

**MASARYKOVA
UNIVERZITA**

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Poruchy příjmu potravy u žáků základních a středních škol optikou učitelů

Bakalářská práce

VENDULA VILÍMCOVÁ

Vedoucí práce: Mgr. Barbora Vacková, Ph.D.

Katedra občanské výchovy

Občanská výchova a základy společenských věd se zaměřením na
vzdělávání, Český jazyk a literatura se zaměřením na vzdělávání

Brno, 2022

MUNI
PED

Bibliografický záznam

Autor:	Vendula Vilímcová Pedagogická fakulta Masarykova univerzita Katedra občanské výchovy
Název práce:	Poruchy příjmu potravy u žáků základních a středních škol optikou učitelů
Studijní program:	Občanská výchova a základy společenských věd se zaměřením na vzdělávání
Studijní obor:	Český jazyk a literatura se zaměřením na vzdělávání, Občanská výchova a základy společenských věd se zaměřením na vzdělávání
Vedoucí práce:	Mgr. Barbora Vacková, Ph.D.
Rok:	2023
Počet stran:	78
Klíčová slova:	Poruchy příjmu potravy, učitelé, školní prostředí, zkušenosti, prevence

Bibliographic record

Author:	Vendula Vilímcová Faculty of Education Masaryk University Department od Civic
Title of Thesis:	Eating disorders in primary and secondary school pupils from the perspective of teachers
Degree programme:	Civics and Basics of Social Studies for Education
Field of study:	Czech Language and Literature for Education, Civics and Basics of Social Studies for Education
Supervisor:	Mgr. Barbora Vacková, Ph.D.
Year:	2023
Number of pages:	78
Keywords:	Eating disorders, teachers, school environment, experience, prevention

Anotace

Cílem práce je zmapovat zkušenosti vybraných pedagogů s poruchami příjmu potravy (PPP) u žáků základních a středních škol. Nedílnou součástí práce je ucelený text o samotných poruchách příjmu potravy, a to i v kontextu školního prostředí. Práce popisuje zkušenosti pedagogů a pedagožek s žáky trpící PPP, jejich schopnost si problémů všimnout, diskutovat o něm a řešit jej. Dotýká se také role školy a učitelů v otázkách prevence a v neposlední řadě osobní zainteresovanosti do problematiky PPP.

Abstract

The aim of the work is to map the experiences of selected primary and secondary school teachers with eating disorders (ED) of their pupils. An integral part of the work is a comprehensive text about eating disorders, also in the context of the school environment. The thesis describes the experiences of pedagogues with pupils suffering from ED, their ability to notice problems, discuss them and solve them. It also touches on the topic of the school and teachers in matters of prevention and, last but not least, the personal interest of teachers in the issue of ED.

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, s využitím pouze citovaných pramenů, dalších informací a zdrojů v souladu s Disciplinárním řádem pro studenty Pedagogické fakulty Masarykovy univerzity a se zákonem č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů.

V Brně 25.ledna 2023

.....
Vendula Vilímcová

Poděkování

Velké poděkování náleží vedoucí mé práce, paní Mgr. Barboře Vackové, Ph.D., za její čas, odborný dohled a cenné rady, které mi často otvíraly nové perspektivy pohledu. Následně bych ráda poděkovala všem respondentům, bez kterých by tato práce vůbec nemohla vzniknout. V neposlední řadě patří velký dík mým přátelům, kteří mě v temných dobách psaní této bakalářské práce veselili na duši.

Obsah

Úvod	11
1. Vymezení poruch příjmu potravy	12
2. Etiologie poruch příjmu potravy	14
2.1. Biologické faktory	14
2.2. Sociokulturní faktory	15
2.3. Individuální faktory	16
2.3.1. Psychologické faktory	16
2.3.2. Rodinné faktory	17
2.3.3. Vliv stresujících životních událostí	18
3. Důsledky poruch příjmu potravy	19
4. Poruchy příjmu potravy ve školním prostředí	20
4.1. Škola jako rizikový faktor	20
4.2. Informovanost pedagogů a pedagožek o poruchách příjmu potravy	21
4.3. Primární prevence ze strany učitele a školy	22
4.3.1. Co může dělat škola a pedagog?	23
4.4. Pozorování ze strany učitele	25
4.5. Intervence ze strany učitele	26
4.5.1. Co konkrétního může učitel či škola dělat?	27
5. Shrnutí teoretické části	29
6. Metodologie	30
6.1. Cíl výzkumného šetření a dílčí výzkumné otázky	30
6.2. Strategie výzkumu a metody sběru dat	30
6.3. Sběr dat a jejich zobrazení	32
6.4. Výběr a popis výzkumného vzorku	33

6.5. Etika výzkumu.....	34
6.6. Limity výzkumu	34
7. Analytická část	36
7.1. Vlastní zkušenost.....	37
7.2. Zkušenost třídního kolektivu.....	41
7.3. Spolupráce aktérů	44
7.4. Přístup školy k poruchám příjmu potravy	48
7.5. Role školy a učitele v prevenci poruch příjmu potravy	51
7.6. Rozvoj prevence a závěrečné zhodnocení.....	54
7.7. Osobní zainteresovanost.....	57
8. Závěr.....	63
Zdroje	66
Příloha 1- Mentální anorexie, mentální bulimie, záchvatovité přejídání a atypické a nové druhy poruch příjmu potravy	72
Příloha 2- Informovaný souhlas	77

Úvod

Tato bakalářská práce se zabývá poruchami příjmu potravy u žáků základních a středních škol a jak je na toto onemocnění pohlíženo optikou učitelů. Poruchy příjmu potravy (PPP) jsou v posledních desetiletích velmi diskutovaným tématem a je jim věnována velká pozornost nejen v odborných kruzích, ale i v běžném životě. Přestože se povědomí o poruchách příjmu potravy neustále rozšiřuje a informovanost odborníků i celé populace roste, je s tímto problémem stále spojeno spousta nejasností a dohadů.

Vzhledem k tomu, že dle ÚZIS¹ bylo v roce 2017 hospitalizováno kvůli PPP přes tři tisíce pacientů, z čehož celých 44 % bylo ve věku 0-19, je pravděpodobné, že se tento fenomén přirozeně promítnul také do školního prostředí (ÚZIS, 2018, s.2). Pedagogové a pedagožky jsou často vystavovány výzvam v podobě problémového chování žáků, které může být důsledkem poruch příjmu potravy.

Cílem mé bakalářské práce je tedy zjistit, jak jsou učitelé na základních a středních školách informováni o problematice poruch příjmu potravy, jaké jsou jejich zkušenosti s žáky trpící PPP, zda jsou schopni si všimnout žáka postiženého touto nemocí a pracovat s ním i s jeho rodiči.

Úvodní část práce si klade za úkol zmapovat základní poznatky o poruchách příjmu potravy, přiblížit pojmy anorexie, bulimie, záchvatovité přejídání a představit etiologii onemocnění PPP spolu s jeho důsledky. Práce se zaměřuje na poruchy příjmu potravy ve školním prostředí čili hlavním objektem zájmu je zde učitel ve vztahu k žákům, kteří těmito nemocemi trpí. V této části je zkoumána škola jako potencionální rizikový faktor onemocnění, informovanost pedagogů, prevence a možná intervence.

Empirická část analyzuje konkrétní zkušenosti vybraných pedagogů s poruchami příjmu potravy u žáků základních a středních škol. Zaměřuje se zejména na schopnost pedagogů poznat PPP, navázat kontakt s daným žákem a komunikovat o těchto problémech jak s pedagogickými, tak nepedagogickými pracovníky a zejména rodiči. Zjišťuje také informace o roli školy a učitele v prevenci PPP a její možný rozvoj. V neposlední řadě taktéž shrnuje osobní zainteresovanost pedagogů do této problematiky.

¹ Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

1. Vymezení poruch příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy jsou jedním z nejčastějších a často také nejzávažnějších onemocnění dospívajících dívek a mladých žen. V žádném případě se však nejedná o onemocnění, které by se jakkoliv vyhýbalo druhému pohlaví. Strachem z tloušťky a nespokojeností s vlastním tělem, nevhodnými jídelními návyky či deformovanou percepcí vlastního těla, trpí taktéž mnoho dospívajících chlapců a dospělých mužů.

K pochopení podstaty věci je nutné vědět, co jsou vlastně poruchy příjmu potravy zač. Jak uvádí Maloney (1997, s. 7) o poruchách příjmu potravy můžeme hovořit v tom případě „jestliže člověk používá jídlo k řešení svých emocionálních problémů“. K takovým poruchám patří dle MKN-10² mentální anorexie (MA) a mentální bulimie (MB).

Ačkoliv se může zdát, že se mentální anorexie a mentální bulimie výrazně liší, není tomu tak. Dle Krcha et. al. (2005, s. 15) obě poruchy spojuje „strach z tloušťky a nadměrná pozornost věnovaná vlastnímu vzhledu a tělesné hmotnosti“. Nemocní se snaží zabránit růstu tělesné hmotnosti a patologicky se zabývají tím, kolik váží a jak si případnou váhu udržet. Obě tyto onemocnění může taktéž provázet společná obecná psychopatologie, která podle Krcha et al. (2005, s. 15-16), může být „nízké sebevědomí, sociální problémy nebo somatické potíže závislé především na způsobu udržení tělesné hmotnosti“. Právě hubnutí či urputná snaha udržet si váhu, může nemocným zvyšovat sebevědomí – cítí, že mají konečně něco pod kontrolou, ve svých rukou, často jsou okolím ze začátku chváleni a podporováni, což vysílá impuls, aby v tomto chování pokračovali. Následný strach ze ztráty kontroly se stává alfou a omegou veškerého jejich bytí. Od jistého momentu není nemocný schopen toto patologické chování žádným způsobem regulovat či ovládat (Papežová & Hanušová, 2012).

Mimo tyto výše zmíněné poruchy existují i takové, které nejsou součástí MKN-10, ale naplňují Maloneyovu (1997) definici. Mezi takové spadá záchvatovité přejídání, ortorexie, drunkorexie, bigorexie, diabulimie a pregorexie. Mezi odborníky ale převládá názor, že se jedná spíše o různé podtypy či variace mentální anorexie a bulimie, než o samostatné poruchy příjmu potravy (Papežová, 2010).

K nárůstu onemocnění přispěla bezpochyby moderní doba, ve které se zdůrazňuje kult štíhlosti a hubený člověk je považován za fyzicky, a často také psychicky zdravého jedince. Spouštěče poruch příjmu potravy mohou být u každého člověka jiné. Když pomíneme tlak

² Mezinárodní statistická klasifikace nemoci a přidružených zdravotních problémů.

společnosti, může se jednat o nevhodné poznámky, šikanu kvůli váze, vysoké nároky ze strany trenérů, učitelů, rodičů apod. (Krch & Marádová, 2003). Dalším výrazným faktorem, který ovlivňuje smýšlení dospívajících, je rozmach sociálních sítí a nimi spojená všudypřítomná dokonalost. Počítačové úpravy zevnějšku jsou považovány za standard, kterému se běžný smrtník jen stěží může vyrovnat.

Procházková a Sladká-Ševčíková (2017) prezentují bezútěšnost rozvoje PPP v populaci v číslech.

Poruchy příjmu potravy byly v roce 1987 prohlášeny Světovou zdravotnickou organizací za jeden z prioritních problémů světové populace. Odhaduje se, že na celém světě trpí některou z forem PPP kolem osmi milionů lidí. V České republice se toto velmi vážné psychogenní onemocnění týká každé dvacáté mladé ženy (s.7).

Taktéž S. Theander (1970), který vycházel z dat hospitalizovaných pacientů ve Švédsku tvrdí, že za třicet let vzrostl výskyt anorexie více než čtyřikrát. Je však nutné podotknout, že spousta nemocných se nikdy nestalo hospitalizovanými čili záchyt výskytu těchto nemocí tak závisí zejména na informovanosti jak veřejnosti odborné, tak veřejnosti jako takové (Krch et al., 2005).

Skupina nemocných je dle Krcha a Marádové (2003, s.8) „velmi různorodá a různorodý je také průběh poruchy“. Ačkoli se hovoří o tom, že prognóza těchto nemocí je relativně dobrá, a v průměru 50 % nemocných dojde k plnému uzdravení, nemůžeme opominout následky, které tyto poruchy mohou zanechat na životech postižených jedinců. Krch a Marádová (2003) také uvádí, že v případě poruch příjmu potravy hovoříme o nemocech fatálních, ačkoliv byly, a z části stále jsou, veřejností bagatelizovány. Úmrtnost anorexie je dle různých studií v rozmezí 2-8 %. U mentální bulimie je toto rozpětí 0-2 %.

Hlubší vhled do fenoménů anorexie, bulimie, záchvatovitého přejídání a atypických poruch příjmu potravy je možný prostřednictvím informací v příloze č. 1.

2. Etiologie poruch příjmu potravy

Příčiny poruch příjmu potravy nejsou nikdy jednoznačné, a proto se u nich hovoří o multifaktoriální podmíněnosti. Dle Krcha (2005), kontrolované studie na širokém vzorku pacientů doposud nepotvrdily obecnou platnost žádného z etiologických modelů, a proto by hledání nějakého obecného faktoru mohlo být zavádějící. Jediný faktor, který zvyšuje riziko vzniku anorexie a bulimie až osmkrát, je držení redukčních diet (Švédová a Míčová, 2010). Jisté však je, že ke vzniku onemocnění je třeba kombinace a vzájemné působení biologických, sociokulturních a psychických faktorů (Krch, 1993). Je tedy mylné se domnívat, že odstraněním univerzálního problému dojde k vyléčení pacientů.

V této kapitole nám poslouží rozdělení na biologické, sociokulturní a psychologické faktory (Krch, 2005). Pozornost budeme věnovat taktéž vlivu stresujících životních situací a rodiny.

2.1. Biologické faktory

Jak již bylo řečeno, poruchy příjmu potravy se nevyhýbají ani mužské části populace, není však pochyb o tom, že tento fenomén z drtivé většiny postihuje především ženy a dívky. Krch (2005, s.61) uvádí: „stačí být ženou a riziko anorexie je desetkrát vyšší“. Vliv na to mají zejména dramatické změny, kterými prochází dívčí tělo v rámci puberty. Krch (2005) zmiňuje, že hmotnost českých dívek od osmého do šestnáctého roku věku vzroste z BMI 16 na 19. Právě tento proces může být u mnoha dívek spojen s obavami a domnělým odchýlením se od současných standardů krásy. U mužů je tento fenomén spjat spíše s vykročením k maskulinnímu typu postavy.

Puberta je taktéž spojena s velkým množstvím nejen tělesných změn. Dívky rozvíjí svou identitu, emancipují se od rodiny a v neposlední řadě přijímají ženskou roli, a to včetně sexuality. Pro některé dívky může být toto období tak náročné, že v rámci obranných strategií odmítají roli ženy přijmout, protože ji nepovažují za žádoucí a reagují jakousi askezí. Ta potlačuje pudové tendence, se kterými si dívka neví rady. (Vágnerová, 2014).

Významnou roli také hraje nově nabytá sexuální potřeba, se kterou je spojena touha po osobní přitažlivosti a atraktivitě. Zároveň se objevují požadavky na získání partnera, snaha vymanit se ze současných vztahů a navázání nových. To vše může být spojeno s větším

zaměřením jedince na své tělo, které se stává prostředkem seberealizace a osobní prezentace (Krch, 1993).

Mimo faktor pohlaví se hovoří taktéž o dědičnosti. Riziko anorexie bude vyšší u pacientů, kteří se v rámci rodiny setkali či setkávají s PPP či špatným jídelním chováním, a to zejména ve vztahu matka-potomek. Vágnerová (2014) tvrdí, že genetická dispozice může zvyšovat riziko poruch příjmu potravy, zejména pak mentální anorexie, kterou může ovlivňovat až z 50 %, u mentální bulimie pak z 30 %. Dále pak jde o dědění jistých povahových rysů, které jsou pro vznik PPP rizikové. Zmiňovány jsou zejména „úzkostnost, rigidita, perfekcionismus, obsedantní rysy u anorexie a emoční labilita a impulzivita u bulimie“ (Krch a Švédová, 2013, s. 12).

2.2. Sociokulturní faktory

V rámci vývoje společnosti se ideál krásy napříč staletími měnil. Zatímco v renesanci byla plnoštíhlá žena s plnými boky a velkými prsy ztělesněním krásy, úderem 20. let 20. století se preference a požadavky na ženy a jejich postavy začaly výrazně měnit (Klusáková, 2015). Do popředí se dostala hubená postava, reprezentována například světoznámou Marilyn Monroe či Kate Moss a tento trend zůstal v popředí, dá se říci, do teď.

Ke změnám ideálů krásy však docházelo také u mužů. Již v antice docházelo ke glorifikaci hubeného, ale svalnatého mužského těla. Tento trend se držel dlouhá léta, než ho v 70. letech 19. století vystřídala nadváha symbolizující bohatství a status vyšší třídy. V 60. letech 20. století se do popředí dostává naopak postava vyhublá, bez velkého množství svalů a s minimem tuku. Ikonou té doby byl například slavný John Lennon nebo Mick Jagger. V 80. letech došlo k velkému „boomu“ kulturisticky vypadajících postav. Posilovny, a zejména anabolické steroidy, byly velmi populární mezi muži všech věkových kategorií. Od 90. let se však společnost opět obrací k ideálu, který byl nastaven už v dávné antice (Klusáková, 2015).

Garfinikel a Garner (1982) vidí jádro problémů PPP v rychle se měnící kultuře, která je zatížena kultem štíhlosti. Papežová (2015) rozvoj tohoto trendu přisuzuje zejména západním kulturám, ze kterých se následně rozšířil i k nám. Sociokulturní faktory nemají tak významný vliv na vznik poruch příjmu potravy, jaký jej mají na jejich rozšíření. Média často prezentují ideál krásy, který můžeme spatřovat v modelkách, herečkách, tanečnicích, ale i dětských hračkách viz. panenka *Barbie*. Úspěch, dobré sociální postavení, atraktivita či dokonce zdraví jsou mylně podmiňovány nízkou tělesnou hmotností. V ženských časopisech se často objevují celé sekce o tom, jak zhubnout, jaké diety jsou nejlepší a co jíst, aby naše tělo vypadalo

reprezentativně. Mediální, ale i společenský tlak na ženskou dokonalost v oblasti tělesné, psychické i rodinné, staví na piedestal jakýsi koncept nadženy, kterého ale žádná žena nemůže nikdy dosáhnout.

Vyšší tělesná hmotnost je často považována za abnormalitu. Toto tvrzení může podporovat například nabídka obchodů s oblečením a velikosti, které jsou považovány za konfekční. Vše nad „konfekční standard“ je odchylka od normálu a je to na to nahlíženo skrze prsty.

