde úplně od všech, od spolužáků, od rodiny (...) v té době jsem rozhodně nebyla spokojená sama se sebou.“

Někteří z nich také zmiňují, že při zpětném ohlédnutí tyto komentáře nebyly podloženy skutečností. Dalším důvodem, který se v odpovědích respondentů také častěji opakoval, je porovnávání vlastního těla s kamarády a spolužáky, a to bez ohledu na genetické predispozice a vlastní tělesnou konstituci respondenta.

Respondent A: „A byla tam jedna slečna a ona byla prostě postavou úplně baletka, byla taková hubeňoučká, a tak a já si pamatuju do teď, že to byl takovej moment, kdy jsem si uvědomila, že nejsem hubená.“

Respondent F: „Já jsem se vždycky srovnávala s lidma, který znám, (...) Protože jsem se snažila vypadat jako někdo koho znám a koho obdivuju, protože to je ta reálná bytost, u který si řekneš, že k té se můžeš přiblížit.“

Mezi odpověďmi respondentů z víceletých gymnázií se také opakoval špatný třídní kolektiv a rivalita a soutěživost mezi spolužáky. Dalším důvodem, který se v odpovědích objevil vícekrát byla touha být krásnější a lepší. Někteří respondenti uvedli, že byli v tomto směru ovlivňováni médii.

Respondent O: „Do toho začaly být postupně sociální sítě, takže to byla další věc, že vidíš ty ideální postavy. A já jsem měla tenkrát touhu být perfektní.“

Respondenti trpící nadváhou měli potřebu zhubnout ze zdravotních důvodů. Za zmínku stojí i negativní postoj, vyvolaný konfekčním oblečením, které nesedí každému tvaru těla, nebo sexuální obtěžování, které v následku způsobilo negativní náhled na vlastní tělo. Tyto odpovědi se sice objevily pouze jednou, ale jsou podstatné. Svě odůvodnění podali i respondenti, kteří měli pozitivní vztah k vlastnímu tělu. Mezi těmito důvody uvedli pochvaly a pozitivní komentáře od okolí, pozitivní přístup rodičů a zvyšování sebevědomí z jejich strany a přijímání studentů jako individualit ze strany učitelů.

Respondent D: „Protože oni nás hodně přijímali jako individuality, takže se vůbec neřešilo, jestli je někdo vysokej, jestli má větší nohy, tenčí nohy... že to bylo příjemný a přirozený.“

Respondent K: „Asi od mamky, jakože mě vždycky v něčem pochválila. Pak jsem hodně sportovala, (...), tak tam byly ty chvály za ten výkon nebo za to, že něco dělám, že vypadám dobře...“

Třídní kolektiv a spolupráce

Pohled škol

Osm škol uvádí, že se snaží se třídami pracovat tak, aby stmelovaly třídní kolektiv a vylepšovaly třídní klima. Nejčastěji k tomu využívají možnosti třídnických hodin, které jsou na většině škol povinné minimálně jednou za měsíc. Dále posilují třídní kolektiv během výjezdových akcí, které bývají na školách jednou až čtyřikrát do roka.

Respondent 2: „...v rámci třídnických hodin, které probíhají dvakrát do měsíce (...) v rámci nějakých preventivních akcí.“

Respondent 3: „...každý měsíc minimálně jedna třídnická hodina, kde se neřeší jen ty administrativní věci, ale právě jak to zvládaj a nějak cíleně se snaží buď třídní učitel nebo školní psycholog, případně s výchovnou poradkyní zjišťovat to klima v těch třídách. (...) jsou takové 3-4 dny v průběhu celého školního roku, který vlastně vychází na to, že třída si stanoví, jaký program chce, nějaký ať už sportovní nebo jiný aktivity na podporu kolektivu.“

Respondent 6: „V rámci třeba nějakých třídních výletů, třídních nebo školních akcí, tak samozřejmě se s kolektivem nějak pracuje.“

Menší část škol uvedla, že se snaží o stmelování kolektivu během výuky volbou vhodných metod a forem výuky. Dvě školy uvedly, že pokud není vyloženě potřeba, cílenou práci s kolektivem neprovádějí.

Respondent 4: „...cílená intervenční práce s kolektivem neprobíhá, protože to není potřeba.“

Třídní kolektiv má na školách na starost primárně třídní učitel, který monitoruje třídní klima. Na některých školách mají třídní učitelé za úkol zajistit blokový program pro kolektivizaci třídy.

Preventivní programy na kolektivizaci tříd často souvisí s integrací jedinců, které se nějakým způsobem liší. O odlišnostech se s žáky hovoří nejčastěji v průběhu blokových preventivních programů. Nejčastěji se zaměřují na odlišnosti etnické a kulturní.

Respondent 3: „...součástí toho preventivního programu, (...) ten multikulturalismus a v roce 19, 20 jsme čerpali grant na právě témata, která se týkala těch odlišností, respektive všechno to bylo na ten multikulturalismus jako takovej.“

Respondent 7: „Vždycky, když je nějaký preventivní program, kterej je na tohleto zaměřenej.“

Respondent 8: „Máme tady dokonce jednu učitelku, která se na tu multikulturní výchovu zaměřuje.“

Tři školy uvedly, že se odlišnostem a lidské různorodosti věnují během výuky, pokud v některém předmětu přijde téma, které vyžaduje vyšší pozornost k této tématice. Dvě školy uvedly, že se odlišnostmi nezabývají vůbec, protože to není nutné, jelikož jejich žáci nejsou příliš odlišní.

Respondent 1: „Jsme osmileté gymnázium, kde teda jsou děti převážně výběrové, tak tam ty odlišnosti nejsou až tak závažný, jako by byly třeba na nějaké základní škole. Takže tomuhle tématu se přiznám se úplně nevěnujeme.“

Respondent 6: „...tady to není nutné s dětmi řešit. Ony jsou si vědomé svých odlišností. Ale pokud se naskytne nějaký problém, tak například nějaký preventivní program může se tady tomu věnovat konkrétně.“

Pohled studentů

3 respondenti z osmiletých gymnázií řekli, že kolektiv v jejich třídě nebyl dobrý. O dobrém nebo neutrálním kolektivu se nikdo nezmínil. Většina respondentů řekla, že se škola snažila jejich třídní kolektiv podporovat a podporovala i vzájemnou spolupráci mezi spolužáky. Nejčastěji zmíněnou podporou byla nějaká hromadná výjezdová akce, například třídní výlet nebo seznamovací kurz. Respondenti zmínili, že tyto akce měly často sportovní charakter, což pro některé nebylo v rámci stmelování kolektivu nápomocné.

Respondent M: „Maximálně, co bych si mohla vybavit, že nás jako kolektiv nějak stmelovalo tak byly ty výlety, různé lyžáky, ale co by se dalo řešit ve škole tak ve škole jsme se nijak nestmelovali nebo nebyli jsme k tomu vedení.“

Respondent N: „...různý kurzy. Ale tam to fungovalo tak, že se to rozdělilo na ty nejrychlejší a nejpomalejší a ti nejpomalejší se celou dobu šikanovali, že jsou moc pomalí.“

Pár respondentů jako podporu spolupráce uvedli skupinovou práci v hodině. Na základních školách byl stejný počet respondentů, kteří uvedli, že měli dobrý kolektiv, a těch, kteří měli ve třídě kolektiv špatný. V jejich navazujících studiích na středních školách už ale uváděla většina respondentů, že třídní kolektiv byl dobrý. Většina respondentů uváděla, že se školy snažily jejich třídní kolektiv a spolupráci mezi spolužáky podporovat, a to opět zejména různými akcemi zejména sportovního typu.