Štíhlost je často viděna jako odraz člověka, který je schopen úspěšné sebekontroly. Naproti tomu je nadváha chápána jako „důkaz neschopnosti a nedostatku vůle“ (Vágnerová, 2014, s.429). Samotné snižování tělesné hmotnosti se tak stalo cílem, ke kterému mnoho lidí směřuje v domnění, že je to prostředek úspěchu. Paradoxem však je, že ačkoliv je kulturní ideál čím dál tím štíhlejší, průměrná hmotnost populace roste (Krch, 2005). Jak připomíná Papežová a Hanusová (2012, s.11) „To, do jaké míry tyto „ideální“ vzory přejímáme a chceme být jimi, ale souvisí s tím, jak věříme sami sobě“.

Rizikovým faktorem může být taktéž prostředí, které klade velký důraz na výkon, tělesné proporce a příjem potravy (Krch, 1993). Hovoříme o různých sportovních oddílech, tanečních školách, modelingových agenturách apod.

2.3. Individuální faktory

Jak již bylo řečeno, příčiny poruchy příjmu potravy nejsou vždy přímočaré. Jelikož toto onemocnění řadíme do škatulky psychických onemocnění, porozumění jim může být ještě mnohem těžší. Proto do individuálních faktorů počítám jak faktory rodinné a psychologické, tak vliv stresových životních události na jedince.

2.3.1. Psychologické faktory

V souvislosti s rozvojem poruch příjmu potravy se hovoří o jistých osobnostních rysech a psychických charakteristikách, které předcházejí samotné onemocnění a mohou tak být pro jeho vznik rizikové (Švédová a Míčová, 2010). Švédová a Míčová (2010, s.9) taktéž uvádějí, že u anorexie je typickým psychologickým faktorem „přílišné zaměření na dosažení úspěchu“. To znamená, že se daný jedinec snaží dosáhnout skvělých výsledků, a to zejména na poli školy, práce či ve vrcholovém sportu. Dále zmiňují „nadměrnou přizpůsobivost a poslušnost, vyhýbavost, úzkostnost, pochybnosti, obavy, vysokou sebekontrolu a zodpovědnost“ (s.9). U bulimie to pak je například impulzivita, labilita či sebekritičnost (Švédová a Míčová,2010).

Typické je pro obě poruchy nízké sebevědomí nemocných a negativní vnímání vlastního těla. Tyto dva faktory posilují nezbytnou potřebu sebekontroly, a to nejen v jídle (Krch, 2005). Často je s rozvojem PPP spojen také perfekcionismus, který je založen zejména na důslednosti a neoblomnosti, čímž vytváří perfektní podmínky pro vznik poruch příjmu potravy. K dalším rizikovým rysům osobnosti patří „nestálost a proměnlivost emocí, puritánství a asketismus, sebetrestající chování a odměna a trest“ (Papežová a Hanusová, 2012, s. 15).

2.3.2. Rodinné faktory

Mnoho pacientů a terapeutů dle Krcha (2005) popisuje začátek poruch příjmu potravy v kontextu rodinných událostí. Již od narození je zřejmá závislost dítěte na osobě, která jej krmí. Tímto aktem se mezi matkou a dítětem vytváří vzájemný vztah důvěry a intimity. V raném dětství dítě vyjadřuje pouze pocity libosti či nelibosti, které jsou často tišeny právě nabídnutím potravy. Postupem času se však může stávat, že matka tiší specifické potřeby jako úzkost a hněv taktéž pomocí jídla, čímž překrývá skutečný problém, který tak zůstává nevyřešen. Tímto rituálem se může fixovat domněnka, že veškerá úzkost, strach či nejistota může být řešena jídlem. V dospělosti tak může dojít k rozvoji přejídání ve stresových situacích či jiných problémech spojených s potravou (Krch a Švédová, 2013). Rodina tedy zprostředkovává jedinci první zkušenosti s jídlem, ovlivňuje a určuje jeho jídelní návyky, chování a skladbu jídelníčku (Krch, 1993).

Rizikovým faktorem pro rozvoj PPP je jejich výskyt u nejbližších rodinných příslušníků ženského pohlaví. Akcentován je zejména vztah mezi matkou a dcerou. Vágnerová (2014, s.428) charakterizuje matky anorektických dívek jako „málo empatické, perfekcionistické, zdůrazňující dodržování pravidel a dobrý výkon“. Z tohoto výčtu je tedy patrné, že se u anorektických dívek můžeme setkat s obdobnými rysy, jako mají jejich matky. Krch (2005) taktéž zmiňuje, že výskyt PPP mezi sourozenci může být v rozmezí 3-10 %. Co se týká postavy otce, někteří z nich byli charakterizováni jako despotičtí a dominantní, někteří naopak jako slabí, pasivní a s emočním odstupem (Krch, 2005).

Rizikovými faktory v rodině dle Krcha (1993, s. 60) mohou být „příliš vyžadující prostředí, nepřiměřené nároky na dítě a jeho sebekontrolu nebo naopak přístup – dělej si co chceš. Papežová (2010, s. 41) vidí ve formulaci „nepřiměřené nároky“ skutečností více. Může zahrnovat jak odhodlání rodičů dovést dítě k výborným výkonům bez ohledu na jeho schopnosti, tak „rozhovor o sexualitě dřív, než na něj bylo dítě připraveno, nebo naléhání, aby se dívky chovaly dostatečně žensky“. Velký vliv má také forma rodinné komunikace, která

může oscilovat mezi dvěma extrémy. V prvním případě dochází k potlačení veškerých problémů, typický je postoj, že problémy neexistují, a tak není třeba je řešit. Opakem toho je nadměrná diskuse o problémech, neustále otvírání již několikrát probraného a uzavřeného tématu (Krch, 1993).

Stejně jako jiné nemoci v rodině, i poruchy příjmu potravy narušují její běžný život. Podle Papežové (2017, s.34) mají rodiny často „pocit viny, pátrají v minulosti a hledají viníka“. Mnohdy rodiče zažívají nutkavé pocity „něco s tím udělat“, což může vyústit ve změnu životního stylu, do které je zatažena celá rodina. Podstatné je však nehledat viníka, přestat pátrat v minulosti, a naopak se soustředit na to, jak nemocnému pomoci.

2.3.3. Vliv stresujících životních událostí

Studie, které se zabývají výzkumem vlivu traumat na rozvoj poruch příjmu potravy mají často velmi podobný model. K dívce, která trpí PPP je přiřazena dívka, která odpovídá nemocné věkově, pochází z obdobného socioekonomického prostředí a má podobný sociální status. Následně jsou tyto dvě dívky dotazovány ohledně událostí, které se děly například rok před propuknutím PPP u nemocné. Výsledky těchto studií se shodují v tom, že vznik PPP netkví v jedné negativní události, ale v opakované expozici traumatickým událostem (Papežová, 2010).

Dle NICE³ (2004) je až 70 % případů anorexie a bulimie započato nějakou závažnou životní událostí. Krch (2005, s. 64) zmiňuje nejčastější události: „narážky na tloušťku a tělesný vzhled, sexuální nebo jiné konflikty, významná životní změna, osobní nezdár, nemoc v rodině nebo odloučení od rodiny“. Tyto problémy mohou vést k pocitu ztráty kontroly a tím nastává již známá rovnice, kdy nemocní chtějí ztracenou kontrolu znovu nabýt a činí tak prostřednictvím přísného dozoru nad svým tělem a jídelními návyky.

³ The National Institute for Health and Care Excellence

3. Důsledky poruch příjmu potravy

Důsledky poruch příjmu potravy mohou být širokospektrální. Tato onemocnění se mohou negativně promítnout jak do psychiky nemocných, tak do jejich fyzického zdraví (Krch, 2005).

Dle Vágnerové (2014, s. 431) může docházet ke změně uvažování, „typické bývá černobílé myšlení a nechů ke kompromisům“. Dále se objevuje tendence ulpívat na určité strategii a neschopnost flexibilně reagovat na změnu. V krajních případech může dojít k celkové změně osobnostní vybavenosti. Objevují se také pocity selhání, neschopnosti, deprese a sebelítosti (Marádová, 2007).

Poruchy příjmu potravy mají nesporně obrovský vliv také na fyzické zdraví jedince. V prvních fázích onemocnění se může objevovat vyčerpání a únava, bolesti hlavy a břicha či poruchy spánku. Nejobvyklejšími vážnějšími zdravotními následky jsou pak kardiovaskulární onemocnění. Následují kosterní, renální, gastrointestinální, endokrinní, hematologické či dermatologické komplikace (Krch, 2005). Většina těchto komplikací má společného činitele, a to zvracení. Při zvracení může docházet k poranění krku a jícnu, narušení rovnováhy tělesných tekutin a solí a úbytku draslíku, který způsobuje nepravidelnost srdečního rytmu. Žaludeční šťáva pak mohou dále narušovat sklovinu (Marádová, 2007).

Z tohoto výčtu je tedy patrné, že PPP jsou spojeny s mnoha život ohrožujícími stavy, které výrazně přispívají k vysoké úmrtnosti nemocných. Dle Theandera (1985) odhad dlouhodobé úmrtnosti dosahuje až 18 %. V krátkodobém horizontu se hovoří až o šestinásobném zvýšení standardního rizika úmrtí (Krch, 20

4. Poruchy příjmu potravy ve školním prostředí

Z výše zmíněného je patrné, že se na vzniku poruch příjmu potravy podílí mnoho faktorů. Zejména se PPP vyskytují v prostředích, ve kterých je na děti vyvíjen tlak, proto za rizikové prostředí můžeme považovat také školu. Je třeba poukázat na to, že problémy s PPP se v současné době objevují v mnohem nižším věku, než tomu bylo dříve. Se stigmatizací člověka s nadváhou se můžeme setkat již u dětí mezi 9-10 lety čili je nutné se o tuto problematiku začít zajímat již u žáků základních škol (Novák, 2010).

4.1. Škola jako rizikový faktor

Ačkoliv je vstup do školy spojen spíše s pozitivními konotacemi, pro jedince jde o velkou životní změnu. Dítě je nuceno k výstupu z komfortní zóny, z „teplá“ domova. A ačkoliv se jedná o akt, který je povětšinou vnímám z perspektivy dětí kladně, nemusí tomu být vždycky tak.

Při nástupu dítěte do školy se mu může jevit tato instituce jako velmi mocná. Poprvé v jeho životě dochází k tomu, že rodiče mocensky nedosahují úrovně školy a sami se jí musí podřídít. Zároveň se vstupem do školního prostředí dochází k tvorbě a osvojení nových sociálních rolí, které mohou být stejně tak uspokojující jako zatěžující (Vágnerová, 2012).

Škola mimo nabízení nové perspektivy přispívá také k socializaci dítěte, pomáhá mu osvojit si hodnotovou hierarchii spolu se zaměřením na dobrý výkon jedince. Nicméně nástup do školy je rovněž svázán s odpoutáním se ze závislosti na rodině a „její vliv je postupně nahrazován působením jiných sociálních skupin a institucí“, což může způsobovat stres a úzkosti. (Vágnerová, 2012, s. 328). Hermochová (2005) proto také zmiňuje, že ve škole a školní třídě se dítě poprvé setkává s větší pluralitou názorů, postojů a osobností, které jej formují.

Mimo jiné také dochází k rozvoji identity žáka s důrazem na jeho sebehodnocení a sebeúctu. Velký význam a vliv na vývoj dětské osobnosti má školní hodnocení. Dle Vágnerové (2012, s. 333) „pozitivní hodnocení uspokojuje potřebu seberealizace, protože úspěch posiluje sebedůvěru“. Čili pokud je dítě úspěšné, má větší tendence tíhnou k tomu, aby se chovalo ve školním prostředí jistě. Pokud však nedochází k pozitivnímu hodnocení, zvyšuje se pocit nejistoty a klesá sebedůvěra, což může mít za následek snahu o její zvýšení, a to například prostřednictvím zvýšené kontroly nad svým tělem.

V neposlední řadě se s nástupem do školy pojí objevení celého spektra nových stresorů, se kterými se dítě doposud nemuselo setkat. Může se jednat o strach ze školního hodnocení, neakceptace ze strany spolužáků, tlak ze strany rodičů na dobrý školní výkon, špatné třídní klima apod. Podle Malacha (2010, s.64) má právě školní klima vliv na nejen duševní, ale i tělesné zdraví jedince. Učitel by podle něj měl využívat veškerých možností učiva a aktuálních dějů k tomu, aby záměrně pěstoval „morální, estetické, tělesné i pracovní kvality osobnosti“.

Neopomenutelný je také vliv vrstevnických skupin, se kterými přijde dítě ve škole do kontaktu a stane se jejich součástí. Dívky si často osvojují chování, které je typické pro danou vrstevnickou skupinu. To může být například zaměření na štíhlou postavu. Takové chování může být podpořeno povzbuzováním či výsměchem, který pramení právě z nedodržování nastavené orientace vrstevnické skupiny (Roľková, 2017).

Jako poslední rizikový aspekt školního prostředí bych zmínila školní stravování. S nástupem do školy dítě do jisté míry mění své zažité stravovací návyky. Obědy často probíhají ve školní jídelně, v rodičovské režii tak zůstávají zejména snídaně, svačiny a večeře. V období školní docházky však často může docházet k vynechávání snídaní v důsledku např. pozdního vstávání, spěchání na autobus apod. Pokud tedy nedojde ke konzumaci snídaně, často si dítě kupuje svačiny, nicméně je již odkázáno samo na sebe, a tak si kupuje to, na co má chuť, často čokolády, tyčinky, sladké nápoje. Ačkoliv se školní jídelny snaží o naplnění nutričních nároků dětí, ne vždy je to z jejich strany vnímáno pozitivně. Může tak pak docházet taktéž k vynechávání obědů (Švédová a Míčová, 2010). Proto by se měli pedagogové angažovat i v této rovině a edukovat děti ohledně kvalitního stravování a zdravých jídelních návyků, protože „pokud mají děti vštípeny dobré základy výživy a stravování, mnohem méně v období dospívání podléhají vlivu vrstevníků“ (Švédová a Míčová, 2010, s.20). Ten často osciluje mezi krajnostmi fast-foodové a dietářské kultury.

Životní styl je tedy do značné míry ovlivněn prostředím, ve kterém dítě vyrůstá. Opatřilová at al. (2011, s. 120) dodává, že „důležitým prostředím, které velmi významně ovlivňuje zdravý vývoj jedince, je tedy i škola“.

4.2. Informovanost pedagogů a pedagožek o poruchách příjmu potravy

Jelikož má škola mimo funkci vzdělávací také funkci výchovnou, měli by mít pedagogové dostatečné množství legitimních informací zejména o příčinách, projevech a důsledcích poruch příjmu potravy. Tyto informace by pak měly být vhodným způsobem zprostředkovány a využívány v jejich praxi (Švédová a Míčová, 2010).

Informace k této podkapitole jsou čerpány zejména z diplomové a bakalářské práce, které se zaměřovaly na výzkum informovanosti pedagogů. Tyto práce si kladly za cíl zjistit, zda jsou pedagogové schopni definovat poruchy příjmu potravy, uvést mezi nimi rozdíly, vyjmenovat příznaky a preventivní opatření. V diplomové práci Kelnara (2010) bylo využito kvantitativní metodologie, které se účastnilo 44 učitelů ze tří mimobrněnských a dvou brněnských škol. V bakalářské práci Komárkové (2021) byla použita kvalitativní metoda pomocí dotazníků s otevřenými otázkami. Na tyto dotazníky odpovídalo 10 učitelů výchovy ke zdraví.

Dle zjištění Kelnara (2010) nemají učitelé větší problém s charakteristikou poruch příjmu potravy, neboť 43 pedagogů z celkového počtu 44 bylo schopno vysvětlit termíny MA a MB. Dále dle jeho závěrů neplatí, že by mladí učitelé do 35 let měli větší přehled o PPP nežli pedagogové nad tuto věkovou hranici. Nicméně 7 učitelů z celkového počtu si myslí, že poruchy příjmu potravy jsou pouze výstřelkem dnešní doby. Nutno podotknout, že se výzkum konal v roce 2010, kdy povědomí o PPP nebylo ani zdaleka tak rozšířené jako dnes.

Na základě výzkumu Komárkové (2021) bylo zjištěno, že si pedagogové uvědomují, že se PPP netýká pouze žen, ale také mužů. Většina dotazovaných získala povědomí o PPP v rámci přípravy na jejich učitelskou praxi. Další zjišťování informací o těchto nemocech pak probíhalo skrze samostudium odborných článků na internetu. Sedm z deseti učitelů získalo informace prostřednictvím školení, které jim zprostředkovala škola, na které působí. Všichni dotazovaní pak v rámci svých aprobačních informují žáky o PPP v hodinách.

V obou případech byli téměř všichni respondenti schopni vysvětlit pojmy spojené s poruchami příjmu potravy a přiřadit k nim příslušné projevy.

Výše uvedené informace tak svádí ke tvrzení, že povědomí o PPP mezi učiteli roste. Nelze to však s ohledem na relativně malý vzorek respondentů tvrdit s jasnou platností. Nicméně je podstatné, aby se informovanost v tomto odvětví u pedagogů zvyšovala, neboť právě oni jsou často mezi prvními, kteří mohou výskyt PPP u dítěte zachytit.

4.3. Primární prevence ze strany učitele a školy

Abychom byli schopni určit, co by měl učitel či škola dělat v rámci preventivních opatření proti poruchám příjmu potravy, je nutné si definovat, jaké druhy prevence existují a kterých je instituce školy vůbec schopná.

Na prevenci lze nahlížet jako na „soubor intervencí, jejichž cílem je zamezit či snížit výskyt a šíření rizikového chování“ (Klinika adiktologie, 2019). Nejvýrazněji a nejrychleji se vyvíjela

prevence užívání návykových látek a stala se tak hybatelem procesu vývoje prevence v širším slova smyslu (Miovský et. al., 2010).

V současné době členíme prevenci do tří stupňů:

- primární prevence
- sekundární prevence
- terciární prevence

Primární prevence se zaměřuje zejména na předcházení vzniku rizikového chování u osob, u kterých se toto chování ještě nevyskytlo. V kontextu poruch příjmu potravy se může jednat o zdůraznění zdravotních důsledků této nemoci někomu, kdo danou nemocí netrpí.

Sekundární prevence se pokouší předcházet „vzniku, rozvoji a přetrvávání rizikového chování u osob, které jsou rizikovým chováním ohroženy“ (Klinika adiktologie, 2019). U poruch příjmu potravy se může jednat o brzké zachycení začínajících potíží s jídlom, zabránění jejich progresi či dokonce vyléčení tohoto brzkého nebo asymptomatického stádia nemoci.

Terciární prevence se pak snaží zabránit rozvoji již propuknuté nemoci a „předcházet jejím sociálním či zdravotním potížím v důsledku rizikového chování“ (Klinika adiktologie, 2019). To znamená například předcházet trvalým zdravotním důsledkům vyplývajících z poruch příjmu potravy, které jsou zmíněny v kapitole 3.

Školní prevencí rizikového chování rozumíme „soubor přístupů, metod a intervencí, které jsou koncepčně rozvíjeny a garantovány v rámci sektoru školství a jejichž společným jmenovatelem je rezortní legislativní rámec MŠMT“ (Miovský et. al., 2010, s.101). Nicméně primární prevenci může pedagog provádět při dostatečných znalostech a odbornosti i bez vazby na MŠMT.

4.3.1. Co může dělat škola a pedagog?

Škola je hned po rodině nejvlivnějším socializačním činitelem. Adámková (2020) dále uvádí, že je škola místo, kde se odrážejí pozitivní i negativní vlivy a je hlavním místem primární prevence. Tím, že škola zařadí do výuky preventivní aktivity, může systematicky působit na všechny žáky.

Vhodné je, aby škola, jakožto instituce, zajistila žákům možnost osvojit si a zafixovat vhodné jídelní návyky. To může dělat prostřednictvím zabezpečení dostatečné dlouhé pauzy na oběd a plnohodnotného jídla, které splňuje nutriční požadavky dítěte. Dále by měla omezit prodej cukrovinek. To znamená odstranění prodejních automatů či jejich nahrazení zdravějšími variantami.

Podstatné je si uvědomit, že s odchodem dítěte do školy se dítě často ocitá v pozici, že ve škole tráví více času než doma. A ačkoliv primární roli v prevenci poruch příjmu potravy má zajišťovat rodina nastavením správných jídelních návyků a dobrými vztahy mezi rodiči a dětmi, je nutné na problematiku PPP upozornit také na půdě školy. Pedagog se tak dostává do role jakéhosi korektora, který je do jisté míry schopen napravit to, co bylo rodiči zanedbáno či nezvládnuto (Procházková, 2011). Adámková (2020) však dodává, že je podstatná spolupráce rodiny a školy, jinak případná prevence rizikového chování nemá šanci být účinná. Krch a Marádová (2003, s.21) zmiňují že „vhodným výchovným působením (...), je možné poruchám příjmu potravy u dětí předcházet“.

Pedagogové by tak měli mít fundované a komplexní znalosti o tomto tématu a vyhovujícím způsobem je prezentovat žákům. Podstatné je soustředit se na to, jak bude tato problematika dětem předávána. Vhodné je sdělovat faktické informace a důsledky PPP, ale vyhýbat se zbytečnému zastrašování a zdůrazňování pouze konkrétních aspektů poruch příjmu potravy. To bylo mohlo mít účinek přímo opačný a preventivní záměr by se mohl snadno stát spouštěčem nemoci.

S ohledem na své aprobace by učitelé měli volit formu informování. U učitelů biologie či výchovy ke zdraví by bylo vhodné, aby informovali o změnách, kterými lidského tělo, zejména to dívčí, prochází během puberty. Protože jak je již zmíněno v kapitole 2.1, tak i výrazné změny dívčího těla během období dospívání mohou být spouštěčem PPP. Vhodné je taktéž poučení o diverzitě vzhledu lidského těla. Neexistuje žádný archetyp postavy, který by byl považován za „ten správný“.

V rámci primární prevence by mělo dojít taktéž k diskuzi na téma vhodných jídelních a stravovacích návyků, informovat děti o tom, že je v pořádku si čas od času dopřát čokoládu nebo dort a zároveň zmínit důležitost dostatečné konzumace jídla obecně.

V neposlední řadě by měl učitel podporovat příjemné sociální klima ve třídě, aby mohlo docházet k nabývání zdravé sebedůvěry a osobnostnímu růstu. Dále pomoci žákům zvládat stres ze školy, naučit je, co je adekvátní reakce na školní neúspěch apod. (Procházková, 2011)

Z následujícího výčtu je patrné, že učitel má v uplatnění primární prevence neodmyslitelnou roli. Často je škola, a s ní i pedagogové, vnímána jako pouhá instituce ke vzdělávání dětí. Nicméně ve škole probíhá mnohem více procesů než jen těch vzdělávacích, a to zejména procesy výchovné, které mohou mít vliv na rozvoj jak psychického, tak fyzického zdraví jedince.

K zajištění účinné prevence je tak nutné mít nejen výborné teoretické znalosti, ale učitelé by měli prohlubovat vědění také prostřednictvím přednášek, seminářů, e-learningu apod. Toto

vzdělávání učitelů v problematice PPP by pak mohlo pomoci k dřívějšímu záchytu nemocí či ke změně postojů samotných učitelů k poruchám příjmu potravy (Adámková, 2020). Titmanová (2019, s. 94) pak uvádí, že kvalitní prevence zahrnuje „předávání pozitivních hodnot, které ovlivní pozdější sebehodnocení a orientaci na životní hodnoty, které nejsou založeny na zevnějšku“.

4.4. Pozorování ze strany učitele

Učitel je často prvním člověkem, který může zaznamenat známky rozvíjejícího se onemocnění. Papežová (2017) zmiňuje několik příznaků, kterým by měl učitel věnovat zvýšenou pozornost. Mezi takové patří:

- výrazná ztráta hmotnosti, často během krátkého časového období, u bulimie naopak nárůst hmotnosti
- u mladších dívek zaostávání v růstu za zbytkem třídy
- dříve sociálně aktivní dítě se straní kolektivu
- dítě své tělo schovává pod několika vrstvami oblečení
- nenosí svačiny či vynechává školní jídla

Mezi další znaky, kterých si může učitel všimnout, můžeme zařadit například změnu jídelního tempa. Nemocní konzumují jídlo velmi pomalu, často se v něm nimrají a jí velmi malá sousta. Bulimické pacientky mají naopak tendence jíst rychle, až hltavě. Zároveň nemocní mohou být přecitlivělí na to, když je někdo u jídla sleduje, proto neradi jedí ve společnosti. Někteří pacienti neradi o jídle hovoří, jiní naopak nemluví o ničem jiném. Typické je zdůrazňování faktu přeplněnosti a velkého apetitu.

Nemocní mohou být často až přehnaně aktivní. Nejsou schopni pouze relaxovat, mají pocit, že musí neustále něco dělat, spalovat kalorie. Příznakem tohoto může být neklid v lavici, běhání po schodech (Adámková, 2020). To může ústít ve výraznou únavu nemocného a s tím spojenou neschopnost soustředit se na učení.

Mimo výraznou ztrátu hmotnosti si mohou učitelé všimnout jiných fyzických změn, a to zejména změny kvality pleti a vlasů, celkové zsinalosti nemocného. Někteří učitelé tyto žáky popisují jako šedé a bez života.

Dalším výrazným varovným signálem je časté odbíhání na toaletu, a to zejména po jídle. Někteří nemocní mají tendence hodně žvýkat žvýkačky či intenzivně kouřit, ačkoliv to dříve nedělali. (Procházková, 2011)

Jak poslední bych zmínila celkovou změnu osobnostní vybavenosti jedince. Z dříve veselého a hovorného dítěte se může stát dítě smutné, otažité, přemýšlivé a introvertní. Dále je typická snaha o vysoký výkon téměř ve všech předmětech. Tato snaha se ale z nedostatku energie snižuje a může přejít až v apatii.

4.5. Intervence ze strany učitele

Včasná intervence je klíčem k tomu, aby mohl být jakýkoliv problém rychleji a efektivněji řešen. Jinak tomu není ani v případě poruch příjmu potravy. Učitelé, jakožto lidé, kteří se s žáky dostávají do kontaktu pět dní v týdnu, pak nestojí pouze v pozici pozorovatele, ale taky v pozici konatele. V této i následující kapitole, tak bude rozvedeno, co může učitel dělat, když zjistí, že žák trpí poruchou příjmu potravy.

Je podstatné říci, že nikoho nelze vyléčit bez jeho vlastního přičinění. Učitelé tak mohou na problém upozornit, sledovat jídelní chování žáka, být mu oporou, nicméně nemohou převzít všechnu zodpovědnost a řešit problém za něj. Taktéž není možné žáka „léčit“, pokud učitel nezná příčiny vzniku nemoci. Je tedy nutné po těchto příčinách pátrat, neboť jak již bylo zmíněno, mohou být zakořeněny také ve školním prostředí. Dále bych zdůraznila, že úkolem učitele není nahrazovat roli terapeuta, psychologa či snad dokonce lékaře. Úkolem učitele je problém zaznamenat a po domluvě s fundovanými osobami a rodinou pak může pomoci například při supervizi žáka či zpětné vazbě (Procházková, 2011). Důležité je podle Adámkové (2020) také žáka nechránit, ale předcházet možné šikaně či stigmatizaci a pokud možno jej zapojovat do skupinových aktivit, které by zabránily jeho dalšímu uzavírání se do sebe a izolaci.

MŠMT (2012) vypracovalo rámcový koncept rizikového chování ve školním prostředí, ve kterém se zvláště zaměřuje na poruchy příjmu potravy. Ačkoliv se jedná zejména o preventivní opatření, je dle tohoto konceptu jasné, že učitel by měl spolupracovat se školním metodikem prevence a vždy, když dítě výrazněji zhubne, zvrací či se sebepoškozuje, informovat rodiče. MŠMT taktéž zdůrazňuje, že pedagog není terapeut, ale měl by být schopen zprostředkovat rodičům kontakt na psychologa či lékaře a také poskytnou zpětnou vazbu jak dítěti, tak rodině.

Učitel musí být schopen identifikovat jedince, kteří mohou být ohroženi poruchami příjmu potravy. Adámková (2020, s. 34) zmiňuje, že „včasná intervence ze strany učitelů, metodiků prevence a školních psychologů je nezbytná pro dosažení pozitivního vnímání vlastního těla“.

4.5.1. Co konkrétního může učitel či škola dělat?

Promluva by měla být prvním krokem v učitelské intervenci. Pedagog může při podezření na PPP oslovit žáka s tím, že si všiml, že v poslední době například výrazně zhubnul, což ho vede k myšlence, zda ho něco netrápí a sdělit své obavy z onemocnění PPP. Vhodné je rozhovor vést bez účasti jiných osob, nejlépe v klidném, příjemném prostředí. Podstatná je také snaha o ujišťování – existují alternativy i řešení (Papežová a Hanusová, 2012). Učitel by měl být v těchto případech zvláště trpělivý a laskavý. Ačkoliv MŠMT hovoří o bezprostředním kontaktování rodiny při výrazném hubnutí, neměl by učitel dělat nic bez vědomí samotného žáka, protože by tím mohla být narušena důvěra ve vztahu učitel-žák. Teprve s vědomím dívky či chlapce je vhodné kontaktovat rodinu. Žádoucí je doporučit psychologa či návštěvu praktického lékaře. Dalším krokem je nabídnutí pomoci „*pokud chceš, můžeme si o tom promluvit, můžu ti pomoci*“ (Procházková, 2011).

Následně si rodina s pomocí učitele a školy stanoví pravidla, která se promítnou zejména do čtyř hlavních okruhů, kterými jsou cvičení, stravování, domácí úkoly a zkoušení. Škola by měla trvat na důsledném dodržování těchto pravidel, neboť mají za úkol zabránit rozvoji anorektického či bulimického chování (Papežová, 2000).

Jelikož je cvičení při velmi nízké váze rizikem, osobám postiženým PPP by tak měl být povinný tělocvik zakázán. Kdyby tomu tak nebylo, škola by na sebe vědomě brala velké riziko dalších zdravotních komplikací, které se u nemocných mohou po fyzické činnosti projevit (omdlévání, kolaps organismu, apod). Zákaz by se měl týkat také veškerých mimoškolních aktivit, ve kterých je kladen důraz na fyzickou činnost, nicméně to škola jako taková nemůže zajistit.

Stravování je velký aspekt v tématu PPP. Je nutné velmi pečlivě zvážit, jakým způsobem se bude stravování u postiženého/postižené kontrolovat. Učitel může žáka posadit ve školní jídelně k učitelskému stolu, nicméně to může způsobit další izolaci nemocného od kolektivu. Dalším způsobem kontroly je přenesení této zodpovědnosti na blízkou osobu. Krajním řešením pak může být konzumace jídla v oddělené místnosti, ať už sám/sama nemocný/á s učitelem či kamarádkou (Papežová, 2000). V současné době velkých jídelen, které jsou často sdíleny i více školami je však tento způsob dohledu hůře proveditelný.

Jak je řečeno v kapitole 2.3.1, perfekcionismus je typickým rysem nemocných PPP, proto nemocní často věnují přípravě do školy a vypracovávání domácích úkolů nepřiměřené množství času. Časová dotace přípravy do školy by tak měla být učitelem zjištěna. Ten by ji měl následně regulovat. Vyskytnout se však může i problém opačný, kdy nemocný není schopen své úkoly

plnit, nesoustředí se a úkoly oddaluje (Adámková, 2020). Jelikož PPP ovlivňují také kognitivní funkce, je lepší se s rodiči domluvit na individuálním zkušebním plánu (Míčová a Sladká-Ševčíková, 2010).

Důležité je však myslet na to, že každý případ PPP je jiný a bude tak jiné také jeho řešení. Není možné výše uvedené body generalizovat a snažit se je aplikovat na všechny jednotlivce. Místo strojového odškrtávání výše zmíněného mají tyto body sloužit spíše k inspiraci a k předvedení toho, že škola i učitel mají moc žákovi pomoci, ať už by to bylo pouze předáním kontaktu na psychologa.

5. Shrnutí teoretické části

Poruchy příjmu potravy jsou nebezpečným a mnohdy život ohrožujícím onemocněním, které postihuje zejména dospívající dívky a ženy. Příčiny těchto onemocnění mohou být různé a nelze tak tento stále se rozšiřující fenomén svést pouze na pár rizikových faktorů. Školní prostředí hraje důležitou roli v problematice poruch příjmu potravy, neboť zde dochází mimo jiné k vytváření nových vrstevnických skupin, objevení celé řady stresorů a k osvojení nových sociálních rolí. Škola má tak nezanedbatelnou a nezastupitelnou roli v prevenci PPP. Aby prevence byla prováděna správně a hlavně účinně, je nutné vzdělávat učitele na poli této problematiky. Je žádoucí, aby byli učitelé schopni rozpoznat příznaky počínajícího onemocnění a aby věděli, jakým způsobem jednat dále. Učitel nemůže být zaměňován za terapeuta, psychologa či lékaře, ale jeho včasná intervence může zmírnit jak fyzické, tak psychické dopady těchto onemocnění na jedince.

6. Metodologie

Tato kapitola pojednává o jednotlivých postupech a metodách, které byly použity k vyhotovení analytické části bakalářské práce. Nejprve vymezím cíle výzkumného šetření a výzkumné otázky. Následně představím metodu výzkumu, techniku sběru dat se zaměřením na jejich analýzu a charakterizuji výzkumný vzorek. V neposlední řadě upozorním na etiku a limity samotného výzkumu.

6.1. Cíl výzkumného šetření a dílčí výzkumné otázky

Cílem empirické části bakalářské práce je zjistit, jak jsou učitelé na základní a středních školách informováni o problematice poruch příjmu potravy, jaké jsou jejich zkušenosti s žáky trpící tímto spektrem nemocí a zda jsou schopni si takového žáka všimnout a angažovat se v případě potřeby včasné intervence. K dosažení mnou stanoveného cíle pak vedou následující dílčí otázky:

DO1: Všímají si učitelé jídelních návyků svých žáků, popřípadě jejich psychických či fyzických změn?

DO2: Vede osobní zkušenost učitele s poruchami příjmu potravy k větší senzitivitě vůči jejich záchytu?

DO3: Chtějí se učitelé angažovat v řešení problémů spojených s PPP?

DO4: Jaká je zkušenost řešení problému PPP s aktéry v rámci školy, ale i mimo ni: rodiče, lékaři, sociální pracovníci, jiné instituce?

DO5: Zabývá se škola či samotní učitelé prevencí PPP?

6.2. Strategie výzkumu a metody sběru dat

Vzhledem k povaze bakalářské práce jsem se rozhodla využít kvalitativní strategie sběru dat, neboť právě kvalitativní výzkumné strategie se zaměřují na rozmanitost zkušeností v sociální oblasti, různorodost lidských životů a jejich porozumění (Novotná & Špaček & Šťovíčková, 2019). Tato metoda však byla kombinována taktéž s doplňkovou metodou sběru dat, neboť jak uvádí Švaříček a Šed'ová (2007), kvalitativní ani kvantitativní přístupy nejsou paradigmaty.

Hendl (2005, s. 12) definuje kvalitativní výzkum následovně: „Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému“.

Cílem je tedy pomocí kvalitativního výzkumu vytvořit holistický pohled na celý fenomén, což je v rámci pochopení poruch příjmu potravy nejen vhodné, ale žádoucí. Prostřednictvím doplňkového sběru dat pak získat více respondentů a informací, které podpoří celou jeho hloubku a posílí základní výzkumný vzorek.

Sběr dat probíhal ve třech etapách za využití dvou poměrně odlišných metod. První metodou bylo vytvoření a distribuce „dotazníku“ o čtyřech bodech:

1. Setkali jste se někdy ve své výuce s žákem/žákyní, kteří trpěli PPP?
2. Působíte jako učitel/učitelka na ZŠ či SŠ?
3. Jakého jste pohlaví?
4. Pokud jste ochotní se mnou vést rozhovor na téma poruch příjmu potravy u žáků, poprosím Vás o zanechání kontaktu, prostřednictvím kterého se s Vámi budu moct spojit.

Cílem tohoto dotazování bylo nalézt respondenty, kteří by svolili k druhé etapě výzkumu, a to k polostrukturovanému rozhovoru.