Respondent K: „Měli jsme snad i každý rok, to se jmenovalo sportovní den, kdy se celá škola do toho zapojila. A pak různý jiný sportovní dny jako jedno odpoledne.“

Respondent P: „Na té základce to měl mít za úkol adapták, jako posilovat ty vztahy a asi i celkově akce typu lyžák a škola v přírodě. A potom hodně na tohle téma byl zaměřený ten projekt být úspěšný. Kdy jsme vlastně zkoušeli i takové ty cvičení na důvěru, různé pády a podobně.“

Pouze malé množství respondentů (2 za ZŠ, 2 za SŠ) uvedlo, že jejich kolektiv na škole podporován nebyl. Dva respondenti uvedli, že zažili ve třídě šikanu, ale přesto třídní kolektiv označili jako dobrý.

Řešení problémů žáků

Pohled škol

Většina škol uvádí, že žáci se u nich mohou svěřit kterémukoliv z učitelů, ke kterému cítí důvěru. Za ideální však považují, pokud se žáci svěří svému třídnímu učiteli, který má pak možnost řešit žákův problém s pracovníky školního poradenského pracoviště, nebo pokud žák přijde se svým problémem rovnou za školním psychologem, pokud na škole je.

Respondent 5: „Obecně se mohou obrátit více méně na kohokoliv. Většinou to jde v první řadě přes třídního učitele (...) podle toho o jaký problém se jedná, tak se to pak nějakým způsobem posílá buď ke mně, nebo k psychologu...“

Na devíti z deseti škol zapojených do výzkumu školní psycholog působí, však pouze na dvou školách uvedli, že žáci jeho pomoci využívají ve vyšší míře a chodí za ním rádi.

Respondent 7: „...už se teď nejvíc naučili obracet na školní psychologku. Protože ta opravdu tam odvádí velice dobrou práci.“

Na většině škol uváděli, že nabídek školního psychologa využívá jen nízké procento žáků. Metodici prevence uváděli, že se žáci nejčastěji svěřují se třídnímu učiteli.

Respondent 4: „Většinou se žáci nejraději obrací na svoje třídní učitele, kteří je potom třeba přesměrují někam dál.“

Respondent 6: „Vybízíme k tomu, aby se obraceli především na svoje třídní učitele, ale samozřejmě není problém obrátit se prakticky na kohokoliv.“

Na jedné ze škol vyzorovali, že třídnímu učiteli se častěji svěřují žáci s problémy svých spolužáků z důvodů, že o ně mají starost.

Respondent 7: „K tomu třídnímu se spíš obrátí ty děti, které zaznamenají ten problém u svého spolužáka. Jo? To znamená to samotné dítě se většinou neobráčí na nikoho v té škole. Jo? Ale prostřednictvím svých spolužáků se o tom většinou dozví třídní.“

Na jiné škole zaznamenali, že se spíše se svými problémy svěřují dívky než chlapci. Tři školy uvedly, že se žádnému z pedagogických i nepedagogických pracovníků žáci příliš často nesvěřují a nevyhledávají u nich pomoc. Jedna škola uvedla, že žáci často využívají schránku důvěry, kam mohou své potíže vložit napsané.

Respondent 5: „... zas až tak moc dětí, kteří by třeba nějak pravidelně se setkávali s paní psycholožkou, nebo nějak jakoby vyhledávali takhle pomoc, tak není, ale určitě vědí, že tady ta možnost je.“

Respondent 10: „... (žáci vyhledávají pomoc, poz. aut.) v minimu případů, není to nic častého. Většinou jsou to jen nějaké jednorázové konzultace ohledně některých problémů. Ale většinou ne.“

Respondent 8: „Obrací se buď na psycholožku, nebo třeba na mě, nebo na třídního učitele nejčastěji. Nebo přijde signál jako z jiný strany. Že třeba teď zrovna nám přišla zpráva do schránky důvěry nebo od jiných spolužáků třeba.“

Polovina škol uvádí, že se psychohygieně nevěnuje jako samostatnému tématu, spíše se jí dotýkají okrajově v souvislosti s jinými tématy v rámci výuky občanské výchovy a základů společenských věd.

Respondent 3: „...určitě psychohygienu jako takovou spíš pojmenováváme v té občance, ale že bychom jim jako předávali techniky... spíš se bavíme o tom, ať dělají věci, které je naplňují, ať si vyčistí hlavu.“

Respondent 6: „Té otázce mentálního zdraví se věnují žáci také v rámci výchovy ke zdraví. Ale že by se bavili přímo o psychohygieně, to ne.“

Respondent 10: „před koronavirem téměř vůbec, teď se občas snažíme nějakým způsobem dát dětem prostor, kdyby potřebovaly pomoci, tak že si o ni mohou říct.“

Dvě školy zmiňují, že s žáky probírají otázku mentálního zdraví v souvislosti s mentálními poruchami v rámci výuky přírodovědných předmětů. Dvě školy uvádí, že se na výuku snaží více zaměřit kvůli koronavirové krizi, a že to považují za velmi důležité.

Respondent 2: „...momentálně ne, ale už o tom teď nějakou dobu, vlastně v návaznosti na tu covidovou krizi přemýšlíme. Už jsme i nějakým způsobem zvažovali, jestli by nebylo vhodné to zapojit třeba do třídnických hodin nebo do výchovy ke zdraví.“

Polovina škol uvádí, že se psychohygieně nevěnuje vůbec. Zdůvodňují to zejména tím, že nemají kvalifikované učitele, kteří by se tímto tématem mohli zabývat. Jedna škola jako důvod uvádí nedostatek zájmu ze strany žáků.

Respondent 6: „Zaprvé to není téma, které by bylo zahrnuté v tematických plánech a zadruhé není žádný konkrétní návod, jak se tady tomu věnovat. Tím pádem se do toho učitelům nechce, když nevědí, co.“

Respondent 8: „Ony to hrozně ty děti chtějí, ale je to těžký, jak moc vlastně do toho jít, takže jako bavíme se o tom, jako určitě, (...) ale vlastně jako jak tohleto sami dělat, to my jako neumíme.“

Pohled žáků

Dva respondenti uvedli, že se se svými problémy obrátili na školu a že jim škola pomohla. Většina respondentů uvedla, že škola jim při řešení jejich problémů příliš nepomáhá. U některých je to zapříčiněno tím, že se respondenti škole se svými problémy nikdy nesvěřili, někteří ale školu o pomoc požádali a nebyla jim dle jejich mínění dána.

Respondent E: „Ale já jsem se taky sama neptala na pomoc nebo tak. Takže nevidím to špatně, že to jakoby neřešili, protože já jsem vlastně nic neřekla.“

Respondent S: „...úplně na začátku, když ta šikana začala, tak se to trochu řešilo, potom ta jedna spolužačka, co mě šikanovala tak i odešla ze školy. Akorát to asi nestačilo a potom to vlastně pořád probíhalo dál a dál a potom, když už začalo šikanovat těch lidí i víc spolužáků

z mé třídy, tak se to trochu začalo řešit, (...) poprosila jsem výchovnou poradkyni, (...) Ale vlastně nám na konci řekla, že bychom to neměli tolik řešit.“

Někteří respondenti nevědí, na koho se ve škole se svými problémy obrátit, je jich ale minimum. Většina respondentů ví, kteří pracovníci jsou pro tyto účely ve škole určeni, ale své problémy by s nimi neřešili. Nejčastěji zmiňovaným důvodem pro to je stud a nevole řešit osobní problémy s někým, koho člověk dobře nezná.