Polostrukturovaný rozhovor byl zvolen jako vhodná metoda sběru dat zejména díky jeho výhodám, mezi které patří flexibilita, možnost reagovat na subjekt a využití jeho osobnostních specifíků (Reichel, 2009). Tento typ rozhovoru je pro zkoumání vhodný zejména z toho důvodu, že ponechává velký prostor samotným respondentům, ale zároveň umožňuje držet si jistou míru strukturovanosti. Charakter polostrukturovaného rozhovoru dává tazateli možnosti si připravit matici otázek, které se ale v průběhu rozhovoru nemusí nekompromisně držet. Takto vedený rozhovor může jít do hloubky a navést tazatele na otázky, které při přípravě nepředpokládal a zároveň je komunikace mezi tazatelem a respondentem přirozená, blížící se běžnému hovoru (Novotná & Špaček & Šťovíčková, 2019). Samotný rozhovor byl pak rozdělen do následujících tematických celků:

- demografie učitele
- vlastní zkušenost s PPP
- zkušenost třídního kolektivu
- spolupráce s aktéry mimo školu
- přístup školy k PPP

- role školy a učitele/učitelky v prevenci
- osobní stránka věci

Poslední etapa sběru dat se nesla v duchu doplňkového dotazování, neboť bylo využito anonymního online dotazníku, který kopíroval otázky polostrukturovaného rozhovoru. Tento dotazník obsahoval 25 otevřených otázek. Otevřené otázky poskytly respondentovi možnost se ohledně probírané tematiky otevřít a zachytit jeho věrný pohled na problematiku. A mně, jakožto tazateli, tento způsob dotazování přinesl další legitimní informace k vytvoření celistvého pohledu na poruchy příjmu potravy ve školním prostředí.

6.3. Sběr dat a jejich zobrazení

Sběr dat započal distribucí souboru čtyř otázek, na jejichž základě mi na sebe měli učitelé zanechat kontakt v případě, že byli svolní k realizaci rozhovoru. Tento soubor otázek byl distribuován online, do učitelských facebookových skupin, a následně emailem ředitelům náhodně vybraných základních a středních škol po celé republice. Tímto způsobem mi na sebe zanechalo kontakt sedm učitelů, přičemž na samotný rozhovor došlo s pěti z nich.

Čtyři z pěti rozhovorů probíhaly synchronní formou. Kvůli časovým i lidským faktorům se konaly prostřednictvím aplikace MS Teams a ZOOM. Po výslovném souhlasu všech zúčastněných byly tyto rozhovory nahrávány v rámci zmíněných platforem, které umožňují opakované přehrání záznamu. Jeden z rozhovorů probíhal formou asynchronní, což znamená, že dotazovanému byly zaslány otázky skrze email, a ten je po zodpovězení poslal zpět. V rámci asynchronního rozhovoru tak proběhla výměna několika emailů, ve kterých dotazovaný upřesňoval či rozváděl otázky, které mně, jakožto tazateli, přišly důležité či zajímavé. Celkem bylo tedy zaznamenáno pět rozhovorů v elektronické podobě. Rozhovory byly realizovány v rozmezí září až prosince 2022 a trvaly v průměru 40 až 60 minut.

Nahrávky byly následně pomocí doslovné transkripce přepsány do textové podoby. Ač je transkripce velmi časově náročnou činností, sám Hendl (2005) tvrdí, že pro podrobné vyhodnocení dat je nezbytná.

Poslední etapou ve sběru dat byla distribuce anonymního dotazníku o 25 otevřených otázkách, který kopíroval otázky polostrukturovaného rozhovoru. Stejně jako první soubor dotazování, i tento dotazník byl distribuován do facebookových učitelských skupin, ale již nebyl posílán ředitelům základních a středních škol. Ač je jasné, že dotazník není standardní metodou sběru dat v rámci kvalitativního výzkumu, umožnil mi získat jedenáct respondentů,

jejichž odpovědi mi byly přínosem pro vytvoření holistického pohledu na celou problematiku a taktéž k nacházení podobností či odlišností ve zkušenostech učitelů v rámci PPP ve školním prostředí. Informace získané v rámci tohoto dotazování tak byly využity z větší části jako doplňující informace učitelů z rozhovorů, které pak nepochybně tvoří páteř celého výzkumu.

6.4. Výběr a popis výzkumného vzorku

Výběr vzorku byl postaven na tzv. účelovém výběru, který se využívá zejména ve výzkumech, v nichž je „předmětem výzkumu nějaký jasně vymezený jev či fenomén v nějaké jasně vymezené skupině aktérů či lokalitě“ (Novotná & Špaček & Šťovíčková, 2019, s. 294). Hlavním kritériem pro tento výzkum tak byl fakt, že daný respondent musí být učitelem, který se ve své praxi setkal či setkává s dítětem, které trpělo či trpí poruchou příjmu potravy a více se v této problematice angažuje. Výběr respondentů je záměrně zvolen tak, aby reprezentoval daný problém, nikoliv populaci (Kocman, 2011).

Na základě výše zmíněného byl vytvořen heterogenní vzorek o 16 lidech, do něhož byli aktéři zařazeni pouze na základě svého vztahu ke zkoumané problematice, tzn. jsou to učitelé se zkušeností s PPP u dětí. Na žádné další charakteristiky při formulaci kritérií nebyl brán ohled (Novotná & Špaček & Šťovíčková, 2019). V následující tabulce jsou uvedeny základní informace o pěti učitelích, se kterými byly vedeny rozhovory jak synchronní, tak asynchronní formou a čtyřech, kteří se v rámci dotazníkového šetření byli schopni ponořit do hloubky zkoumaného problému. Zbytek odpovědí od respondentů, kteří se nebyli schopni více rozepsat, což je běžný limit dotazníku, bude mít spíše doplňkový charakter. Respondenti budou v rámci anonymizace uváděni pod smyšlenými jmény.

Jméno učitele	Délka praxe	Vyučované předměty	Typ školy
Jindřich	4 roky	MAT, IT, technologie, strojírenská technologie	SŠ
Denis	2 roky	informatika	ZŠ
Saša	2 roky	OV, VV, FR	ZŠ

Sylva	14 let	ČJ, mediální výchova	ZŠ
Vašek	32 let	biologie, TV	gymnázium (ZŠ i SŠ)
Andrea	27 let	AJ, ekonomika	SŠ
Linda	12 let	speciální pedagogika	SŠ
Beata	5 let	TV	SŠ
Nina	15 let	MAT, AJ, ŠJ	SŠ

6.5. Etika výzkumu

V rámci ochrany jednotlivých respondentů byla provedena anonymizace citlivých a osobních údajů, které by mohly vést identifikaci. Pro otevřený sociálněvědní výzkum je klíčové informovat potenciální respondenty o jeho hlavním tématu a způsobu provedení. Dále je nutné dát potenciálním respondentům možnost vyjádřit souhlas či nesouhlas s účastí na výzkumu, zjednodušeně řečeno, získat jejich informovaný souhlas (Novotná & Špaček & Šťovičková, 2019).

Pro získání souhlasu s rozhovory byla využita metoda písemného souhlasu. Prvně byly respondentům rozeslány písemné souhlasy v elektronické podobě, které informovaly o tématu, cíli a metodě výzkumu. Dále také podávaly informace o uchování osobních a citlivých údajů a klauzuli o odmítnutí účasti na výzkumu či možném odstoupení kdykoliv během jeho realizace. Po jejich elektronickém podepsání pak došlo k uskutečnění rozhovorů. V rámci dotazníků pak nebylo nutné vytvářet informovaný souhlas, neboť byly anonymní. Vzor písemného souhlasu je přiložen v příloze této práce.

6.6. Limity výzkumu

Výběr kvalitativního výzkumu má svá omezení. Tím největším je fakt, že jeho výsledky nelze generalizovat. V podstatě jde o získání velkého množství informací o malém počtu dotazovaných. Ač bylo využito v kombinaci s doplňkovým typem sběru dat, vzorek respondentů nebyl natolik obsáhlý, aby bylo možné výsledky aplikovat celoplošně.

V návaznosti na to je pak patrná limitace v rámci dotazníku, ve kterém se respondenti ve většině případů neotevřou tolik, jako by se otevřeli během rozhovoru. Zároveň při volbě této metody tazatel ztrácí možnost doptávat se na odpovědi, které ho zaujaly či mu přišly důležité.

V neposlední řadě bych upozornila na skutečnost, že mnou zjištěné informace reflektují problematiku PPP pouze v momentě sběru dat čili je pravděpodobné, že se další zkušenosti pedagogů s těmito nemocemi a jejich schopnost se v tomto fenoménu angažovat, bude v budoucnu vyvíjet přímo úměrně s tím, jak se bude o PPP ve školním prostředí hovořit.

Jako poslední limit bych zmínila možné zkreslování informací na základě výzkumných stimulů. Ať už si to tazatelé uvědomují či ne, sami mohou jak pozitivně, tak negativně ovlivňovat účastníky výzkumu. Takovým zkreslením může být například výběr rolí, kdy respondenti modifikují své chování a odpovědi ve snaze prezentovat se v lepším světle (Tošnarová, 2020).

7. Analytická část

V rámci analytické části budou analyzována data získaná z polostrukturovaných rozhovorů a dotazníků. Data budou prezentována v rámci sedmi tematických celků a podložena výpověďmi respondentů, jejichž jména byla anonymizována. Dílčí témata, ke kterým se dotazovaní vyjadřovali jsou následující:

- **vlastní zkušenost** – učitelé se vyjadřují k tomu, jaká je jejich zkušenost s PPP u žáků, co bylo prvotním podnětem, který vyburcoval k interakci s žákem, jak prvotní interakce probíhala a jak došlo k řešení celého problému
- **zkušenost třídního kolektivu** – tato kapitola popisuje jak, a jestli vůbec, byl do řešení problému s PPP zahrnut kolektiv, jak ovlivnil výskyt PPP třídní dynamiku a zda byl postoj spolužáku podporující, či nikoliv
- **spolupráce aktérů** – tato kapitola pojednává nejen o spolupráci rodičů a školy, ale také o spolupráci mezi jednotlivými pedagogy, ředitelem, školním psychologem a metodikem prevence
- **přístup školy k PPP** – učitelé se vyjadřují k tomu, zda je problematika PPP zakotvena v ŠVP jejich škol, jestli se na jejich školách realizuje v rámci těchto onemocnění prevence a zda se něco změnilo v případě, že se zde toto onemocnění vyskytlo
- **role školy a učitele v prevenci** – tato kapitola se zabývá tím, zda pedagog plní a má plnit úlohu primární prevence a které osoby by ji měly případně provádět
- **rozvoj prevence a její možnosti, závěrečné zhodnocení** – tato kapitola mapuje skutečnost, jak jsou učitelé spokojeni se svou intervencí a zda mají pocit, že jejich pomoc byla efektivní, dále se zabývá otázkou, zda jsou učitelé schopni včasné intervence a zda by ocenili semináře či další vzdělávání na poli poruch příjmu potravy
- **osobní zainteresovanost** – tato kapitola pojednává o citové angažovanosti do případu, potenciálním vytvoření si lepšího vztahu s žákem, se kterým problém ohledně PPP řešili, vybudování si větší senzitivity ke vnímání příznaků PPP a odhalení názoru na to, zda by takové problémy měl učitel vůbec řešit

7.1. Vlastní zkušenost

Vlastní zkušenosti pedagogů jsou alfou a omegou této práce. Tato kapitola tedy hovoří o tom, jaké projevy nemoci předcházely tomu, aby učitel přešel od pouhého pozorování k intervenci a následnému aktivnímu řešení.

Denis

Denis působí jako pedagog teprve dva roky, nicméně jeho zkušenosti s dětmi sahají mnohem dále, neboť dlouhá léta pracoval se sociálně ohroženou mládeží a zároveň působil v domově dětí a mládeže, ze kterého si odnesl specifické zkušenosti, které využívá i ve své učitelské praxi *„Já si občas všímám právě některých maličkostí, protože mi to pomáhá třeba tu hodinu uzpůsobit individuálně, to jsou ty zkušenosti z DDM, kde jsem měl menší skupinky, a tak právě jsem se to učivo snažil individuálně přizpůsobit, aby to dotyčný chápal a bylo to víc na míru. Tak jsem se snažil podobně přenést ty principy i do školy“*. Tyto principy však neaplikuje pouze na poli učiva a učení samotného, ale snaží se vnímat drobné rozdíly v chování žáků, protože jeho zkušenosti říkají, že i nepatrné nuance mohou značit více či méně závažné problémy.

Ač je typická nechuť k jídlu často až sekundárním důsledkem dlouhodobého odmítání potravy, byl to jeden z prvních příznaků, kterého si Denis všiml *„Například jsem si všiml takhle u jedny holčiny, že s sebou vlastně nikdy nemá svačinu“*. Následovala výrazná změna osobnostní vybavenosti dívky *„měla takovou tu výrazně agresivnější verzi, člověk by si asi řekl puberťačka, ale zrovna v tom věku to bylo až moc výrazný, taková zkrátka výrazně drzejší, prostě jako každej byl nepřítel“*. Denis sám uznává, že v rámci změn chování žáků je velmi vnímavý a často si tyto změny dokonce zapisuje do deníku. Proto se snažil zjistit, co tyto odlišnosti v chování může způsobovat, a tak v rámci hodiny, jejíž hlavním tématem byly sociální sítě, zabrousil také do problematiky PPP, na což dívka reagovala *„po hodině pak sama přišla a vlastně si se mnou pohovořila“*. Zde je tedy patrná snaha samotné dívky problém tematizovat, potažmo řešit. Odlišnost jejího chování tak nemusela být příznakem, nýbrž snahou na sebe upozornit a potřebou nechat si pomoci. Společně pak došli k tomu, že spouštěčem byla poznámka spolužáka, který se negativně vyjadřoval k dívčiné postavě *„tak se mi přiznala, že to bylo kvůli nějaký blbý poznámce, co ji nějaký klučina řekl, i když to samozřejmě nemusel myslet vážně. Je to jako brouk v hlavě, co se usadí“*.

Co se týká samotného řešení, Denis si byl vědom, že není v pozici, aby tento druh problému mohl řešit sám a postoupil jej tedy řediteli, školnímu psychologovi a metodikovi prevence *„co jsme mohli udělat, bylo vlastně kontaktovat pracovníky ve škole, konkrétně ty, kteří to mají na*

starost a pak postupně upozornit rodiče“. Řešením, na kterém se pak všichni aktéři dohodli, byla doporučení návštěvy psychologa a pedagogicko-psychologické poradny.

Jindřich

První věc, která Jindřicha na dívce upoutala, byla výrazná změna zjevu, sám to popisuje jako hubnutí *„které nebralo konce“*. V rámci hodiny, ve které měli žáci prezentovat své vysněné povolání pak tato dívka vyzdvihovala modeling jako ideální koníček a profesi. V návaznosti na to byla před zbytkem třídy tázána na její životosprávu, to Jindřich zdůvodňuje následovně: *„Stranou jsem si slečnu nebral, to u holek nedělám, protože v dnešní době stačí říct : "vám to holky sluší" a někdo to otočí jako sexuální podtext“*. Dále se Jindřich pokoušel na dívku působit ne výchovným apelem, ale byla patrná snaha o to, aby sama dívka začala přemýšlet, zda modeling nemá také negativní stránky *„nikdy jsem nechtěl působit ve smyslu přímé rady. Vždy ve smyslu: " zvažte vaši situaci, příčiny a důsledky. Chcete a jste modelka, co vše pro to jste ochotna obětovat?“*.

K řešení jako takovému však nedošlo, dívka si problém s PPP nikdy nepřipustila *„Slečna mi také po celou dobu mé podezření z PPP vyvracela, že to je vše v pořádku, jen je to součást práce v modelingu“*. Jak je zmíněno v teoretické části práce, pedagog nemůže přejímat zodpovědnost za nemocného a často je prvním krokem k uzdravení akceptace toho, že je problém přítomen. V závěru roku Jindřich popisuje vzhled žákyně následovně: *„na konci roku byla jak z koncentráku“*. Dívka nakonec školu opustila.

Sylva

Sylva, jakožto učitelka, která má pedagogickou zkušenost přes 14 let, zažila případů PPP u žáků více. Za nejzásadnější však považuje dva z nich, přičemž je jeden v aktuálním řešení. V prvním případě Sylva zmiňuje, že slečna spíše volala o pomoc *„vyloženě mi přišlo že chtěla, aby to někdo věděl, takže se snažila to nějakým způsobem nenápadně naznačit“*. Mezi takové náznaky patřily zmínky o hladu, intenzivním cvičení a celkové nevolnosti. V druhém, aktuálním případě, se žákyně vrátila po prázdninách výrazně hubenější, čehož si všimli jako spolužáci, tak učitelé. V návaznosti na to pak za Sylvou přišla samotná spolužačka nemocné s tím, že si myslí, že je kamarádka nemocná, protože na jejich společném chatu měla zvláštní poznámky *„napsala něco jako co se jim úplně nezdálo, že byla o prázdninách nemocná a že se úplně bála jíst, protože se nemohla hýbat a spálit to“*.

K interakci v rámci prvního případu došlo v soukromí kabinetu, kam si Sylva žákyni vzala a přiznala ji, že sama měla s PPP dříve problém *„tak jsem jí řekla ten svůj příběh a zeptala jsem*

si jí, jestli jako nepotřebuje pomoct nebo jestli třeba nemá takový stejný zkušenosti a začaly jsme se bavit o jejich zkušenostech“. Sylva často využívá k navázání důvěrnějšího vztahu s žáky sdílení osobních zkušeností. Podobně tomu je i u aktuálního případu, kdy se snažila si s dívkou promluvit cestou na školní akci *„tak jsem to zkusila cestou a ptala jsem se jí kolik váží a že já jsem v devítce vážila 48 kg a že jsem neměla menstruaci a ona říkala, že už teda taky nemá menstruaci“.* Nicméně podobně jako u případu Jindřicha si ani tato dívka svůj problém zatím nepřiznala a trvá na tom, že se pouze snaží stravovat zdravě.

V rámci řešení prvního případu se Sylvě podařilo sehnat kontakt na Tensing, což je v podstatě církevní organizace, ve které se pohybuje spousta mladých lidí. Přínos této skupiny pro dívku Sylva vidí zejména v tom, že ji poskytne konformitu, kterou potřebuje *„ona víceméně potřebovala nějakou skupinu lidí, kteří ji přijmou takovou, jaká je“.* Následně dívka začala navštěvovat psychologa a psychiatra. U poruch příjmu potravy je často patrná polarita – nemoc může oscilovat mezi anorexií, bulimií i záchvatovitým přejídáním, které se v závěru vyskytlo i u této slečny *„ted’ byla vlastně i v lázních na odtučňovací kúře, protože se to u ní vlastně přehouplo v nadměrné přejídání. Takže ted’ tohle absolvovala a asi měsíc zpátky se vrátila z těch lázní kde byla, aby trošku pohubla.“.*

Vašek

Vašek mimo práci pedagoga zastává také pozici metodika prevence, tudíž se do kontaktu s handicapem různého druhu dostává častěji než většina učitelů. Výjimkou nejsou ani poruchy příjmu potravy. Vzhledem k tomu, že Vaškovou aprobací je mimo jiné také tělocvik, dokáže velmi rychle rozpoznat, zda má dítě nějaký fyzický problém *„tím, že učím tělocvik, tak si často všimnu změny pohybu těch lidí. Ti lidi se zahalují, mají dlouhé rukávy, stydí se za to, že jsou hubený, nemají energii na běžný pohyb.“.* Nejkřiklavější případ, který si Vašek v návaznosti na řešení PPP vybavuje, identifikoval právě díky změně chování dívky v rámci tělesné výchovy *„ta holčina najednou, ač to dřív nedělala, se začala v TV oblíkat do dlouhého a měla strašně málo energie“.* Vzhledem k tomu, že se jednalo o žákyni jeho třídy, začal se více soustředit na to, jak se dívka chová mimo hodiny tělocviku a všiml si výrazných změn v rámci jejich stravovacích i sociálních návyků *„když ostatní svačili, ona byla pryč, obecně byla často pryč ze třídy“.*

Obdobně jako Sylva si také Vašek vzal dívku stranou a konfrontoval ji s jeho podezřením na PPP, přičemž dívka toto podezření nerozporovala. Vašek několikrát důrazně zmiňuje, že respektuje své kompetence čili se v řešení případu angažoval pouze jako prostředník, který

kontaktoval zákonné zástupce a následně odborná pracoviště. Nebylo tomu jinak ani v rámci toho případu, kdy byla kontaktována babička a dívka nakonec skončila na specializovaném oddělení v nemocnici. Po léčbě úspěšně dokončila ročník a dále i celou střední školu.