Respondent O: „Myslím si, že i věkovým rozdílem se dost mění názory na tohle. Myslím si, že v těch šedesáti letech ti ta učitelka řekne něco ve smyslu: „vždyť jsi hubeňoučká“ víš nebo „no tak jez zdravě“ a tím to stejně asi skončí ta konverzace.“

Respondent Q: „Kdyby byla ta možnost tak nevím, jestli bych to řešila, asi spíš ne, bych řekla, protože já jsem v té době byla ještě hodně velký introvert...“

Respondent R: „...zrovna naše školní psycholožka byla velice prazvláštní osoba, takže já jsem odmítala k ní jít.“

Někteří respondenti by z toho důvodu uvítali spíš pomoc od třídního nebo jim blízkého učitele, kterého lépe znají a důvěřují mu. Dalším opakujícím se důvodem pro nezvolení pomoci od odborného personálu je osobnost a vystupování personálu. Respondenti častěji své potíže řeší s rodinou nebo s kamarády či spolužáky. Pro většinu z nich je důležité si o svých problémech s někým popovídat. Vícekrát také respondenti odpověděli, že své problémy neřeší nijak, prostě čekají, až se problém vyřeší sám. Tato odpověď byla dominantní zejména mezi respondenty z osmiletých gymnázií. Při potřebě hubnout volí respondenti raději zvýšení pohybové aktivity než diety, ale úprava jídelníčku je také častou volbou.

Respondent A: „...že jsem měla dost komplexy z břicha, nebo komplexy, prostě se mi nelíbilo, takže jsem se snažila cvičit.“

Respondent D: „...jsem si vzala třeba spoustu zeleniny, nebo třeba papriku. Jenomže to když sečteš a podtrhneš, tak když budeš sedět v lavici, tak to spálíš za 45 minut, (...) Že jsem asi jedla málo no.“

Dva respondenti uvedli, že nikdy nedrželi dietu a ani by tuto metodu nezvolili. Mezi odpověďmi, které se objevily pouze jednou, bylo navštívení výživové poradkyně a připojení se do facebookové skupiny o hubnutí.

Respondent O: „...když mi bylo nějak 14, 15, tak jsem se připojila do nějaký skupiny Boj za nové tělo, je to na facebooku a pak je ještě nějaká fitness motivation a tam jsem se připojila a vnímala jsem, jak by se mělo hubnout...“

7.1.2.1.6 Efektivita primární prevence APP

Výskyt APP u žáků

Pohled škol

Tři školy uvedly, že v současné době nemají žádné žáky, kteří by trpěli některou z forem APP, dvě z nich odmítly i potenciální osoby spadající do rizikové skupiny. Třetí potvrdila potenciální nebezpečí rozvoje některé formy APP u pár jedinců, kteří jsou ale pod dohledem metodika prevence.

Respondent 2: „Momentálně o diagnostikovaným snad ani nevím na naší škole. A všechny takové ty potenciální případy, kdy by něco vzniknout mohlo, tak se snažíme nějakým způsobem monitorovat.“

Ostatní školy odhadovaly minimálně jednoho žáka s poruchou ze spektra APP na každou třídu na druhém stupni, některé i více.

Respondent 5: „Od nějakého sedmého ročníku to vždycky v každé třídě je. I kdyby to bylo jenom nějaké podezření, tak určitě třeba dvě děti to jsou.“

Respondent 6: „Vím o pár žácích, kteří s tady tím nějakým způsobem zápasí, ale u těch, u kterých mám o něčem takovém informaci, tak se to už nějakým způsobem řeší v rámci rodiny.“

Respondent 7: „...rozhodně si myslím, že v každé třídě, v každé třídě jeden takový člověk je a nejčastěji se to objeví v sedmičkách.“

Metodici prevence sdělili, že není příliš žáků, kteří by měli poruchu přímo diagnostikovanou, ale že v každé třídě mají vytipované žáky spadající do rizikové skupiny. Někteří dodávali, že je pravděpodobné, že dětí s těmito problémy může být ještě víc, jen se o jejich problémech neví. Na jedné ze škol v poslední době monitorují vysoký nárůst nezdravého stravování a snaží se cílit na jeho redukci.

Respondent 4: „My jsme hlavně v poslední době zaznamenali, že spousta dětí má problém s tím, že přijímají velice... nebo velké... větší množství, než by bylo zdrávo fastfoodů a sladkostí, energy drinků a tak podobně. A tím pádem se snažíme s tímhle pracovat.“

Několik preventistů se shodlo, že největší rozvoj APP pozorují u žáků sedmých a osmých tříd (a jejich ekvivalentů na víceletých gymnáziích). Jako důvod odhadovali rychlý růst, hormonální změny a potřeby uznání od vrstevníků, které jsou v tomto věku velmi silné.

Respondent 5: „Já bych řekla, že ten sedmý ročník bude v tomhlectom takový zlom. Že ty děti si začínají uvědomovat, jak strašně důležitý je pro ně tlak, nebo jako přijetí jejich spolužáků, vrstevníků.“

Respondent 2: „... ta sedmá třída je taková ta, kde ty děti už začínají nad těmahle věcma uvažovat a víc jsou si vědomí sebe sama a svého okolí.“

Na žádné ze škol neproběhla sociometrie odhalující problémy s APP.

Pohled studentů

Na víceletých gymnáziích je rovný počet respondentů, kteří se někdy v životě setkali s někým, kdo měl problém s APP a těch, kteří se s nikým neseťkali. Ti, kteří se s někým takovým setkali, mluvili zejména o spolužácích, jedna respondentka měla i člena rodiny, který zažil anorexii na vlastní kůži, konkrétně maminku. (Tato respondentka později uvedla, že ji tento fakt do budoucna ovlivnil.)

Respondent A: „Mamka měla pravděpodobně anorexii (...) a já jsem se toho dost bála. A měla jsem to jako dost odstrašující případ, takže jsem to nikdy nechtěla zkusit nebo se zabývat hubnutím a dietama.“

Nikdo z osmiletých gymnázií se neseťkal, že by měl sám někdy s APP problém. Na základních školách převyšoval počet respondentů, kteří se s osobou trpící APP někdy setkali, výrazně počet respondentů, kteří tu zkušenost neměli, a to více než o polovinu. Většina zkušeností byla opět z okruhu spolužáků, ale i blízkých přátel.

Respondent I: „...na základní škole to byla bližší kamarádka, se kterou jsem se hodně bavila na základce, a právě že vůbec nějak přestávala jíst. Ona byla vždycky hubeňoučká a vždycky drobná a měla s tím jakoby potíže. A pak s tím skončila až jakoby v nemocnici.“

Několik respondentů uvedlo, že sami trpěli nebo trpí některou z abnormalit příjmu potravy a to na obou stranách spektra, tři respondentky z třinácti uvedly, že měly během školní docházky nedostatečný příjem potravy, dvě měly problém s příjmem nadměrným.

Respondent E: „...já jsem jakoby měla nějaký lehký případ bulimie. A občas se mi to třeba vrací trochu.“

Respondent F: „...já jsem se s tím jakoby potýkala od malinka, chodila jsem i na obezitologii. Nebo od malička, od těch čtrnácti, patnácti.“

Respondenti ze základních škol si pod pojmem APP vybavili víc věcí než respondenti z osmiletých gymnázií. U obou skupin byla v odpovědích hojně zmiňována anorexie a bulimie, u obou pak v menší míře i obezita. U obou skupin respondentů se také objevilo více odpovědí, kdy respondent nevěděl přímo názvy onemocnění, ale popsal vlastními slovy obecně poruchy příjmu potravy. U obou skupin se ojedinele objevily odpovědi jako přejídání, ortorexie, od jednoho respondenta byla zaznamenána odpověď drunkorexie. Na osmiletém gymnáziu se objevil i respondent, který přiznal, že má nějakou představu, ale vlastně o tom moc neví. Pár respondentů ze základních a navazujících středních škol pak s APP spojovalo i nespokojenost s vlastním tělem a vzhledem. Někteří respondenti si s APP spojují i potravinové alergie, které ale do této skupiny nepatří. Za povšimnutí stojí, že nejvíce odpovědí ze skupiny respondentů z osmiletých gymnázií podala respondentka, která podle dalších odpovědí zažila preventivní program na téma APP a dokázala si později vybavit, co se na něm dělo.

Při zpětném ohlédnutí na svou školní docházku více respondentů shledalo, že čím jsou starší, tím jsou sami se sebou spokojenější a mají vyšší sebevědomí.

Respondent B: „...čím jsem starší, tím víc jsme spokojená se svým tělem...“

Respondent N: „...většina mého sebevědomí co se vzhledu týče přišla až po mém odchodu ze střední.“

Respondent P: „...jsem si uvědomila, že některý ty věci nejsou důležitý, co se týče vzhledu, a že je vlastně důležitější to, abych sama se sebou byla v pohodě.“

Je to zejména již dospělou, plně vyvinutou mentalitou a tím, že se dostávají do příjemných kolektivů.

Respondent N: „...že jsem potom byla mezi lidma, kteří absolutně neřešili v podstatě, jak vypadám, ale zajímalo je jen to, že pro ně jsem kvalifikovanéj člověk, který jim může dát to, co oni chtějí, tak člověku to změní pohled.“

Někteří respondenti se ale stále nevyrovnali se svými tělesnými nedostatky a mají nízké sebevědomí. Pár respondentů uvedlo, že stále bojuje s některými komentáři, které měly v minulosti cizí osoby na jejich vzhled. Jen menšina respondentů odpověděla, že je doba jejich školní docházky nijak neovlivnila.

Témata pro zařazení do prevence

Všichni respondenti by ocenili, kdyby se do výuky zařadila některá témata, která jim během jejich školní docházky chyběla, a kdyby se o některých věcech mluvilo víc. 8 respondentů by ocenilo, kdyby se ve školách věnovala větší pozornost APP.

Respondent E: „Tyhle věci o tý bulimii a anorexii a tak. Kdyby se to třeba řešilo víc nebo, kdyby to bylo třeba víc osobnější.“

Respondent N: „Já si myslím, že o všem tomhle by se mělo bavit víc. Protože je myslím si pro spoustu dětí strašně složitý přijít na to, co je vlastně správně a co je zdravý a co už třeba není zdravý.“

11 respondentů by ocenilo, kdyby se ve škole dával větší důraz na toleranci odlišností, kdyby se více vysvětlovalo, že to že každý člověk vypadá jinak je v pořádku a, že hodnotu člověka nesníží to, že nevypadá dobře podle společenských norem.

Respondent A: „...myslím, že trošku by se to mělo jako přijít nebo říct, že ne všichni musí takhle vypadat. A hlavně si teda myslím, že by se lidi měli spíš zamýšlet nad tím, jak se chovají a jací jsou než nad tím, jak vypadají...“

Respondent P: „...myslím si, že je poměrně běžný, že se do identity lidí nebo dětí vnáší hrozně brzo to, nejen tohle budeš prostě vypadat tak a tak, a to si myslím, že je takový problém, že to člověk má v sobě zabudovaný od mala a že vlastně tohle říkat není úplně v pohodě. Takže spíš třeba s tímhle by se mělo začít dřív.“

8 respondentů by rádo zařadilo do výuky psychohygienu a nauku o mentálním zdraví.

Respondent C: „Tak celkově co se týče té psychické očisty a mluvení o psychickém stavu. To mi přijde, že se nikde nerozebíralo.“

Respondent J: „...takže tam bych zavedla nějaký speciální výuky na to, aby se prostě nebáli mluvit o svých problémech, (...) nestyděli se za to.“

Zejména na osmiletých gymnáziích by respondenti ocenili, kdyby je učitelé brali víc jako individuality, chápali, že ne každému jde všechno a snažili se s nimi rozvíjet jejich přirozené dovednosti a talenty.

Respondent B: „Přijde mi, že je málo kladený důraz na to, abychom vymýšleli nějaké věci sami a tím pádem rozvíjeli sami sebe. Hledali věci v sobě a snažili se najít věci, co nám se líbí co nás baví. Protože prostě drilujeme fakta, neustále.“

Respondenti by také uvítali, kdyby se ve školách víc bavilo o zdravém sebevědomí a vztahu k vlastnímu tělu, a aby škola sebevědomí žáků víc podporovala.

Respondent N: „Škola má tu možnost u těch dětí, který třeba jsou hubený a jsou v uvozovkách ideál toho, jak má člověk vypadat, tak v těch může zas vyvolat nějaký pocit, že jako to že já vypadám dobře podle společenských norem, tak to neznamena, že ty co vypadají hůř jsou horší lidi nebo něco takovýho.“

Respondent T: „...vůbec taková očista těla, takové to opakování si jo, to jsem já, tohleto je moje tělo a mám ho mít ráda, protože mi slouží, jsem zdravá, to se vůbec neprobírá ono se to bere jako samozřejmost, ale vlastně to tak vůbec není.“

Někteří žáci by ocenili informace o zdravé stravě i v souvislosti se škodlivostí nesprávných diet.

Respondent D: „...možná by mě zpětně zajímalo pochopit tenkrát, jak funguje, když třeba jíš nějaké jídlo, tak pochopit jaké látky v něm jsou a kolik reálně ti to třeba může dát energie.“

Respondent G: „Asi určitě nějaká ta zdravá výživa a zdravý životní styl. Protože právě podle mě hodně lidí, když chce jakoby zhubnout, tak ani neví jak na to, (...) A ani ne třeba na hubnutí, ale když chce někdo žít trochu zdravěji, tak aby věděl, co všechno má jíst.“

Opakujícím se požadavkem bylo také řešit víc přirozené změny těla v dospívání, a to s důrazem na zařazení tématu do výuky v době, kdy žáci těmito změnami začínají procházet, ne později.

Respondent A: „...ty osnovy jsou prostě nastavený trošku jinak, na ty starší generace a holt na nás už je to pozdě. A pak teda vím, že k nám přišli taky povídat o sexu, asi když nám bylo sedmnáct, nebo něco takového, a to už asi nemuseli, no.“

Více respondentů by také ocenilo, kdyby se škola snažila vytvořit v nich pozitivní přístup ke sportu a ukázala jim větší spektrum různorodých sportovních aktivit, aby si v nich každý mohl najít to, co ho baví.

Respondent N: „...škola má tu možnost nebo tu příležitost dětem pomoci s pozitivním vztahem k pohybu, což teda u mě úplně nevytvořila.“

Respondent L: „...řít si k tomu něco i jako co třeba existuje i nějaký druhy sportu a takhle. Protože já jsem třeba fakt na základce slyšela, fotbal hokej a chodit do fitka a nic jinýho neexistovalo. (...) že existuje třeba něco jako jóga, i nějaký meditační prostě a takhle.“

Někteří respondenti by také ocenili, kdyby se s nimi učitelé otevřeně bavili o problematických tématech.

Většina respondentů se o témata spojená s APP, sebevědomím a sebeláskou nebo stravováním zajímá, alespoň minimálně. Většina z nich nevyhledává aktivně informace, spíš si občas přečte něco, na co náhodně narazí na internetu. Pár respondentů získává informace od kamarádů a rodiny. Spíše ojediněle se respondenti informují z knih a časopisů. Menšina respondentů se o žádné z těchto témat nezajímá a dva respondenti se tématu APP cíleně vyhýbají. Důvodem jsou obavy z tohoto tématu.

Respondent E: „No já nevím, já se toho tématu trochu bojím. Bojím se, že bych třeba zjistila další věci a nějak se mi nechce to úplně řešit.“

7.1.3 Kostra příběhu

Struktura primární prevence APP je ovlivňována mnoha způsoby. Metodik prevence volí strukturu podle svého nejlepšího úsudku, při své volbě je ovlivněn různými faktory. Prostředí, které strukturu prevence ovlivní, je jasně dané z kontextu školy. Organizace výuky udává kostru a rytmus celé struktury prevence, zároveň však může být ovlivněna samotnou strukturou. Prevence APP je kombinovatelná s prevencí dalších rizikových jevů chování, se kterými vzájemně ovlivňují svoji efektivitu, i samy sebe navzájem. Efektivita primární prevence APP vychází ze struktury prevence, organizace výuky a je ovlivněna tematikou jiných preventivních zásahů na jiné téma ve třídě.