Andrea

Zkušenost Andrey je v rámci všech případů zmíněných v této práci odlišná tím, že nemocným žákem byl chlapec. První příznak Andrea popisuje následovně: „*chlapec velmi rychle zhubnul za krátký časový úsek*“. Následně jej tedy poprosila, zda by se mohl po vyučování zdrzet, načež mu představila, co jsou poruchy příjmu potravy, jaké jsou jejich příznaky a chlapec se v nich dle jejích slov poznal. Zevrubné informace o PPP Andrea čerpala zejména z osobních zkušeností, neboť sama přiznává, že její dcera tímto spektrem nemocí trpěla.

Andrea samotné řešení stavěla hlavně na komunikaci s nemocným chlapcem a jeho blízkým okolím, zejména přítelkyní, která na škole studovala také „*mluvila jsem s ním ještě několikrát, půjčila jsem mu knihu o PPP, mluvila jsem také s jeho přítelkyní, které chodila o ročník níž, domluvily se na spolupráci a kontrole toho, kolik toho chlapec sní*“.

Shrnutí:

Z výše uvedených výpovědí je patrné, že pedagogy často jako první zaujaly výrazné fyzické i osobnostní změny jedince. Beata hovoří o „*hubnutí, změně nálady a elánu, izolování od ostatních studentů*“, Nina pak přidává, že si všimla především „*výrazného hubnutí, změny v oblékání a kvalitě pleti v jednom případě, v druhém se žákyně neustále kriticky vyjadřovala ke svému (štíhlému) tělu*“. Obecně lze říci, že pedagogy upoutalo především výrazné hubnutí, kritické poznámky, změna stylu oblékání. S tím šly obvykle ruku v ruce i odlišnosti v osobnostní vybavenosti – sociální izolace, agresivita, celková změna elánu a chování. Obecně lze říct, že všichni dotazovaní učitelé, kteří zaznamenali nějaký výše zmíněný problém, začali konat. V samotném konání se pak pedagogové lišili. Jedni se pokoušeli dítěti pomoci sami či ve spolupráci s odborníky – metodiky prevence či školními psychology. Druzí fungovali spíše jako prostředníci, kteří tyto jedince odkazovali na odbornou pomoc a třetí se k řešení v podstatě nedostali, neboť nikdy nedošlo u daného žáka k akceptaci možného problému s PPP.

Výrazný je zde také fakt, že pedagožky, které měly osobní zkušenost s poruchami příjmu potravy, se snažily s žáky, u kterých vyvstalo podezření na PPP, jednat na osobní úrovni. Takového chování si můžeme všimnout typicky u Sylvie, která se nebála s žákyní sdílet vlastní zkušenost s PPP, snažila se využít svých známostí, aby zajistila kontakt na organizaci, o které

si myslela, že může dívce pomoci. Dále pak u Andrey, která tuto nemoc zažila u své dcery, a tak se snažila s chlapcem problematiku PPP zevrubně probírat, ukazovat mu příznaky, možné důsledky, přesvědčit ho o tom, že se jedná o opravdovou nemoc a není se za co stydět.

Jistou kauzální podobnost můžeme vidět v příběhu Denise a Sylvy, kdy oba reflektují změny v chování svých žáků velmi citlivým způsobem. Nepochází zde ke zlehčování výrazných změn v chování a ono „volání o pomoc“ je těmito pedagogy zachyceno a následně vyslyšeno.

Větší odchylku od výše zmíněných příběhů pak tvoří zkušenost Jindřicha, který se jako jediný snažil zavést téma na možné poruchy příjmu potravy u dívky před celou třídou.

V obecnosti lze říci, že u žádného z dotazovaných pedagogů nedošlo k bagatelizaci problému spojeného s poruchami příjmu potravy a všechny případy byly řešeny v rámci učitelova nejlepšího vědomí a svědomí.

7.2. Zkušenost třídního kolektivu

Tato kapitola se zaměřuje na zkušenost kolektivu, ve kterém se vyskytl problém s poruchami příjmu potravy. Následující učitelé se vyjádřili k tomu, zda o tom třída věděla, jestli byla zahrnuta do řešení, jak se chovali jednotlivci k nemocnému či jak přítomnost nemoci ovlivnila učitele v rámci výuky.

Sylva

Sylva v rámci řešení oslovila dvě spolužačky nemocné, které jí byly blízké. Informovala je o tom, jaká je situace a domluvily se, že na nemocnou budou dohlížet. Mluví však o paradoxu. Dívka, která problémem trpěla patřila ve třídě k podprůměrným žákům od samého začátku. Kamarádka, kterou Sylva oslovila, však patřila k těm v rámci třídy nadprůměrným. Sylva to komentuje následovně: „*ony sice byly kamarádky, ale spíše si myslím, že to bylo že ta druhá, ta Aneta, se o tu Jitku tak jako starala*“. Aneta se pak stala v tomto aspektu velmi aktivní. Snažila se Jitce pomáhat, kontrolovala, zda jí, snažila se ji vtáhnout do kolektivu. Sylva si myslí, že v rámci třídy to věděly pouze tyto dvě kamarádky a zbytek to nijak zvlášť neřešil. Co se týká chlapecké části, uvádí Sylva následující „*kluci si myslím, že si o ní řekli, že je jako trošku zvláštní, že třeba chce být zajímavá*“. Dále však přiznává, že třída obecně neměla dobrý kolektiv „*měli tam asi dost problémů mezi sebou, úplně ty vztahy mezi dětmi nebyly nejlepší*“.

V druhém, aktuálním případě, si toho kolektiv, zejména dívky, všimly samy. Neboť jak bylo zmíněno v kapitole 7.1, dívka se vrátila po prázdninách do školy výrazně hubenější, což její spolužačky byly, do jisté míry, schopny reflektovat. Sylva uvádí: „*ty holčiny si všimly samy,*

takže tam to nějakým způsobem řeší i samy“. Jedná se však o třídu, které se často měnili třídní učitelé čili sama Sylva přiznává, že to mělo vliv na dynamiku třídy, a i na to, jak se tam děti k problémům staví *„ta třída je strašlivě semklá a drží hodně při sobě“.* Na základě toho Sylva předpovídá další vývoj s ohledem na nemocnou dívku: *„tam si myslím, že to tu dynamiku ovlivní, když už to ty holky začaly řešit, tak si myslím, že za chvíli i ti kluci do toho nějakým způsobem vstoupí a budou se snažit pomoci“.*

Obecně lze říct, že děti v obou třídách měly spíše tendence pomáhat. Sylva to vysvětluje následovně: *„vedu je k tomu, aby uvědomili, že když někdo má nějaký problém a ostatní se mu budou smát, tak že se ty role mohou kdykoliv otočit“.*

Sylva přítomnost PPP reflektovala také v rámci výuky. V prvním případě to nebylo potřeba nijak markantně, neboť dívka byla jedničkářka a fungování v rámci školních povinností jí nedělalo problém. V druhém případě však svůj přístup přizpůsobila dívčíným zjevným potřebám *„Jitku jsem asi nechávala trochu stranou, aby to, co nechtěla dělat, tak se nemusela přemáhat“.*

Vašek

Vaškova třída o problému věděla od samého začátku. Sama dívka se tím, že trpí PPP nijak netajila a nebylo také tajemstvím, že musela podstoupit ambulantní léčbu v nemocnici. Pomoc kolektivu tak nespočívala v tom, že by se změnilы podmínky ve třídě, ale v tom, že ji navštívili v nemocnici. Vašek po konzultaci s lékařem domluvil schůzku pro celou třídu *„já jsem to nějak konzultoval s lékařem, jestli je to vhodné a on říkal, že ano, že se to hodí“.* Pro dívku to pak bylo překvapením *„byla viditelně potěšená, ale byla taky dost unavená“.* Vašek tento krok považoval za jakousi demonstraci soudržnosti, ukázkou toho, že nikdo v kolektivu na ni nenahlíží skrze prsty a je tam jasná validace jejího problému. Dívka podle všeho tento skrytý význam celé návštěvy velmi rychle pochopila *„chtěla být asi těm děčkám blíž, tak je začala objímat“.*

Důsledek tak relativně hladké akceptace toho, že je ve třídě někdo, kdo má výrazný zdravotní problém vidí Vašek v tom, že se snaží dlouhodobě integrovat handicapy různého druhu. Zdůrazňuje však: *„ta třída je schopná v sociálním zdraví akceptovat jen určitou úroveň těchto handicapů. Když je to přehnaný, tak si ty děti snaží udržet nějakou svou integritu a spíš revoltují“.* A protože tady úroveň přesažena nebyla, nemá strach, že by prostředí třídy nebylo podporující nebo se snad přehouplo v něco negativního.

Beata

Dle Beaty si spolužáci všimli, že dívka nějakým druhem PPP trpí a byli odhodláni ji pomoci. Sama si však byla vědoma, že není v pozici, aby je na toto téma mohla edukovat, a tak poprosila školní psycholožku, aby si s žáky promluvila „*naučily se co dělat a nedělat, jak se chovat v určitých situacích*“. Třídní dynamiku to však ovlivnilo, Beata zmiňuje: „*spolužáci se o dívku báli, všichni tam byli tak nějak víc nervózní*“.

Vzhledem k situaci nechtěla Beata dopustit, aby se dívka začala kolektivu stranit, a tak v rámci hodin začala zařazovat aktivity, které naopak podněcovaly skupinovou práci. Pokud však viděla, že je dívka unavená, snažila se hodinu celou přizpůsobit „*pokud jsem viděla, že je opravdu hodně unavená, místo gymnastiky celá třída dělala třeba jógu*“.

Denis

Jak bylo zmíněno v kapitole 7.1, spolužákova poznámka na dívčinu postavu byla přímým spouštěčem nemoci. Z toho je tedy patrné, že kolektiv může ovlivňovat jedince i v tomto směru. Ač Denis zmiňuje, že do řešení jako takového kolektiv zahrnut nebyl, byla realizována hodina, na které se probíraly zejména poruchy příjmu potravy, jak se chovat k nemocnému apod. To chlapce ovlivnilo natolik, že začal mnohem více uvažovat nad tím, jak se vyjadřuje vůči druhým lidem „*vždycky když nějak mluvil, tak si pak už dával pozor a vážil tu poznámku, kterou chtěl říct*“.

Denis však zmiňuje, že třída měla obecně špatně nastavené třídní klima „*na prvním stupni měli dost slabého třídního, který v podstatě to neuměl moc ukočírovat a pak vlastně na druhém stupni pak přišel covid*“.

V rámci výuky nedělal Denis žádné zvláštní výjimky, neboť nechtěl, aby to působilo jako zvýhodňování. Kládl však důraz na to, aby dívka věděla, že má nějaký „safe space“, místo a člověka, za kterým může přijít, když bude potřebovat „*bylo tak, že jsem se jí párkrát zeptal, jestli si náhodou nepotřebuje promluvit, poradit, něco si říct, byl jsem jí takový nápomocný*“.

Shrnutí:

V rámci odpovědí, které byly vybrány jako signifikantní, je patrné, že každý z pedagogů zvolil jinou strategii. Můžeme si však všimnout jistých podobností na straně Andrey a Sylvy, které ač neangažovaly do řešení celý kolektiv, vytipovaly si blízké osoby nemocných a snažily se problém řešit s jejich pomocí, Andrea zmiňuje: „*mluvila jsem také s jeho přítelkyní, které chodila o ročník níž, domluvily se na spolupráci a kontrole toho, kolik toho chlapec sní*“. Tato forma může být benefiční jak pro pedagoga, tak žáka samotného. Učitel se může dozvědět více

informací o potenciálních pokrocích či naopak pokračujících problémech skrze spolužáky, kteří s nemocným tráví více času nežli učitel. Zároveň žák může mít často větší důvěru ve vrstevníka a spolužáka než v učitele.

Další podobnost je patrná v jednání Vaška a Beaty, kteří se oba snažili kolektiv zapojit ne do aktivního řešení, ale do nějaké mentální podpory nemocného a zkrátka pozitivního nastavení dané třídy. Ať už to byla návštěva v nemocnici či osvojení si takových dovedností, které dětem usnadnily chování k nemocné spolužačce „*spolužáci si všimli chování žákyně a chtěli pomoci, takže s kolektivem pracovala opět psychologka, naučily se co dělat a nedělat, jak se chovat v určitých situacích*“. V tomto ohledu je obdobné také jednání Denise, který zorganizoval jakousi preventivní hodinu, v rámci které se probíraly poruchy příjmu potravy, způsoby jak s nemocným jednat, čemu se vyhýbat apod.

Důležité je také zmínit nastavení kolektivů jako takových. Sylva i Denis zmiňují fakt, že třídy, ve kterých bylo klima a dynamika špatná i před výskytem PPP, byly horší v reflektování jakýchkoliv problémů, nejen těch s poruchami příjmu potravy. V jednom případě byl takový kolektiv dokonce spouštěčem samotné nemoci. Je tedy patrné, že kolektiv a jeho klima má viditelný dopad na jedince v jeho struktuře.

V obecnosti lze říci, že pokud třída o problému věděla, reagovala buď neutrálně či se snažila pomoci. V rámci dalších odpovědí pedagogové zmiňují, že si často žáci problému ani nevšimli a pokud ano, tak vzniklou situaci nijak nekomentovali, Linda zmiňuje: „*děti vzniklou situaci dívky s PPP nijak nekomentovaly. Byly tolerantní, ač se nesnažily záměrně nějak pomáhat, nemocné dívce určitě neškodily*“.

Co se týká přizpůsobení výuky nemocným či nabídnutí jistých úlev, většina dotazovaných pedagogů volila cestu neměnné výukové strategie. V tom se liší přístup Sylvy a Beaty. Sylva se snažila v rámci výuky nastavit dívku do jí nekomfortních situací. Tento Sylvin přístup mohl být také do značné míry ovlivněn její osobní zkušeností s PPP. Beata se taktéž pokoušela přihlížet ke stavu nemocné dívky a přizpůsobovat jí aktivity například v rámci tělocviku.

7.3. Spolupráce aktérů

Tato kapitola se zabývá spoluprací pedagogů s rodiči, dalšími pedagogy, ale také se školním psychologem, metodikem prevence či výchovným poradcem. Dále mapuje, kolik lidí bylo zahrnuto do řešení případů s PPP a zda došlo ke spolupráci i s nepedagogickými pracovníky.

Saša

Sašina zkušenost je specifická, neboť než si stihla jakýchkoliv příznaků či změn v chování všimnout, byla kontaktována jedním z rodičů, že se dívka s poruchami příjmu potravy potýká *„maminka mi volala, že teda holčina na výlet pojede, ale nebude jíst, takže abychom to věděli“*. Přiznává, že jí maminka tímto krokem výrazně ulehčila práci, protože má zkušenosti s tím, že jsou poruchy příjmu potravy rodiči často bagatelizovány. Zároveň s tím však maminka přišla s žádostí, aby se tento problém v rámci školy netematizoval a neřešil *„přání těch rodičů hlavně bylo to nerozšiřovat dál po škole a nechat to vlastně být“*. Saša se domnívá, že vzhledem lokalitě, kde se škola nachází, rodiče nechtěli, aby se problém jejich dcery rozšířil i mimo školu *„všichni se znaj navzájem a myslím, že prostě nechtěli, aby se to propíralo a vědělo. Kdybychom třeba byli nějaká pražská škola tak se to asi bude řešit jinak, tam ta anonymita je větší než tady na malém městě“*. Na poli školy tak ani nemohlo dojít žádné mezi-pedagogické spolupráci či spolupráci se školním psychologem nebo metodikem prevence, neboť bylo výslovné přání zákonných zástupců, aby se tak nedělo. Jako pravděpodobný důvod tohoto chování Saša uvádí domněnku, že dívka byla v péči jiného psychologa a měla s rodiči nastavená jistá pravidla ohledně jídelních návyků *„Já jsem pochopila, že oni teda jsou v nějaké péči psychologa a že na něčem někde asi pracují, minimálně maminka o tom věděla a měli teda nastavený nějaký pravidla.“*

Na závěr pak dodává: *„mně teda tam připadá fakt důležitá ta spolupráce rodiny a školy a myslím si, že ta škola by to svým způsobem vědět měla, nemělo by to být úplně něco, co by si ti rodiče měli schovávat doma“*. To vysvětluje tím, že pokud se budou tyto problémy kumulovat a řešit pouze za zavřenými dveřmi domova, učitelé nebudou schopni přizpůsobit své chování vůči nemocným žákům *„kdyby ten pedagogický sbor byl prostě informovaněj, že tam tohle je, tak by byly na místě úlevy ne ve stylu nevyvolám tě a dám ti lepší známku, ale prostě že se o tom ví, že holka není unavená proto, že by byla dlouho vzhůru, ale že to je prostě spojený s touhle nemocí“*.

Vašek

Vzhledem k tomu, že je Vašek mimo pedagoga také metodikem prevence, angažuje se v řešení jakýchkoliv problémů více než řadoví učitelé. O problematice sdílení choulostivých informací tak hovoří obecněji než většina oslovených pedagogů. Říká, že nejen v rámci poruch příjmu potravy, ale ve většině handicapů musí kontaktovat ředitele a pedagogické pracovníky, aby mohli vytvořit vhodné prostředí pro nemocného *„aby třeba ředitel mohl správně reagovat,*

musíme do toho zasvětit i jeho, ostatní učitele pak zasvětime natolik, aby se vytvořilo to vhodné prostředí pro to, aby ten člověk tady mohl v klidu fungovat“. Zdůrazňuje však, že distribuce těchto často citlivých informací, je dělána vždy po informování nemocného. Škola tak může podmínky pro nemocného přizpůsobit, ale je nutné o tom pedagogy informovat.