7.1.4 Zakotvená teorie

Po opětovném porovnání všech kategorií vznikla kostra analytického příběhu, na kterou lze navázat tvorbou samotné teorie. Teorie vyplývá z odpovědí žáků i metodiků prevence v průběhu obou skupin rozhovorů. Teorie odpovídá na hlavní výzkumnou otázku: Jak ovlivňuje život žáků struktura primární prevence APP na školách? Zároveň teorie ukazuje viditelné rozdíly v hodnotovém vnímání témat spojených s APP mezi učiteli a žáky/studenty.

7.1.4.1 Průběh prevence APP na školách

Z výzkumu vyplývá, že primární prevence APP na školách se řeší třemi způsoby, viz Tabulka 5.

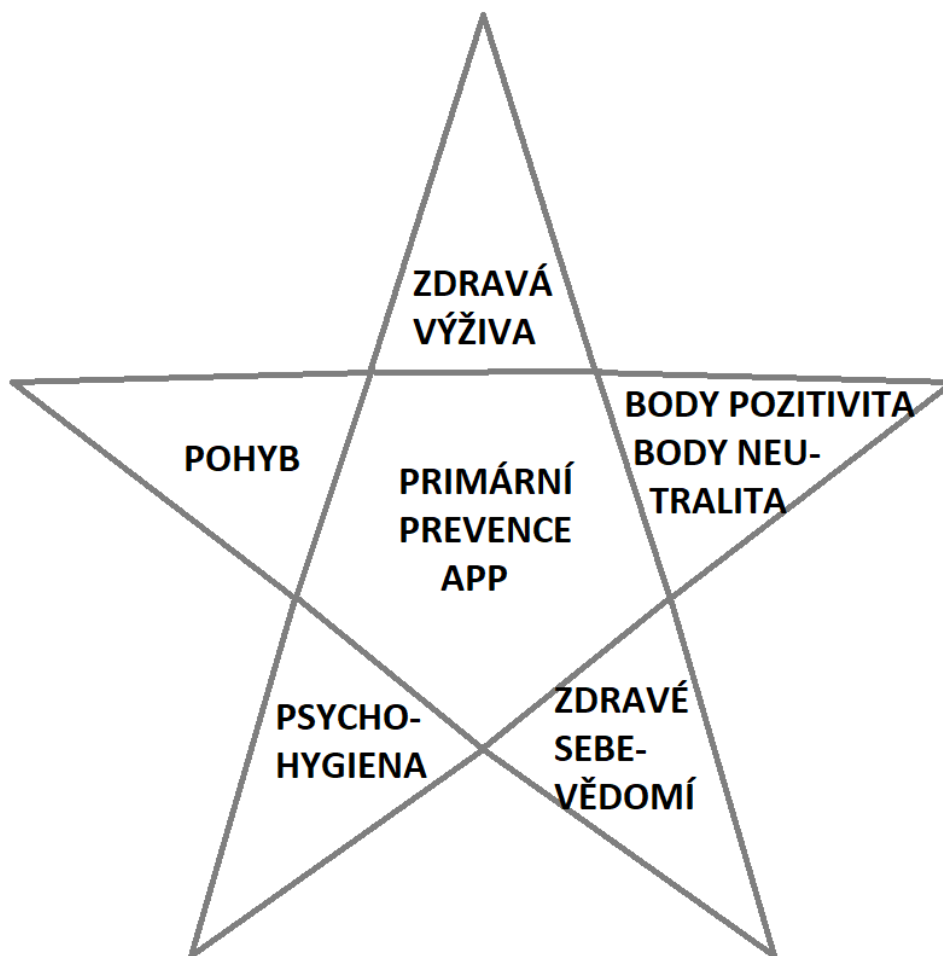
Tabulka 5, zdroj: vlastní výzkum

	Struktura primární prevence APP	Četnost využití	Efektivita
1	Blokový program vedený externisty	Nízká	Vysoká
2	Blokový program vedený učiteli	Střední	Střední
3	Zapojení do výuky	Vysoká	Nízká

Nejčastěji je téma APP zakomponováno do průběhu vyučovacích hodin. Tato metoda je učiteli volena zejména kvůli své finanční a časové nenáročnosti. Z odpovědí žákyň však vyplynulo, že si z těchto hodin neodnáší velké množství informací a že je takové hodiny příliš neovlivňují do budoucna. Další strategií volenou pro prevenci APP je blokovaná výuka, kterou vede některý z učitelů. Metodici tuto strukturu volí, pokud mají kvalifikovaného pracovníka, který je ochoten tuto prevenci provádět. Takové bloky bývají z hlediska působení na studenty efektivnější. Žáci si po takových blocích pamatují větší množství informací, a i působí méně negativně ve vztahu k vlastnímu tělu. Důvodem je zřejmě vyšší časová dotace věnovaná tomuto tématu v průběhu preventivních bloků a nižší tematické zaměření na pouhý popis APP. Nejefektivnějším se ukazují blokované preventivní programy pořádané externisty. Důvodem je zejména jejich návaznost a propojenost s programy na prevenci dalších rizikových forem chování. Programy jsou strategicky seskládané, aby zaměřily pozornost i na jevy provázející riziko vzniku některé z forem APP, jako je například nízké sebevědomí, nespokojenost s vlastním tělem a špatné klima ve třídním kolektivu. Toto propojení podle popisů programů pořádaných učiteli často chybí. Preventivní bloky pořádané externisty jsou ale na školách jen velmi vzácné, zejména kvůli financím, kterými škola disponuje a které raději přesune na tematiku, kterou považuje za důležitější.

7.1.4.2 Pentagram prevence APP

Obecně z rozhovorů vyplynulo, že učitelé považují tematiku APP za mnohem méně důležitou, než jak ji vnímají studenti. Důvodem je fakt, že učitelé málokdy nahlíží na problematiku APP s pochopením jejího propojení s dalšími oblastmi vlivu. Z výzkumu vychází pět oblastí, které je potřeba vnímat komplexně pro správné provádění prevence APP. Jde o zdravé stravování, pozitivní vztah k pohybu, psychohygienu, zdravé sebevědomí a body pozitivitu/body neutralitu (Obrázek 4).



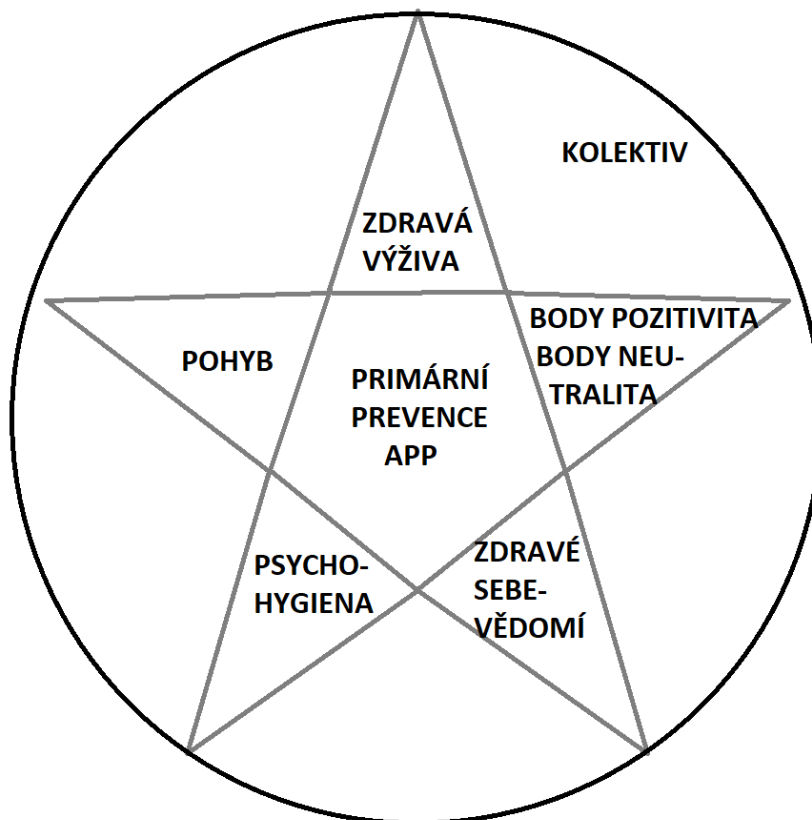
Obrázek 4. Pentagram primární prevence APP (Zdroj: Vlastní výzkum)

Tyto oblasti je potřeba dávat do souvislostí a zaměřit se během výuky na všechny rovným dílem. Nejlépe pokryta se zdá být část hovořící o zdravé výživě. Studentům však často chybí přenesení do praxe, tato část bývá velmi teoretizována. Kladný přístup k pohybu může velkou měrou zajistit hodina tělesné výchovy, je však potřeba ukázat žákům velkou škálu možností, kterou mají v rámci pohybu k dispozici, nezaměřovat se pouze na míčové hry a atletiku. Dů-

ležitě je vyzdvihovat benefity pohybu pro jeho vliv na zdraví a na psychickou vyrovnanost, oproti zaměření na soutěživost. Zdravé sebevědomí je část, kde se výpovědi studentů a učitelů často rozcházejí. Téma je pro studenty mnohem důležitější, než si učitelé uvědomují. Souvisí to i s potřebou rozvoje vlastní osobnosti, jedinečnosti a talentů žáků. Učitelé se v tomto směru hodně zaměřují na studijní výkony. Bylo by dobré více přihlídnout k pozitivnímu přístupu k sobě samému bez ohledu na studijní úspěchy. To souvisí i s tématem body positivity a body neutrality, která bývají ve školách často opomíjeny. Právě v době růstu a změny tělesných konstitucí, které prožívají studenti mezi jedenáctým a osmnáctým rokem, je velmi důležité takové téma vyzdvihnout a zabývat se jím. Nejvíce opomíjenou částí je téma psychohygieny, kterého se školy prakticky vůbec nedotýkají. Důvodem je zejména to, že nikdo z učitelů neví, jak na to.

7.1.4.3 Práce s kolektivem

Kolektiv je faktorem, který může ovlivnit efektivitu primární prevence APP pozitivně i negativně. V dobře fungujících třídních kolektivech je menší riziko výskytu rizikového chování a větší míra podchycení takového rizikového chování již v zárodku. Proto je důležité s kolektivem pracovat. Podle odpovědí v rozhovorech se ukazuje, že školy se s kolektivem snaží pracovat pravidelně a mají toto téma vesměs dobře pokryté. I z pohledu studentů vyplynulo, že se školy o problematiku třídního klimatu zajímají. Co v souvislosti s kolektivem ve vztahu k problematice APP chybí, je normalizace odlišností v kolektivu. Pohled kolektivu na odlišného jedince výrazně ovlivňuje jeho pohled na sebe sama, obzvlášť v pubertě, kde je názor vrstevníků pro studenta velmi důležitý. Ovlivnění prevence poruch příjmu potravy se dá přidat k pěti bodům prevence z předchozí kapitoly (Obrázek 5).



Obrázek 5. Pentagram primární prevence v souvislosti s kolektivem. (Zdroj: Vlastní výzkum)

Odpověď na výzkumnou otázku „Jak ovlivňuje život žáků struktura primární prevence APP na školách?“ je tedy zřejmá. Čím vyšší a lepší pokrytí jednotlivých částí pentagramu prevence APP na školách je, tím je program prevence APP efektivnější. Čím efektivněji program působí, tím pozitivnější dopad má na život studentů. Efektivnější programy snižují riziko výskytu APP, ale i dalších forem rizikového chování.

Pokud by se vytvořila škála na měření efektivity programu prevence APP na základě pentagramu prevence APP, dala by se měřit úspěšnost preventivních programů matematicky. Řekněme tedy, že program pokrývající všechny části je stoprocentní, na jednu část pentagramu bude připadat 20 %, nebudeme-li počítat s vlivem kolektivu. Podle informací výše víme o velmi nízkém zastoupení třech z pěti kategorií pentagramu v preventivních programech škol (psychohygienu, zdravé sebevědomí, body pozitivita/ body neutralita). Přiřadíme jim tedy hodnocení 0-5 %. Část pohybová nebyla dobře prozkoumána, uvažujme tedy, že by byla splněna nad polovinu hodnoty, a přiřadíme jí hodnocení 12-15 %. Téma zdravé výživy je na školách pokryto vesměs dobře, jen s drobnými nedostatky, přiřadíme mu tedy hodnotu 18-20 %. Celková míra prevence by tedy byla 30-50 %, což není zrovna moc. Toto měření je ale jen

velmi zběžné, nemá přesně stanovené parametry. Jde tedy spíše o odhad, nebo návrh, jakým směrem by se měření prevence APP mohlo zabývat.

8 DISKUZE

Výzkum vypovídá o pohledu učitelů na tematiku prevence APP a konfrontuje ho s pohledem studentů. Je jasné, že většina škol dělá maximum pro to, aby zabránila projevům rizikového chování a odvrátila tak nebezpečí propuknutí APP u žáků. Výzkum dobře ukazuje provázanost témat primárních preventivních programů a jejich vzájemný vliv. To potvrzuje výzkum doktorky O’Dea z roku 2006 a její preventivní program *Everybody’s different*, ve kterém je kladen důraz na zapojování prevence dalších rizikových jevů, jako je nízké sebevědomí a odmítnutí kolektivem (O’Dea 2006). Ačkoliv se školy snaží o kvalitní pokrytí těchto témat, odhalil výzkum na školách značné mezery právě u těch témat, která výrazně ovlivňují možnosti vzniku APP. Na těchto věcech je potřeba pracovat a uvědomovat si jejich souvislosti, jinak nemůže být prevence efektivní.

Výzkum také ukázal na smutný fakt a to sice, že mnoho dívek ve věku 11 až 20 let nemá kladný přístup k vlastnímu tělu. Spousta dívek je nejistá ohledně svého vzhledu, mnohé z nich jsou dokonce v negativním postoji a jejich vzhled se jim nelíbí. Csémy, Krch a Provazníková poukazují na tento fakt v práci *Životní styl a zdraví českých školáků z roku 2005*. V této práci se však zaměřují zejména na to, zda si žáci připadají příliš tlustí nebo hubení (Csémy, Krch, Provazníková a kol. 2005). Nepočítají s tím, že velikost postavy je pouze jednou z částí, na kterých stojí hodnocení vlastní krásy žáků. V této diplomové práci se ukázalo, že většina dívek hodnotila svůj vzhled negativně, ale jen menší část z nich to přisuzovala problémům s váhou. Z toho vyplývá, že v rámci prevence APP je potřeba zaměřit se na podporu sebevědomí a lásky k vlastnímu tělu komplexněji.

K negativnímu náhledu na vlastní tělo může mimo jiné faktory přispívat i školní kolektiv, který v tomto věku nemusí být k této problematice vstřícný. Mezi rizikové faktory kladou kolektiv i Battle a Brownell ve své práci *Confronting a rising tide of eating disorders and obesity: treatment vs. Prevention and policy* z roku 1996, nebo Haines ve své práci *Prevention of obesity and eating disorders: a consideration of shared risks factors* z roku 2006 (Battle, Brownell 1996, Haines 2006). Obě tyto práce řadí riziko přinášené školním kolektivem na nižší úroveň než riziko plynoucí z rodinného prostředí. Jak již bylo zmíněno v úvodu, tato diplomová práce nepočítá s efektem, který na problematiku APP vytváří rodina. Je jisté, že rodinné zázemí bude silně ovlivňovat postoj člověka k vlastnímu tělu. Battle, Brownell i Ha-

ines ho označují za nejsilněji působící faktor (Battle, Brownell 1996, Haines 2006). Tato práce toto tvrzení nevyvrací, ale poukazuje na fakt, že vliv kolektivu na jedince je ve školách silný a problémy s APP může ovlivnit také velkou měrou. Student tráví ve školním prostředí polovinu svého dne a se svými vrstevníky a učiteli se může setkávat častěji než se svými rodinnými příslušníky. Některé děti mají špatné rodinné zázemí, a tak je potřeba, aby škola nespolehala na předpoklad, že problematiku zdravého sebevědomí, vnímání vlastního těla a všech ostatních faktorů souvisejících s problematikou APP, řeší s žákem rodina. Autorka považuje rodinné prostředí za důležité, ale na rozdíl od Battla, Brownella a Hainese by zařadila školní prostředí na post s mnohem vyšší důležitostí. Podle ní je minimálně stejně podstatné, jako rodinné prostředí. Pro potvrzení této teorie by byl potřeba podrobnější výzkum.