Často ale pedagogy řeší otázku ztráty důvěry žáka, když je jeho problém ventilován mezi další pracovníky, ředitele či rodiče *„ztráta důvěry pak devaluje to úsilí a oni můžou ztratit motivaci na sobě pracovat“.* Takový případ zažil i Vašek, kdy dívka řešení svých problémů s jídlem podmiňovala mlčením právě z jeho strany. Protože dívce nebylo ani 15 let, bylo nutné zákonné zástupce kontaktovat *„tomu dítěti by se hlavně nemělo lhát, že se to rodiče nedozví.“* Vašek tedy kontaktoval zákonného zástupce, což byla v té době babička, neboť matka ani otec dívky o její výchovu neměli zájem. Dále se o problému dozvěděl ředitel a také se tematizoval na pedagogické radě, což Vašek komentuje následovně: *„radou to často projít musí, přece jen dochází k suplování apod“.*

Sylva

V rámci prvního případu Sylva rodiče nekontaktovala, neboť to bylo výslovné přání nemocné dívky. Přiznává však, že sama se sebou sváděla vnitřní boj *„neuměla jsem si úplně představit, že bych jako zradila důvěru toho dítěte, takže tam jsem se snažila to řešit sama“.* Jak sama uvádí, impulzem pro vybrání této cesty, byl také fakt, že dívka v té době procházela rozvodem rodičů a celková rodinná situace nebyla příznivá *„tu rodinu jsem do toho nechtěla jako tahat, takže jsem to řešila vlastně jen s mladší sestrou, aby ji jako hlídala doma“.*

V druhém případě pak došlo ke kontaktování maminky *„kontaktovala jsem maminku a zeptala se, jestli si všimla, že je nějaký problém, že to prostě vidíme, že i děti to vidí a jestli to teda vidí i ona a jestli s tím něco dělá“.* Maminka potvrdila, že o problémů ví a snaží se jej řešit. Jelikož pracovala jako zdravotní sestra, vzala dívku na odběry krve a provedli celkové vyšetření *„ona říkala, že klinicky je všechno v pořádku“.* Co se týká angažování školního psychologa či psychologa a psychiatra obecně, shodla se Sylva s maminkou na tom, že pokud nedojde k akceptaci problému samotnou dívkou, není vhodné tyto odborníky kontaktovat *„shodly na tom, že by se zatím ta dívčina mohla jako uzavřít a že zatím ještě nedozrál ten čas, tím, že ona si sama neuvědomuje ten problém“.*

Oba případy Sylva konzultovala s výchovnou poradkyní a pár kolegy, kteří si problému také všimli. Nešlo však o žádné záměrné probírání na pedagogické radě. Druhý případ pak řešila také s preventistkou *„pak máme ještě preventistku, která je taková starší paní a taková jako*

rázná, ale je zkušená a ví si rady s leccím“. V současné době sama Sylva působí na škole jako výchovná poradkyně.

Jindřich

Jindřich se ke spolupráci s rodiči vyjádřil následovně: *„s rodiči učitel normálně tyto otázky neřeší“.* Protože on sám nebyl dívčíným třídním učitel, postoupil tento problému právě mu a následně výchovnému poradci. Tomu však přecházela porada s jinými kolegy o tom, zda si také všimli, že by dívka mohla trpět PPP *„problém jsem řešil s kolegy, abych si potvrdil má pozorování a následně byl kontaktován výchovný poradce“.*

Denis

Denis říká, že jediné, co mohli v rámci řešení případu dělat, bylo kontaktovat takové školní pracovníky, kteří měli tuto problematiku na starost, to znamená školního psychologa a výchovného poradce. Následně byl osloven ředitel, který informoval rodiče dívky a doporučil návštěvu pedagogicko-psychologické poradny a psychologa *„aby prostě se zjistilo, do jaký míry to je a aby se jí s tím mohlo následně trochu pomoci“.*

Shrnutí:

Jistá podobnost je patrná v příbězích Vaška a Sylvy. Ač oba mají k této problematice odlišný přístup, který je u Vaška založen víceméně pragmaticky a u Sylvy spíše lidsky, spojuje je otázka ztráty důvěry. Oba jsou si vědomi toho, že zrazení důvěry může devalvovat motivaci dívek svůj problém řešit. Vašek však bere v potaz i právní úkony, které jsou mu v řešení věci často nadřazené. Zdůrazňuje však, že ač ke sdílení důvěrných informací může dojít, měl by o tom být žák plně informován a nemělo by se nic řešit za jeho zády, neboť to může navždy narušit vztah učitel – žák.

Další věc, která spojuje zkušenosti pedagogů, je otázka rodinného zázemí. Jak žákyně Vaška, tak žákyně Sylvy a Lindy se v době nemoci ocitly v nepříznivém rodinném prostředí, které mohlo mít nepochybně vliv jak na vznik, tak rozvoj samotné choroby. Studentka Vaška vyrůstala s babičkou, neboť rodiče se odmítli podílet na její výchově. Žačka Sylvy zrovna prožívala rozvod rodičů a odcizení dříve blízkého otce. Lindina studentka pak žila u dědečka, protože otec neměl zájem o její výchovu a matka žila s někým jiným *„otec nefungoval od nástupu dívky na učeliště a matka neměla zájem, dívka žila u dědečka“.*

Paralelu je možné vidět také u Saši a Sylvy. Zejména v tom, že maminky obou nemocných dívek o jejich problému věděly a byly již zapojeny do řešení, které však probíhalo nějakou dobu bez vědomí školy. Je tak otázkou, zda by měli rodiče tyto problémy hlásit hned, jakmile dojde k jejich záchytu, aby pedagogové a potažmo škola mohli přizpůsobit podmínky tak, aby byly vyhovující.

Zkušenost Saši se však liší od těch ostatních tím, že rodinní zástupci si vysloveně nepřáli informovat pedagogy a žáky o nemoci jejich dcery. Je možné že dívka ještě sama plně nepřijala fakt, že se u ní takový problém vyskytuje, což by rezonovalo také se situací slečny z příběhu Sylvy. Zároveň však Saša vyjadřuje podobný názor jako Vašek a to ten, že je vhodné pedagogy o problému informovat, aby mohli vytvořit vhodné podmínky pro nemocného.

Někteří učitelé však nekontaktovali rodiče vůbec. Sylva tak učinila proto, že nechtěla zradit důvěru, kterou do ní dívka vložila. Jindřich zřejmě nepovažoval kontaktování rodičů za stěžejní, a tak problém prvotně probral s kolegy a následně výchovným poradcem. Sám však zmiňuje, že se problematika PPP s rodiči moc neřeší, což příliš nekorresponduje s výše uvedenými výpověďmi. Andrea pak neinformovala rodiče proto, protože žákovi bylo již 18 let.

Obecně lze říci, že všichni pedagogové se ve výsledku poradili buď s výchovným poradcem, metodikem prevence či školním psychologem. Zároveň problém často konzultovali s jinými pedagogy. Většina z oslovených respondentů pak problém aktivně řešila také s rodiči nebo zákonnými zástupci.

7.4. Přístup školy k poruchám příjmu potravy

Tato kapitola mapuje fakt, zda jsou poruchy příjmu potravy zakotveny v ŠVP škol dotazovaných pedagogů a zda se v rámci fungování školy realizuje prevence těchto onemocnění. Dále učitelé odpovídají na to, zda se v prostředí školy po výskytu PPP něco změnilo.

Denis

Denis potvrzuje, že do jisté míry je problematika PPP do ŠVP jeho školy zahrnuta „*je tam návštěva nějakých těch center (Anabell) a vlastně nějaké programy, kdy to mají interaktivní a na celý den, plus si to pak rozvedou v hodinách*“. Nicméně tohle všechno probíhá až ve starších ročnících, konkrétně od sedmé třídy do deváté „*v osmičce se tyhle problémy řeší spolu s nějakýma sociálníma sítěma a v devítce zase to mají nějak obecně, v rámci hodiny*“. S tím

Denis příliš nesouhlasí „*mělo by to být v dnešní době, kdy jde ten internet dál, a i přístup k němu, trošku dřív*“.

Škola na vzniklou situaci ohledně nemocné dívky a obecně výskytu PPP reagovala jakousi obecnou osvětou a nabídkou vzdělávacího semináře. Tento seminář měl rozšiřovat povědomí pedagogů ohledně poruch příjmu potravy a předložit způsoby, jak další potenciální případy ve školním prostředí řešit. Nikdo z učitelů však této možnosti nevyužil. Zároveň Denis dodává, že si nevšiml, že by v rámci chování pedagogického sboru došlo k nějakým výrazným změnám „*podle toho co vnímám na těch chodbách nebo při výuce, tak žádná drastická nebo na první pohled viditelná změna nenastala*“.

Saša

Saša uvádí, že se u nich ve škole probírají poruchy příjmu potravy v rámci předmětu výchova ke zdraví „*kolegyně, která dělá výchovu ke zdraví, tak na tohle téma s téma dětma hodně mluví*“. V rámci těchto hodin jsou děti upozorňovány, že existují jisté anonymní organizace, jako je například Anabell, na které se v případě problému mohou obrátit „*upozorňujeme je, že existuje například centrum Anabell a že pokud jako cítí, že by k něčemu takovému mohli tihnout, tak že se můžou obrátit někam docela anonymně*“. Čili v tomto Saša vidí jakousi realizaci prevence ohledně problematiky PPP.

Neguje však, že by po výskytu PPP na škole došlo k nějakým výrazným změnám, které by zasáhly do výukových plánů či chování pedagogů.

Sylva

Sylva se vyjadřuje negativně k faktu, že by poruchy příjmu potravy byly součástí ŠVP jejich školy „*koukala jsem ještě speciálně na to, jestli jsem to jenom někde nepřehlédla a nemáme tam nic*“. V rámci prevence se však PPP probírají v 7. třídě v přírodopise. Dále se pak v 6. a 8. realizují speciální hodiny, které „*suplují*“ *klasický tělocvik* „*my nemáme klasický tělocvik, ale v 6. a 8. třídě mámě předmět člověk a zdraví*“. V rámci těchto hodin pak jednou týdně probíhá teoretická hodina, ve které vyučující upozorňují na problémy spojené s PPP „*přímo to tam mají jako tematický celek*“. Dále každoročně pořádají přednášky na toto téma čili všechny ročníky si touto osvětou postupně projdou.

V rámci reakce na vzniklou situaci Sylva uvádí, že si nemyslí, že by na škole následně podnikly nějaké signifikantní změny nebo že by se něco výrazně změnilo.

Vašek

Poruchy příjmu potravy jsou v rámci ŠVP zakotveny v předmětech občanské výchovy, základu společenských věd a biologií čili žáci nějaké zevrubné informace o tomto fenoménu dostanou „školní vzdělávací plány některých předmětů mají v sobě integrovány i preventivní věci“. Vašek však zmiňuje: „pokud není třeba, tak žádné extra preventivní besedy nebo přednášky na toto téma organizovat nechci, protože máme akutnější věci, u kterých musíme řešit prevenci“. Dále však přiznává, že pokud by se případ se ve třídě objevil a nesl by s sebou třeba problémy v rámci kolektivu nebo nepochopení, zvážil by akutní intervenci „když bychom to uznali za vhodné a potřebné, tak bych tam udělal nějakou akutní intervenci typu, co a jak, samozřejmě po konzultaci s tím žákem nebo jeho rodiči či psychologem“. Jako další preventivní prvek pak uvádí Plán školní preventivní strategie, který se mimo jiné dotýká také poruch příjmu potravy, ale i jiných patologických fenoménů.

Co se týká změn ve škole po záchytu PPP, vyžaduje Vašek jakožto metodik prevence po učitelích, aby byli ostražitější k projevům nemoci a zároveň kontrolovali a sledovali chování nemocných v rámci třídy „my po nich i chceme, aby pak byli v rámci možností ostražitější vůči nějakým projevům, takže jim pak logicky musíme říct, co by tak měli sledovat“. Změnu pak lze sledovat zejména v tom, že se schopnost jednotlivých pedagogů rozpoznávat různé projevy nemoci zvyšuje „defacto jejich kompetence zachytávat ty projevy pak vzrostou“.

Shrnutí:

Na většině škol oslovených pedagogů jsou poruchy příjmu potravy alespoň okrajově zahrnuty v ŠVP, zejména pak v předmětech jako je občanská výchova, základy společenských věd či biologie. Některé školy tuto problematiku probírají v rámci výchovy ke zdraví. Během těchto hodin se žáci dozvídají o samotném fenoménu, důsledcích a mohou být také informováni o organizacích, které PPP aktivně řeší, viz případ Denise a Saši, jejichž školy odkazují žáky na organizaci Anabell. Výjimkou je zde škola Sylvy, která poruchy příjmu potravy do ŠVP zanesené nemá.

Prevence na většině škol dotazovaných probíhá v rámci vyučovacích hodin, některé školy však přistupují k realizaci specializovaných seminářů či přednášek, viz. zkušenost Saši, Sylvy, Denise či Beaty „o PPP se baví v ZSV, občas jsou realizovány preventivní semináře“. Zkušenost Denise je však specifická tím, že jeho škola jako jediná nabídla tento typ semináře nejen dětem, ale také pedagogům. Taktéž u Vaška jeho škola tvoří jakousi výjimku, neboť jak sám uvádí, prevenci PPP nijak záměrně nerealizuje, neboť vnímá palčivější problémy ve

školním prostředí, než jaké jsou poruchy příjmu potravy. Žádná prevence nebyla realizována ani na škole Lindy do té doby, než se objevil první případ PPP „*po výskytu PPP došlo ve škole k většímu pochopení, větší informovanosti žáků ohledně těchto poruch a nacházení možností podpory pro žáky trpící PPP*“.

Otázka, která vyvstává zejména po analýze příběhů Sylvy a Denise je ta, zda není pozdě realizovat prevenci až na druhém stupni základních škol, neboť celkový společenský i technický pokrok si s sebou nesou riziko rozvoje nemoci již v mladším školním věku. Není tak překvapením, že problém PPP byl popsán již na dětech od 10 let. Ve skutečnosti došlo mezi lety 2011 až 2017 k největšímu nárůstu hospitalizací dětí ve věku od 10 do 15 let (1.lékařská fakulta UK, 2018).

Po výskytu PPP na školách ve většině případů nedošlo k žádným výrazným změnám v rámci výukových plánů či přístupu učitelů. Výjimku však tvoří příběh Vaška a Lindy. Vašek si myslí, že zkušenosti s PPP vedly a vedou učitele k větší senzitivitě záchytu těchto nemocí. U Lindy pak došlo k realizaci prevence, která dříve nebyla přítomna.

V obecnosti lze říci, že ač nejsou poruchy příjmu potravy nutně zahrnuty ve školních vzdělávacích plánech daných škol, neznamená to, že by na školách neprobíhala prevence těchto nemocí. Ve výsledku se prevence v různé míře objevila na všech školách dotazovaných respondentů.

7.5. Role školy a učitele v prevenci poruch příjmu potravy

Tato kapitola shrnuje osobní názory na to, zda jsou pedagogové povinni a schopni plnit úlohu primární prevence a pokud ne, kdo by ji měl vykonávat.

Denis

Na otázku, zda má učitel plnit úlohu primární prevence odpovídá Denis kladně. Zdůrazňuje fakt, že škola není pouze institucí ke vzdělávání, ale také k výchově a socializaci dětí. Je však podstatné, aby všechny složky, které významným způsobem ovlivňují vývoj a výchovu dítěte, spolupracovaly „*má fungovat spolupráce školy, rodiny a vlastně celkově toho systému, takže by měla probíhat ta osvěta, ta primární prevence a různé programy*“.

Nezanedbatelná je dle Denise také funkce rodičů. Pedagog je do jisté míry schopný provádět jakousi „*korekturu*“ jednání dítěte, nicméně je podle něj podstatné si uvědomit, že „*děti jsou zrcadla rodičů, takže když rodiče mají nějaký komplex, tak to přenáší na děti*“. Stejným

způsobem však na dítě může působit také učitel *„ať už si to uvědomuje nebo ne, ať už přímo nebo ne, záměrně nebo ne, prostě nějak na ty děti působí, ať už negativně nebo pozitivně“*.

Z toho plyne tvrzení, že schopnost učitelů naplňovat nějakou primární prevenci nespočívá pouze v realizaci seminářů či obecné osvětě, ale také v tom, jak se pedagog sám prezentuje.

Saša

Podle Saši je z její pozice učitelky důležité děti informovat o tom, že něco jako poruchy příjmu potravy existuje a má negativní konotace. Nicméně má za to, že tam to v rámci základního vzdělávání končí *„ty děti jako ví, že je to špatně a prostě je asi lepší jim říct, že existuje ještě nějaká možnost, kam se obrátit“*. Z toho vyplývá, že je podle Saši žádoucí dětem představit varianty řešení těchto problémů, představit organizace a lidi, na které by se mohly v případě potřeby obrátit. V tom vidí větší přínos než v teoretické přednášce na téma poruch příjmu potravy. Saša tyto preventivní programy vnímá jako pojednání na základě kterého se děti utvrdí v tom, že poruchy příjmu potravy jsou legitimní problém s nějakými špatnými důsledky. Nedojde však k tomu, aby je to vyloženě odradilo *„děti to ukotví v tom, že je to teda jako problém, i když se to teda jako říká a ví se to, tak že si jim teda znovu řekne, že jo není to správný a může tě to nějakým způsobem poškodit, ale nemyslím si, že by je to nějakým způsobem odradilo“*.

Sylva

Sylva si stojí za tím, že by pedagog úlohu primární prevence plnit měl a spousta z nich to také dělá. Nicméně učitelé jsou také jenom lidi, a tak nelze předpokládat, že se každý bude chovat schematicky *„je tam spousta těch, kteří do té práce přijdou a berou to jako práci, odříkají tam tu svou látku a odejdou a dál je to jako nezajímá“*. Sylva však zmiňuje, že u nich na škole převažuje ta většina pedagogů, kteří mají na studentech větší zájem, než je ten je edukovat. Zároveň dodává, že se takové chování dá očekávat zejména od těch, kteří mají své dítě nebo si PPP sami prošli.