Málokterá škola podporuje dívky v kladném postoji k vlastnímu tělu, ačkoliv pro to má ideální prostor, ať už při probírání lidského těla, při komunikaci s kolektivem nebo při sportovních aktivitách. Spousta dívek nemá ve školu důvěru, aby se na ni obrátila se svými problémy. Otázkou zůstává, co může škola udělat pro to, aby dívky více motivovala k ochotě se svěřit, či požádat o pomoc, a zda je to vůbec možné. Na některých školách se ukazuje, že by k tomu mohla vést dobrá práce kvalitního psychologa, či bližší přístup k žákům jakožto k individualitám.

Další otázkou je, zda školy s primární prevencí APP nezačínají příliš pozdě. Výpovědi ukázaly, že přemýšlení o vlastním vzhledu a názory na vlastní tělesné proporce mají děti už na prvním stupni. V sedmé třídě se pak začínají ve třídách objevovat první zástupci s APP. Nebylo by tedy vhodnější aplikovat primární prevenci dříve? Možná je zvýšený poměr poruch příjmu potravy na druhém stupni eskalací dlouhodobého stavu nejistoty. Většina autorů hovořících o abnormalitách příjmu potravy se shoduje, že rizikový věk pro výskyt APP je mezi dvanáctým a dvacátým čtvrtým rokem, v závislosti na typu poruchy (anorexie je častější u mladších pacientů, bulimie u starších) (Haines 2006, Lébllová 2010, Navrátilová, Hamrová 2009, O'Dea 2006, Tóthová L. 2019). Nikdo z nich však neuvažuje nad teorií, že rizikové faktory poruch příjmu potravy se mohou začít objevovat už u mladších dětí, a že by bylo dobré začít s primární prevencí už na prvním stupni základních škol.

Zajímavým a zároveň smutným faktem jsou rozdíly ve výpovědích studentů a učitelů k jednotlivým tématům. Mnoho žáků vypovědělo, že má potíže v oblastech, o kterých si učitelé myslí, že jsou na škole pokryta dostatečně. Spousta věcí, které učitelé vnímají jako samozřejmé, pro studenty vůbec samozřejmé nejsou. O věcech, jako je láska k vlastnímu tělu, psychohygienu nebo budování zdravého sebevědomí neuvažují učitelé jako o něčem, co by bylo

potřeba na školách podporovat. Podle O’Dea jsou ale právě tato témata pro prevenci příjmu potravy důležitá. (O’Dea 2006) Tato diplomová práce potvrzuje, že studenti by zařazení těchto témat do výuky také ocenili. Je možné, že odlišný zájem o tato témata je dán generačním rozdílem. Z výpovědí studentů vyplývalo, že čím je člověk starší, tím lepší má k těmto tématům přístup. Pro další výzkum by bylo zajímavé zaměřit se na rozdíly v přístupu k prevenci APP z pohledu učitelů různých generací. Ze všech těchto odpovědí vyplývá, že učitelé mají představu lepší funkčnosti celého systému školy, než jak je vnímána studenty. Otázka je, zda jde o iluzi kontroly, na které se dá nějak pracovat, nebo zda školy naráží v tomto směru na své limity, přes které se z různých důvodů svépomocí nedokážou dostat.

Odpovědi učitelů i odpovědi žáků jsou pravděpodobně zkreslené a emočně zabarvené a tím může být zkreslena přesnost výsledků. Jde o nevýhody kvalitativního výzkumu prováděného pomocí polostrukturovaných rozhovorů, na které upozorňuje i doktor Vojtíšek ve svých Výzkumných metodách (Vojtíšek 2012). Je jasné, že studenti nemají dostatek informací, aby mohli hodnotit, zda prevence na škole probíhala dostatečnou nebo nedostatečnou formou. Mnohé věci, které se na škole dějí, se dějí podprahově a student si je ani nemusí uvědomovat (např. stmelování kolektivu, pozitivní motivace). Může pouze popsat své zážitky, které si vybaví a emoce, které si z těchto zážitků odnáší. Oproti tomu učitelé mohou mít také zkreslený pohled na věc. Mnoho věcí, které připadají relevantní jejich studentům, nemusí připadat relevantní jim. Každý učitel prožívá své problémy a je těžké vcítit se do problémů žáků, kteří jsou od nich zpravidla vzdáleni generačně i životními zkušenostmi. Žákovské problémy tak mohou učitelům připadat malicherné a nenapadne je, že je důvod se tímto tématem zabývat. Výpovědi učitelů mohou být také zkreslené, přibarvené strachem z chyby. Nikdo nepřizná rád, že se spletl, nebo že to, co dělá, není dobře. Je tedy otázka, jak moc si učitelé ve svých výpovědích upravili realitu. Aby se této odchylce co nejméně zabránilo, byli učitelé dopředu požádáni, aby odpovídali podle pravdy. Rovněž jim byla zajištěna anonymita, aby se nemuseli bát říkat pravdu. Přesto se v jejich výpovědích mohla nějaká odchylka od reality objevit, což mohlo způsobit pozitivnější náhled na problematiku ze strany učitelů než ze strany žáků. Mnoho oslovených metodiků prevence z různých škol se do výzkumu odmítlo zapojit bez udání důvodu. Můžeme předpokládat, že některé školy odmítly z důvodu, že u nich prevence APP neprobíhá, nebo probíhá nedostatečně. Pro zpřesnění výsledků by bylo dobré rozdělit zkoumanou tematiku na menší kategorie podle témat a provést další, kvantitativní výzkumy.

Do skupiny dotazovaných studentů nebyli zahrnuti žádní chlapci. Důvodem byl zejména předpoklad, že problematika APP se týká zejména dívek a prevence na školách cílí zejména

na ně (Lébllová 2010, Tóthová L. 2019). Tento předpoklad se potvrdil, protože většina škol nezahrnuje do náplně prevence APP nemoci, které se týkají zejména chlapců. Otázka je, zda něco takového není potřeba a zda by se tato témata neměla zapojit do preventivních programů. Pro odpověď na tuto otázku by bylo potřeba provést sociologické průzkumy, které by odhalily, jaké je riziko těchto nemocí a v jakém věku by bylo dobré takovou prevenci zavádět.

Návrhem pro další výzkum navazující na tuto diplomovou práci by mohl být pokus o sestavení preventivního programu podle požadavků pentagramu primární prevence APP, který vyšel z tohoto výzkumu a otestování jeho efektivity.

9 ZÁVĚR

Výsledky této práce ukazují, že primární prevence abnormalit příjmu potravy na škole bývá často opomíjena. Zejména na víceletých gymnáziích se tomuto tématu věnují jen okrajově. Na základních školách se prevenci abnormalit příjmu potravy věnují více, nejčastěji formou zapojení do výuky některého z předmětů. Ukazuje se však, že tento způsob prevence nemá na žáky tak silný efekt, jako má prevence organizovaná v samostatných blocích. V rámci prevence se s žáky nejčastěji hovoří o vývoji nemocí a o zdravotních komplikacích s nimi spojených. Již méně se s žáky hovoří o tématech s abnormalitami příjmu potravy souvisejících, jako je zdravý postoj k vlastnímu tělu a psychohygienu.