Vašek

Vašek si myslí, že většina pedagogů primární prevenci vykonává, nicméně zdůrazňuje fakt, že je nutné na kantora stále nahlížet jako na lidskou bytost, nikoliv jako na stroj *„pořád je kantor jenom člověk, někteří jsou tady hodně dlouho a už je to na nich vidět“*. Vidí tedy souvislost mezi délkou vykonávané profese a motivací dělat něco nad rámec klasické výuky, ať už je to záměrné chování či zkrátka neschopnost si projevů nemoci všimnout *„ta vyhořelost může do*

jisté míry tyhle rozpoznávací a empatické schopnosti určitě zmenšit“. Dále zmiňuje skutečnost, že v dnešní době tematizace a realizace inkluze může být na pedagogy vyvíjen nepřiměřený tlak v rámci akceptace různých handicapů *„ten tlak na akceptování různých handicapů je často tak veliký, až nepřímo úměrný, že to může vést k nějaké rezistenci a možná i nespolupráci“*. Na konec uvádí: *„mě osobně vlastně nabudí to, že někdo potřebuje pomoci, ale ne každý to tak má“*.

Shrnutí:

Výše zmínění pedagogové se shodují v tom, že učitel uskutečňuje a měl by uskutečňovat primární prevenci. Nicméně ve způsobu, jak jí realizovat, se názory liší. Denis i Saša vidí přínos preventivních programů, nicméně Saša jej vnímá zejména v tom, že pokud dítě již nějaký problém má, mohou mu představit organizace, kde mu pomohou. Což vznáší otázku, zda se pak jedná stále o preventivní opatření. Denis zase zdůrazňuje mimo pedagoga také roli rodiče, který se podílí na výchově dítěte podobně jako škola. Také v tomto směru zmiňuje chování samotného učitele, který do jisté míry může ovlivňovat žáka jak negativně, tak pozitivně.

Největší podobnost v pojetí primární prevence a prevence obecně je patrná u Sylvy a Vaška. Oba zmiňují, že učitel je jen člověk a na jeho motivaci řešit něco nad rámec jeho kompetencí má nepochybně vliv délka vykonávané profese. Nelze tak od každého učitele očekávat, že se bude chovat tak, jak je psáno v učebnicích, je potřeba brát v potaz právě onen lidský faktor.

Vašek pak zvláště začíná téma handicapů, které se v posledních letech snažíme intenzivně integrovat. To může vést k tomu, že se poruchy příjmu potravy dostávají do pozadí a jsou ze strany některých pedagogů bagatelizovány a opomíjeny, neboť může být na pedagogy vyvíjen tlak na akceptaci těch handicapů, které jsou na první pohled více viditelné.

Taktéž Beata a Linda souhlasí s tím, že by učitel měl být součástí primární prevence. Linda však uvádí, že by na tuto činnost neměl být pedagog sám *„do prevence by mělo být zahrnuto také ŠPP a třídní učitel, v případě odborných oborů učitelé odborného výcviku, kteří tráví s žáky hodně času“*. Z toho vyplývá, že primární prevenci by měli provádět takoví učitelé, kteří mají k žákům blíže.

Opozici k výše uvedenému pak tvoří názory Andrey, Niny a Jindřicha. Andrea má za to, že na primární prevenci by se měl podílet zejména školní psycholog, nikoliv učitel *„na prevenci by se měl angažovat psycholog, protože má na to správné kompetence“*. Nina sdílí obdobný názor *„pedagog neplní funkci primární prevence, prevenci by měl dělat pouze metodik prevence“*. Z těchto výpovědí lze soudit, že obě ženy považují za nezbytné, aby osoba, která prevenci vykonává, byla na tuto činnost specializovaná

Odpověď Jindřicha v jistých aspektech koresponduje s odpovědí Denise, ač nesdílí společný názor, že by měl pedagog plnit funkci primární prevence. Jindřich tvrdí, že se na prevenci musí účastnit více osob v rámci společnosti „*prevenci musí plnit především společnost, pedagog jedoucí vlak rukama nezastaví*“. Konkrétně pak zmiňuje hlavně rodiče a média. Stejně tak Denis bere rodičovský aspekt v potaz a považuje jej za nezbytný v rámci realizace prevence PPP.

7.6. Rozvoj prevence a závěrečné zhodnocení

V této kapitole se učitelé snaží reflektovat to, jak byla jejich pomoc efektivní a zda jsou pedagogové schopni včasné intervence. Dále pojednává o chuti učitelů k dalšímu vzdělávání na poli problematiky PPP.

Saša

Saša respektovala přání rodičů a dívčin problém nijak netematizovala. V tom paradoxně vidí svůj největší přínos a pomoc „*ve chvíli, kdy se to prostě neřekne nahlas, tak oni to ty děti vlastně nemají potvrzený, a myslím si, že třeba v tu chvíli jí může pomoci to, že se to právě neříká*“. To, že se z dívky nedělá oběť nebo negativní postava, může mít pozitivní vliv na dívčinu následnou léčbu. Saša vnímá, že se v čase mění pohled na lidi, kteří trpí PPP „*dřív se tyhle holky braly jako hrdinky, že to jako dokázaly a dnes jsou častokrát vnímány tou třídou, že jsou jako blbý, že tomu podlehly*“. V závěru to shrnuje následovně: „*takže si myslím, že jí nejvíc pomáhá to, že se to nebude propírat a že se prostě neoznačí – hele a koukejme na ní*“.

Sylva

Sylva si je jistá, že její pomoc byla efektivní, neboť tuto zpětnou vazbu dostala od dívky samotné. Zdůrazňuje, že na základě řešení jejího problému s žákyní navázala důvěrný vztah a ta se jí následně svěřila „*ona se pak na mě obracela s různými věcmi a pak mi řekla, že opravdu neměla daleko do toho něco si udělat*“. Dívka tak v Sylvě našla někoho, na koho se mohla ve dne v noci obrátit a někoho, ke komu cítila důvěru. Ač sama Sylva přiznává, že nedokáže odhadnout, do jaké míry by byl takový čin demonstrativní, je ráda, že k ničemu takovému nedošlo. Ze způsobu, jakým dívka o Sylvě mluví, je zřejmé, že navázaly velmi blízký vztah, který přetrvával i po vyléčení onemocnění „*ona mě vlastně nazývá i takovým svým andělem*“.

Co se týká učitelů a jejich schopnosti včasné intervence, stojí si Sylva za tím, že pokud daný pedagog chce, je brzkého zásahu schopen. Tento její pohled je ovlivněn osobními zkušenostmi *„když si třeba vezmu zpětně, jak jsem vypadala já v té devítce, jak moc jsem zhubla a vidět to bylo, protože jsem začala nosit to uplé oblečení, tak asi ne vždycky ti učitelé pomoci chtějí, protože ta moje učitelka ze ZŠ evidentně nechtěla“*. Tato problematika koreluje s výše uvedenou kapitolou, která se zabývala primární prevencí. Z té je patrné, že pokud pedagog bere svou práci pouze v mezích přednesu látky, pravděpodobně se nebude účastnit jak na prevenci, tak na intervenci.

K dalšímu vzdělávání na poli PPP se Sylva staví zdrženlivě *„já se prostě pořád obávám, že bychom se tam rozčlenili na dva tábory, jeden by to ocenil a druhý by byl naštvaný, že je to něco, co se děje jakoby navíc a čemu musí zbytečně věnovat čas“*.

Denis

Vzhledem k tomu, že Denis nemá nadále k případu přístup, nedokáže posoudit, jak efektivní byla jeho pomoc. Nicméně však vidí jistý pozitivní vývoj *„vzhledem k tomu, jak jsem ji viděl přes prázdniny, když jsem ještě organizoval nějaké příměstáky a zároveň na začátku roku až do teď, tak si myslím, že tam nějaká změna k pozitivnímu nastala“*. Zdůrazňuje však, že je podstatné dát všemu čas, neboť žádný takto komplexní problém nelze vyřešit hned.

Denis zastává názor, že pedagogova schopnost včasné intervence roste přímo úměrně s tím, jak motivován do své práce je *„pokud by byl někdo iniciativní, opravdu si všímal, byl namotivovaný a opravdu to chtěl nějak řešit, tak určitě toho schopný je“*. Nicméně uvádí, že nepochybně existuje velká skupina učitelů, kteří tuto zodpovědnost vědomky či nevědomky přenáší na jiné lidi, o kterých se domnívají, že mají více kompetencí k řešení daného problému *„spoléhají na to, že to někdo udělá za něj, že si s tím někdo jiný poradí, že někdo pomůže“*. Denis si však myslí, že není v dnešní době možné argumentovat nedostatkem validních informací o dané problematice, neboť s rozvojem internetu jsou informace dostupnější více než kdy dříve *„může být takový to, že vůbec neví, jak pomoci, ale přitom se informace dají do jisté míry i vyhledat“*.

S přihlédnutím k faktu, že pedagogickému sboru Denisovy školy byl po výskytu PPP nabídnut vzdělávací seminář, který byl však většinou pedagogů odmítnut, si Denis nemyslí, že by v rámci učitelského kolektivu panovala nějaká velká touha po vzdělávání v této oblasti.

Jindřich

Jindřich na případu s dívkou pracoval téměř celý školní rok. Jeho cílem bylo dívku informovat o nebezpečích PPP, možných důsledcích a zkrátka o všem negativním, co je s tímto fenoménem spojeno. Nicméně přiznává, že tato jeho strategie nefungovala, a tak se vydal jinou cestou „*snažil jsem se s ní mluvit, spíše abych ji dostal do vnitřní harmonie*“. V tom tedy vidí Jindřich svůj přínos. Ač se mu nepodařilo dívku nasměrovat jiným směrem, doufá, že ji alespoň na krátký časový horizont poskytl díky jejich konverzacím jakýsi vnitřní klid.

Jeho názor na schopnost pedagogů včas zasáhnout je vymezen relativně jasně. Jindřich si myslí, že každý jeden pedagog je schopen včasné intervence, ale není si jistý tím, zda jsou tyto zásahy účinné. Je patrné, že tento názor vyplývá z Jindřichovy vlastní zkušenosti, kdy ač případ odhalil relativně brzy, nebylo to v rámci řešení nijak ku prospěchu.

O semináře na téma poruch příjmu potravy zájem neměl, neboť tyto nemoci vnímá v rámci školního prostředí jako marginální problém v porovnání například s etopedickými poruchami. Shrnuje to tedy následovně: „*Momentálně bych si raději vybral jiné vzdělávací semináře, neboť poruchy příjmu potravy nevnímám jako tak akutní problém, který by tady vyloženě hořel*“.

Shrnutí:

Většina oslovených pedagogů považuje svou pomoc za efektivní. Každý však svůj přínos vnímal v něčem jiném. Saša například jako největší pomoc viděla fakt, že nikterak nezměnila své chování k nemocné dívce. Naopak Sylva s dívkou navázala, dá se říci, až osobní vztah, který stál na vzájemné důvěře a pochopení. Podobný přístup měl také Jindřich, který se snažil dívku alespoň v myšlenkách dostat do pozitivního a harmonického naladění. Výjimku tvoří Denis, který po postoupení případu řediteli, školnímu psychologovi a rodičům k němu v podstatě ztratil přístup. Nicméně jak sám uvádí, všiml si u dívky změny k pozitivnímu čili dá říci, že samotný fakt, že si byl Denis schopen všimnout dívčina problému, zahájil jeho efektivní řešení. Beata podobně jako Denis svůj přínos vidí zejména v postoupení případu školní psycholožce „*myslím, že má pomoc byla velmi efektivní, protože školní psycholožka naprosto přesně věděla, jak dále jednat*“. Linda efektivitu své pomoci vidí zejména v tom, že přes četné absence dokázala dívku na škole udržet, neboť ředitelka naléhala na její vyloučení. Jediná respondentka Nina vnímá svou roli v případě jako tak marginální, že o efektivitě řešení není možno debatovat. Z výše uvedeného je tak patrné, že žádné měřítko na efektivitu řešení neexistuje. Každý pedagog v rámci nakládání se „svým“ případem považuje za účinný jiný postup. Je také nutné brát v potaz, že poruchy příjmu potravy jsou psychická onemocnění, a

proto je podstatné si uvědomit, že co může být efektivním řešením pro jednoho, nemusí být účinným řešením pro druhého.

Schopnost včasné intervence bylo téma, které oscillovalo mezi krajnostmi. Názory Sylvy i Denise jsou v tomto ohledu téměř totožné. Podle obou není klíčová otázka, zda jsou učitelé schopni, ale za se chtějí podílet na včasné intervenci. Denis navíc zmiňuje, že v tomto směru vnímá i jakýsi efekt přihlížejícího „*někdo to za mě udělá, ta zodpovědnost není jenom na mně*“. Nicméně jak je již z psychologie známé, takové přenášení zodpovědnosti málokdy vede ke zdárnému řešení problému. Jindřich přináší další aspekt, a to otázku účinnosti intervence. Je zřejmé, že ne vždy musí včasný zásah vést ke kladnému vyřešení případu, nicméně tento akt několikanásobně zvyšuje jeho šance. Andrea a Beata podmiňují schopnost včasné intervence dostatečnými znalostmi dané problematiky „*učitelé jsou schopni včasné intervence, pokud mají znalosti v tomto oboru*“. Je však otázkou, jestli je nutná znalost problematiky či stačí znát žáka jako takového. Opozici k těmto názorům pak tvoří Linda a Nina. Linda uvádí, že pedagogové nemají k zásahu dostatečné kompetence „*nemyslím se, že jsou učitelé schopni včasné intervence, protože nemají dostatečné znalosti a dovednosti*“. Nina pak tuto myšlenku rozvíjí ještě o absenci mandátu a odbornosti.

Co se týká vzdělávání pedagogů ohledně poruch příjmu potravy, není tomu většina dotazovaných příkloněna. Sylva zmiňuje záležitost roztržičnosti pedagogického sboru, kde je patrný problém rozbíraný již v kapitole 7.57.5, a to motivace k tomu dělat něco nad rámec svých povinností. Tento fenomén vnímá hlavně u starších pedagogů. Jindřich pak na poli školy vnímá závažnější problémy, ohledně kterých by se měli učitelé vzdělávat, to kopíruje také názor Vaška z kapitoly 7.5 Obecně lze ale říci, že v dnešní době internetu není pro většinu učitelů těžké najít validní informace o poruchách příjmu potravy a ti, kteří se tomuto tématu chtějí věnovat, si k němu cestu pravděpodobně najdou i jinak než pomocí školou organizovaných seminářů.

7.7. Osobní zainteresovanost

Tato kapitola pojednává o tom, zda byli pedagogové do případů PPP zainteresováni i na osobní úrovni a zda jim tato zkušenost umožnila navázat s žákem lepší vztah. Dále pak mapuje názory učitelů na to, zda by se takovými problémy měl pedagog vůbec zabývat.

Sylva

Sylva byla do obou případů PPP značně citově angažovaná. S oběma dívkami si vytvořila velmi silné citové pouto, které několikanásobně překračovalo vztah učitel-žák. Z části za to může její osobní zkušenost s těmito nemocemi, která ji umožnila se lehce vcítit do nemocných dívek „*nejsnazší je pro mě to, že se do toho člověka dokážu vcítit, takže ta komunikace s nimi je pro mě relativně jednodušší než pro ostatní*“. Naopak nejtěžší je pro Sylvu najít jakýsi balanc mezi tím neztratit důvěru dítěte a zároveň něco nezanedbat „*těžký je pro mě to, že pořád nevím, jak to udělat, abych neztratila důvěru toho dítěte, ale abych něco nezanedbala*“. Tento strach je způsoben tím, že se ve své učitelské praxi setkala s žáky, kteří z různých důvodů spáchali sebevraždu. Proto je pro Sylvu podstatné nezradit žákovu důvěru „*aby si ty holčiny neřekly, že celý svět je proti mně a já na to kašlu a já to tady zabalím*“. Vždy staví dítě na první místo a snaží se jednat v jeho nejlepší zájmu „*nejvíc bojím toho, aby se to proti tomu dítěti neobrátilo*“, ač to někdy může znamenat přijmout více zodpovědnosti, než je po učitelích běžně vyžadováno.

Přestože Sylva jeden z případů řešila v podstatě na vlastní pěst, myslí si, že pokud by se pedagog na takové řešení necítil, měl by mít možnost je postoupit dál. V návaznosti na to však zmiňuje: „*no já bych třeba byla hrozně ráda, kdyby bylo kam se obrátit, ale v dnešní době je velký problém sehnat psychologa, psychiatra, pedagogický poradny absolutně nestíhají*“.

Saša

Saša přiznává, že všechny problémy dětí se jí do jisté míry dotýkají osobně „*i když se to člověk snaží nevnímat, tak má takovou tu tendenci říct ty holce -hele a nedáš si to jablko?-*“. Připouští, že sama se sebou často sehrávala vnitřní boj, aby dívku nepobízela k jídlu „*mně jí bylo strašně líto, že musela být jako strašně vyčerpaná, měla jsem takové jako vnitřní tendence ji to pořád říkat a musela jsem hodně bojovat sama se sebou, abych ji to neříkala*“.

Přes to všechno má Saša pocit, že se vztah mezi ní a dívkou po řešení problémů s PPP dostal za pomyslnou hranici učitel-žák. Podle Saši je k ní dívka mnohem víc otevřená „*je otevřenější, ona prostě ví, že to vím, protože to si s tou maminkou domluvila, protože maminka jí řekla, že mi to musí říct*“. V rámci školy je pak Saša jedním z mála pedagogů, který o tomto problému ví. Je tedy možné, že na základě toho k ní dívka více přilnula a cítila jakousi sounáležitost, neboť spolu sdílely informaci, kterou nikdo jiný netušil. Často spolu vedly na téma PPP rozhovory „*mluvily jsme spolu ale opravdu otevřeně a vlastně že je to jako v pořádku nebylo to něco jako – ty děláš přišernou věc -, ale já se spíš ptala ze zájmu*“. Zároveň přiznává, že měla obavy z toho, že se před ní dívka uzavře „*oni tu důvěru ke mně mají a mám pocit, že to tak je i*

s touhle slečnou, že si nemyslím, že tam vznikla nějaká bariéra, že bys i jako řekla ona to ví a už se s ní nebudu bavit, to jsem měla trochu strach, ale to tam vlastně není“. Závěrem pak dodává, že se snaží tímto stylem působit na všechny své žáky a že je v pořádku přijít, promluvit si nebo požádat o pomoc.