Mnoho dívek v období dospívání trpí nejistotou ze svého vzhledu a mají negativní postoj k vlastnímu tělu. Příčinou jsou mimo jiné negativní komentáře okolí, zaznívající zejména ze stran vrstevníků. Škola má potenciál zamezit negativním komentářům žáků a podpořit pozitivní vztah žáků k vlastnímu tělu. Toto se však na školách ve většině případů neděje a pokud ano, pak pouze podprahově.

Je více témat, která na školách patří k opomíjeným. Jde zejména o již zmíněnou podporu lásky k vlastnímu tělu a k sobě samotnému, podpora sebevědomí a základní principy psychohygieny. Učitelé tato témata opomíjejí, protože neví, jak je uchopit, nepřipadají jim důležitá a nemají na ně vyčleněnou časovou dotaci. Žáci by ale tato témata označili za přínosná a ocenili by jejich zařazení do výuky. Témata by také pomohla i v redukci problémů s abnormalitami příjmu potravy.

Na základě výzkumu byl vytvořen pentagram primární prevence abnormalit příjmu potravy, který by mohl pomoci v sestavování preventivních programů. Jde pět základních bodů, které jsou hlavními pilíři pro vystavění mentality žáků, která bude odolná vůči rizikovým jevům ovlivňujícím vznik některé z forem APP. Těmito body jsou zdravá výživa, pohyb, body pozitivita/ body neutralita, zdravé sebevědomí a psychohygienu. Pokud by se prevence APP soustředila na všechny body z pentagramu, mohla by se výrazně zvýšit její efektivita.

Tato diplomová práce může přispět pro zkvalitnění primární prevence abnormalit příjmu potravy a podpořit pozitivnější body image dětí školního věku.

10 LITERÁRNÍ PŘEHLED

- Baranowski M. J, Hetherington M. M. 1999. Testing the Efficiency of an Eating Disorder Prevention Program. Department of Psychology, University of Dundee, 119-124
- Battle E. K, Brownell K. D. 1996. Confronting a rising tide of eating disorders and obesity: treatment vs. Prevention and policy. Addictive Behaviors, 21(6) 755-765
- Carter C, Stewart A. D, Dunn V. J, Fairburn C. G. 1996. Primary Prevention of Eating Disorders: Might It Do More Harm than Good? Eating Disorders, 22, 167-172
- Csémy L, Krch F. D, Provazníková H. a kol. 2005. Životní styl a zdraví českých školáků. Psychiatrické centrum Praha. 55-69
- de Zwaan, M. 2001. Binge eating disorder and obesity. Int J Obes 25, 51-55
- Donini L. M, Marsili D, Graziani M.P. a kol. (2005) Orthorexia nervosa: Validation of a diagnosis questionnaire. Eat Weight Disord, 10, 28-32
- Faltus F. 2007. Syndrom nočního jedlctví. Čes. a slov. Psychiat. 103(6) 291–296
- Gabrhelík R. v Milovský M. a kol, 2. díl, 2015. Výkladový slovník základních pojmů školské prevence rizikového chování. Prevence rizikového chování dětí a mládeže. 2. díl. str. 204
- Haines J. 2006. Prevention of obesity and eating disorders: a consideration of shared risks factors. Health education research. 21(6) 770-782
- Horn N. 2021. Body Neutrality. Sociology Student Work Collection. 75 s
- Chambers A. R. MD (2008) Drunkorexia, Journal of Dual Diagnosis, 4(4), 414-416
- Irving L. M, Neumark-Sztainer D. 2002. Integrating the Prevention of Eating Disorders and Obesity: Feasible or Futile? Prevention medicine, 34, 299-309
- Jeřábek, H. 1993. Úvod do sociologického výzkumu. Dot. Praha: Karolinum, 162 s
- Klinika adiktologie, 1. Lékařská fakulta Univerzity karlovy v Praze, VFN. 2004. Program prevence pro rodiče Unplugged, metodika pro lektory, TOGGA, 52 s
- Kytnarová J. 2002. Prostá obezita u dětí. Doporučené postupy pro praktické lékaře. ČLS JEP. o/035/172
- Léblová P. 2010. Poruchy příjmu potravy: vztah k imaginaci a závislosti na poli. E-psychologie 4(3): 1-12

- Málková I. 2006. Kognitivně-behaviorální přístup k terapii obezity aplikovaný v kurzech snižování nadváhy v České republice. *Med. Pro Praxi* 5: 244-246
- Milovský M. a kol, 1. díl, 2015. Prevence rizikového chování ve školách. Prevence rizikového chování dětí a mládeže. 1.díl. str. 61
- Mosley E. P. 2008. Bigorexia: bodybuilding and muscle dysmorphia. *European eating disorders review* 17 (3), 191-198
- MŠMT, 2005, Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních. 11 s
- Navrátilová M, Hamrová M. 2009. Realimentace u závažných poruch příjmu potravy – mentální anorexie a bulimie. *New EU Magazine of Medicine* 1-2: 22-36
- O’Dea J. A. 2006. Evidence for a Self-Esteem Approach in the Prevention of Body Image and Eating Problems among Children and Adolescents. *Eating Disorders*, 12(3), 225-239
- Pražské centrum primární prevence. 2010. Manuál pro tvorbu minimálního preventivního programu. 21 s
- Raich R. M, Portell M, Peláez-Fernández M. A. 2009. Evaluation of a School-Based Programme of Universal Eating Disorders Prevention: Is it More Effective in Girls at Risk? *European Eating Disorders Review*. 18, 49-57
- Sastre A. (2014) Towards a Radical Body Positive, *Feminist Media Studies*, 14(6), 929-943
- Širůčková M. v Milovský M. a kol, 2. díl, 2015. Výkladový slovník základních pojmů školské prevence rizikového chování. Prevence rizikového chování dětí a mládeže. 2. díl. str. 161
- Tóthová L. 2019. Poruchy příjmu potravy jako rizikové správanie adolescentov optikou sociálnej práce. VEGA 1/0285/18 Rizikové správanie adolescentov ako klientov sociálnej práce v dôsledku ich osamelosti. 463-468
- Vojtíšek P. 2012. Výzkumné metody. Vyšší odborná škola sociálně právní, Praha, 54 s

11 SEZNAM ZKRATEK

APP – abnormality příjmu potravy

PPP – Poruchy příjmu potravy

Bi – biologie (vyučovaný předmět)

Př – Přírodopis (vyučovaný předmět)

VkZ – Výchova ke zdraví (vyučovaný předmět)

ZSV – základy společenských věd (vyučovaný předmět)

ZK – zdravá kuchyňka (vyučovaný předmět)

12 REJSTRÍK POJMŮ

Abnormality příjmu potravy – specifická onemocnění vycházející z nezdravého vztahu k jídlu. Jde o onemocnění na škále nedostatku příjmu potravy i nadměry příjmu.

Body image – vlastní názor na své tělo.

Body neutralita – pozitivní vztah ke schopnostem vlastního těla, bez ohledu na jeho nedostatky

Body pozitivita – pozitivní vnímání vlastního těla, včetně jeho nedostatků

Body shaming – negativní pohled na tlusté či na hubené tělo a urážení na základě tělesných proporcí

Fat acceptance movement – hnutí šířící povědomí o překážkách a problémech, kterým čelí tlustí lidé

Metodik prevence – osoba zodpovědná na školách za tvorbu a realizaci programu primární prevence

Poruchy příjmu potravy – specifická onemocnění psychického rázu vycházející z nezdravého vztahu k jídlu, podkategorie abnormalit příjmu potravy, nezahrnuje obezitu

Program primární prevence – konkrétní rozepsaný plán primární prevence na školách včetně intervenčních opatření, povinný na každé škole, dříve minimální preventivní program

13 PŘÍLOHY

- 1) Sada otázek D1 pro studenty
- 2) Sada otázek D2 pro metodiky prevence
- 3) Disk s elektronickou verzí práce a s kódováním