Saša si myslí, že záleží na učiteli samotném, jestli se cítí na řešení takových problémů a zda má o dané problematice takové povědomí, aby svou intervencí spíše neuškodil *„já vím, že jsou na škole učitelé, kteří by to asi s dětma neuměli a nedopadlo by to nejlíp, i v dobrý víře, taková ta mateřsko-záchranná síť jakože -okamžitě přestaň-, to by asi nefungovalo“.* Sama veškeré záchyty, které se nemusí nutně dotýkat PPP, konzultuje se školní psycholožkou *„postoupím ji, že se dítě začalo třeba chovat zvláště a jestli je třeba v nějaký péči, jestli je to v pořádku anebo je to něco, s čím bychom měli něco dělat“.* Následně shrnuje, že pokud má pedagog, potažmo škola, přístup k odborníkovi na daný okruh problémů, měl by učitel takové případy postupovat právě jemu. Pokud taková možnost není, musí si být pedagog jistý, že je dostatečně vzdělán a připraven *„učitelé by to asi měli řešit, jako ve chvíli, kdy je tam ta možnost někoho, kdo to jako umí vyřešit z profesního hlediska, tak by to jako postoupila, ale pokud ne, tak se na to učitel musí cejtít a teda nějak se na to i odborně připravit“.*

Vašek

Nemocná dívka pocházela z Vaškovy třídy, kterou v té době vedl již šestým rokem čili vztahy mezi ním a žáky byly již relativně hluboké. Připouští však, že díky tomu, že spolu řešili něco tak osobního, mohl dívku poznat i z jiného úhlu *„tím, že to byla moje třída, tak já jsem k nim měl hluboký vztah i bez toho. Je fakt, že toho člověka pak ještě víc poznám, z nějakého dalšího pohledu“.* Hovoří také o tom, že nejenom on, ale také spolužáci tento dívčin problém byli schopni reflektovat a stmelilo je to jako kolektiv *„tu třídu stmelilo a když mohli, tak pomohli“.*

Vašek zastává názor, že řešení poruch příjmu potravy nespadá do kompetencí učitele a řešení jako takové je možné pouze pomocí odborníků a terapií *„řešení těchto odborných problémů jsou terapie, a to budou mít na starost odborníci, což nejsme my“.* Na druhou stranu však přiznává, že záchyty těchto nemocí by učiteli jedno být neměl *„učitel je taky člověk, takže by mu nemělo být jedno, co se kolem něho děje a dává i ten osobní příklad děčkám kolem. Takže to není jen o tom, že si odvykládám výuku a nazdar, ale vidím tam lidi, kteří na mě koukají a kteří něco cítějí“.* Dle Vaška je tedy nutné si být vědom hranic svých kompetencí a tyto hranice respektovat *„nejhorší asi je, kdyby se někdo partyzánsky pustil do řešení“.* To znamená nestavět

se jako učitel do role terapeuta či doktora, ale spíše potvrzovat svou pozici obyčejného člověka, který vnímá lidi kolem sebe a není mu jedno, co se těmito lidem děje.

Denis

Taktéž Denise se případ dotýkal osobně, nicméně v jiném slova smyslu než u výše zmíněných pedagogů. Protože jak sám říká, má k dětem poměrně specifický přístup, sloužil nemocné dívce jako pomyslný hromosvod *„přistupoval jsem k výuce a dětem jinak než ostatní učitelé, měli tam do jistý míry svobodu, takže věděla že občas může být ostřejší vůči mně v některých věcech. Takže když to беру takhle, občas si skrze mě vybíjela zlost“*. Zároveň pro něj bylo snadné se do dívky vcítit, neboť sám se v rámci dospívání stal součástí ohrožené mládeže a setkával se s různými typy nemocí a problémů *„já sám jsem byl součástí ohrožený mládeže, tak vlastně jsem zažil něco podobného. Takže do jistý míry se dokážu do toho člověka vcítit, nějak ho vnímat“*. Denis si myslí, že právě proto byl případem osobně zasažen, neboť jej mnohem víc vnímal. Popírá však, že by si s nemocnou dívkou vybudoval nějaký lepší či důvěrnější vztah.

Ač se nejedná úplně o pedagogickou část profese, stojí si Denis za tím, že by učitel měl být schopen zmapovat možnosti, co může v případě detekce PPP dělat. Následně si s žákem promluvit a až potom řešit předání případu někomu dalšímu. Klade důraz na fakt, že by pedagog neměl dělat, že se ho tyto případy netýkají, neboť učitel není pouze zprostředkovatel vzdělání, ale v první řadě je to člověk, kterému by na žácích a studentech mělo záležet *„určitě by se od toho neměl distancovat, jakože teď už to není moje záležitost. Protože ono se to dořeší a stejně se to pak vrací zpátky k vám“*.

Jindřich

Ač si Jindřich nemyslí, že se ho dívčín problém s PPP nějak zásadně ovlivnil do budoucna, vše, co se dotýká jeho žáků, vnímá jako osobní. Se studentkou si na základě jejich rozhovorů vybudoval velmi blízký vztah *„náš vztah byl velmi silný, studentka mne nazývala otcem“*. To však pro Jindřicha nebylo nic nového, neboť ho dle jeho slov ho takto nazývalo více dívek ze stejné třídy *„za otce mne pojalo více dívek z dané třídy“*. Jindřich vysvětluje, že to bylo způsobeno stylem výuky, kdy kladl až téměř rodičovský apel v rámci výuky IT a výchovného dopadu.

Zdůrazňuje, že řešení i tohoto spektra problémů považuje za součást pedagogické profese, a tudíž by se tomu žádný učitel neměl vyhýbat *„učitel musí umět vyřešit vše, co se týká jeho profese, samozřejmě, na to nemusí být sám“*.

Shrnutí:

Všichni výše dotazovaní učitelé potvrzují, že se jich případy poruch příjmu potravy u žáků dotýkaly osobně a často vedly k navázání důvěrnějšího vztahu s daným jedincem. Jasný přechod mezi hranicí vztahu učitel-žák nastal u Sylvy, která s dívkou komunikovala také mimo školní prostředí, byla neustále dostupná na telefonu a obecně působila jako stabilní pilíř, o který se mohla nemocná dívka kdykoliv opřít. U Saši, Vaška ani Jindřicha tento vztah nepřekročil hranice školy, nicméně se tito učitelé navázali s dívkami blízký kontakt založený zejména na diskuzi jak nad samotným PPP, tak nad tématy, která se těchto nemocí přímo netýkala. U Jindřicha a Saši je pak viditelná podobnost v tom, že téměř všechny případy, které se dotýkají nějakým způsobem jejich žáků, je do jisté míry ovlivňují osobně. Paralelu je pak možné vidět také u Sylvy, Denise a Andrey, kdy je jejich osobní zkušenosti z minulosti ovlivnily natolik, že pak byly schopni snáze reflektovat a chápat problémy, které jejich žáci prožívali. U Denise to je zkušenost s ohroženou mládeží, u Sylvy pak její přímý prožitek PPP. Na to navazuje také zkušenost Andrey *„případ se mě dotýkal osobně, protože moje dcera také trpěla anorexií“*. Zároveň obdobně jako Sylva potvrzuje, že nejsnadnější bylo chlapcův problém pochopit a vcítit se do něj. Jistá podobnost je pak patrná také v pojetí nemoci u Saši a Beaty. Obě tyto pedagožky měly až jakýsi mateřský pohled a největší problém jim dělalo pozorovat, jak dívka slábne *„nejtěžší bylo pozorovat studentku, která dále chřadla a jak musela být umístěna na psychiatrii“*. Obecně lze říci, že respondentky měly častěji tendence nahlížet na nemocné žáky z pohledu matek, házet jim jakousi záchrannou síť, přičemž muži k těmto problémům přistupovali více pragmaticky a byli více zaměřeni na řešení než na citovou investici. Výjimka potvrzující pravidlo je pak Nina, která neguje vytvoření si lepšího vztahu s žákyní a také to, že by si jí případy jakkoliv osobně dotýkaly, zároveň uvádí: *„nechápu, na základě čeho bych si měla s dívkou vytvořit důvěrnější vztah“*. Což do jisté míry koresponduje také s výpovědí Denise, který ač působil jako jakýsi hromosvod a pomáhal dívce ze sebe dostat zlost a agresi, žádný bližší vztah si s ní nevytvořil.

Z výše uvedeného je tak patrné, že většina dotazovaných pedagogů nevnímá žáky pouze jako jakési jednotky, ale vnímají je jako lidi, kteří mohou mít a mají různé problémy, které se často dotýkají i samotných učitelů. Je tedy zřejmé, že pedagog často nevykonává pouze edukativní činnost, ale občas se také dostává do role přítele.

Saša, Sylva, Denis i Jindřich zastávají názor, že pedagog by tento typ problémů řešit měl. Měl by však zvážit, zda má na to dostatek odborných vědomostí, aby místo pomoci nedošlo, byť v dobré víře, k opačnému důsledku. Dodávají také, že na to učitel nemusí být sám a po reflexi vlastních schopností, jak s případem naložit, by jej měl případně postoupit někomu

odbornostně fundovanějšímu. Proti takovému postupu se však vyhraňuje Vašek, který si myslí, že všechny záchyty prováděné pedagogy by měly být okamžitě postoupeny kompetentním osobám, což řadoví učitelé nejsou. Podobný názor sdílí také Andrea „*myslím si, že by na každé škole měl být školní psycholog, pedagog by měl na tento problém jen předat dále a nesnažit se o řešení na vlastní pěst*“. Stejně se vyjadřuje Linda a Beata a Nina „*učitel nemá kompetence k řešení PPP, je nutná kooperace s ŠPP a jinými subjekty*“, „*tyto problémy by neměli řešit učitelé, ale fundované osoby-školní psycholog a podobně*“, „*učitel by měl spolupracovat s odborníky, neřešit to na vlastní pěst*“. Žádný z oslovených pedagogů si nemyslí, že problémy spojené s PPP by měl řešit výhradně učitel bez spolupráce s jinými subjekty. Tohoto tématu se okrajově dotkla pouze Sylva, která bere v úvahu zrazení důvěry dítěte a fakt, že se již ve své praxi setkala se sebevraždou, mimo jiné vyvolanou právě sdílením informací mezi několika spolupracovníky. V současné době se však přiklání spíše ke spolupráci s odborníky. Závěrem se všichni oslovení shodují na tom, že ač není nutné či v některých případech dokonce žádoucí, aby tyto problémy pedagog aktivně řešil, neměl by je selektovat ze své učitelské profese jen proto, že se přímo nedotýkají její pedagogické části.

8. Závěr

V teoretické části práce byly za využití odborné literatury představeny poruchy příjmu potravy spolu s jejich příčinami a důsledky. Dále se tato část práce zabývá rolí školy a pedagogů v problematice PPP a zkoumá tyto činitele z pohledu rizikového faktoru. Z vědeckých publikací je pak patrné, že škola může působit jako místo plné nových stresorů, které mohou jak zapříčinit, tak přispět k rozvoji poruch příjmu potravy. V návaznosti na to je tematizována také možnost prevence, intervence a konkrétní příklady toho, jak může škola a pedagog pomoci při detekci PPP.

Vhodnost výběru metodiky byla obhájena za užití literatury, jež se zabývá danou problematikou. Samotný výzkum byl pak realizován pomocí polostrukturovaných rozhovorů s učiteli základních a středních škol, kteří se prostřednictvím svých žáků dostali do kontaktu s poruchami příjmu potravy. Dodatkové informace byly posbírány skrze dotazníky s otevřenými otázkami.

Na základě informací, které učitelé poskytli, pak bylo možné vytvořit ucelený obraz zkušeností, jenž umožnil dosáhnout cíle samotné práce a odpovědět na její dílčí otázky.

Z výzkumu je zřejmé, že ač nejsou oslovení respondenti vždy názorově homogenní skupina, je možno si všimnout významných podobností ve smýšlení i následném jednání. Ze mnou zjištěných informací je pak zjevné, že informovanost oslovených učitelů na poli poruch příjmu potravy je na takové úrovni, aby si byli schopni s případy v jejich školním prostředí poradit. Z kapitoly 7.1 je patrné, že výrazné osobnostní či fyzické změny byly často prvotním signálem toho, že je s dítětem něco v nepořádku. Učitelé tedy jsou schopni si těchto aspektů všimnout, nicméně další řešení závisí na chuti pedagoga problém tematizovat.

Spolupráce třídního kolektivu byla na ose angažovanosti spíše nízká. Aktivně zapojený kolektiv do řešení problémů s PPP byl pouze ve dvou případech. Většina oslovených pedagogů se přiklání k tomu problém v rámci třídy netematizovat, ač uznávají, že spolužáci si často všimli sami. V těchto případech pak reagovali buď neutrálně či podporujícím přístupem. Někteří pedagogové si vytipovali blízké kamarády nemocných a pověřili je jejich dohledem, což se ve obou případech ukázalo též jako efektivní.

Spolupráce s aktéry ve škole i mimo ni byla často dávana do kontrastu se zrazením důvěry dítěte, jehož snaha a motivace mohla být sdílením jeho problémů devalvována. Nicméně nesdílení těchto druhů informací pak může vést k nepřiměřeným nárokům na

pedagoga samotného, který se tak může dostat svou vinou do začarovaného kruhu. Většina učitelů tak problém sdílela s jinými pedagogickými pracovníky, školními psychology, metodiky prevence či výchovnými poradci. Kontaktování rodičů však neproběhlo ve všech případech. Vliv na to měla například plnoletost nemocného, otázka zrazení důvěry dítěte či nepovažování tohoto kroku za nezbytné.

Prevence poruch příjmu potravy dle zjištěného probíhá v různé míře na všech školách oslovených učitelů. Někde je realizovaná v rámci vyučovacích hodin, učebních bloků či prostřednictvím seminářů. Otázka povinnosti samotného učitele provádět prevenci však vyústila v rozdělení na dva tábory. Jeden vidí nezpochybnitelnou roli učitele v rámci primární prevence, druhý tuto činnost nevnímá jako součást kompetencí řadového pedagoga.

Osobní zkušenosti pedagogů s poruchami příjmu potravy ovlivnily nejen jejich senzitivitu k následnému zachytu těchto nemocí u žáků, ale také způsob, jak s žákem vzniklou situaci řešili. Pro učitele s touto zkušeností bylo snazší se vcítit do nemocného a hovořit o jeho problému otevřeně.

Otázku angažovanosti učitelů do případů poruch příjmu potravy je nesnadné zobecnit, neboť každý z dotazovaných si pod pojmem „řešení“ představí něco jiného. Dotazování však uvádějí, že podstatné není to, zda je učitel schopen se angažovat, ale jestli se angažovat chce. V obecnosti tak lze říci, že žádný z oslovených pedagogů nad případy nemávnul rukou. Buď jejich řešení viděl v postoupení školnímu psychologovi či metodikovi prevence, kteří v těchto situacích stojí v roli odborníků či se jej pokoušeli zvládnout s jejich spoluprací.

Vzhledem k povaze této práce však nelze zhodnotit, které jednání oslovených pedagogů bylo správné či špatné. Každý respondent jednal dle svého nejlepšího vědomí a svědomí, a hlavně v zájmu samotného dítěte.

Má bakalářská práce nemá sloužit jako mustr či návod na to, jak správně by se měl pedagog při zachytu PPP ve školním prostředí chovat. Naopak popisuje variace zkušeností, ze kterých si učitelé mohou vybrat takové cesty, které jim připadají efektivní, vhodné či jednoduše zajímavé. Mimo jiné může být také přínosem pro ty pedagogy, kteří se s fenoménem PPP ve své učitelské praxi doposud nesetkali a chtěli by se informovat o možných způsobech řešení. Mimo školní prostředí by tato práce mohla otevřít oči široké veřejnosti v tom, že ač je učitel autorita, která plní hlavně funkci vzdělávací, stejně velkým dílem je to také člověk, který se nemalým způsobem může angažovat v životech žáků a studentů.

Kdybych měla tuto práci replikovat, zaměřila bych se na navýšení počtů v rámci výzkumného vzorku. Ač jsem k doplnění informací následně využila možnost online dotazování, neposkytlo mi tak zevrubné informace jako rozhovory. Hlavním úskalím samotných rozhovorů pak byla moje nezkušenost s jejich vedením. Dále pak domluva s respondenty, která mnohokrát nebyla jednoznačná a byla natahována na několik týdnů až měsíců, někdy vedla až ke ztrátě zájmu rozhovor vést a participovat tak na výzkumu.

Zdroje

Tištěné zdroje:

Adámková, L. (2020). *The attitudes of elementary school teachers to eating disorders*. Masaryk University Press.

Cooper, P. J. (2014). *Bulimie a záchvatovité přejídání: jak je překonat*. Portál.

Hendl, J. (2008). *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace* (2., aktualiz. vyd). Portál.

Hermochová, S. (2005). *Skupinová dynamika ve školní třídě*. AISIS.

Kohout, P., & Kotrlíková, E. (2005). *Základy klinické výživy*. Krigl.

Krch, F. D., Barták, M., & Málková, I. (1993). *SOS nadváha: Průvodce úskalím diet a životního stylu*. Granit

Krch, František David a Marádová, Eva. *Poruchy příjmu potravy: výchova ke zdraví: příručka pro učitele*. Praha: Výzkumný ústav pedagogický, 2003. 32 s.

Krch, F. D. (2005). *Poruchy příjmu potravy* (2., aktualiz. a dopl. vyd). Grada

Krch, F. D. *Poruchy příjmu potravy*. *Medicína pro praxi*, 2007, roč. 4, čís. 10, s. 420-422

Krch, F. D. (2010). *Mentální anorexie* (2., přeprac. vyd). Portál.

Krch F. D., Švédová, J. (2013). *Příručka pro zdravotníky: aneb Různé tváře poruch příjmu potravy*. Brno: Občanské sdružení Anabell.

Kviatkovská, K., Albrecht, J., Papežová, H. (2016). *Psychogenní přejídání, současné a alternativní možnosti terapie*. Česká a slovenská psychiatrie.

Malach, J. (2010). *Teorie metodiky výchovy* (Vyd. 2., upr. a dopl). Univerzita Jana Amose Komenského.

Maloney, M., & Kranz, R. (1997). *O poruchách příjmu potravy*. Nakladatelství Lidové noviny.

Marádová, E. (2007). *Poruchy příjmu potravy*. Vzdělávací institut ochrany dětí.

Miovský, M., Skácelová, L., Zapletalová, J., Novák, P. (Eds.) (2010). *Primární prevence rizikového chování ve školství*. Praha: Sdružení SCAN, Univerzita Karlova v Praze & Togga.

Novák, M. (2010). *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Akademické nakladatelství CERM.

Novotná, H., Špaček, O., & Šťovíčková, M. (Eds.). (2019). *Metody výzkumu ve společenských vědách*. FHS UK.

Opatřilová, D. (2011). *Vzdělávání žáků se zdravotním postižením a zdravotním znevýhodněním*. Paido.

Papežová, H. (2000). *Anorexia nervosa: příručka pro všechny, kteří nemocí trpí - postižené samotné, jejich rodiny, přátele, partnery a některé odborníky (učitele a lékaře první linie)*. Psychiatrické centrum.

Papežová, H. (2003). *Bulimia nervosa: příručka pro všechny, kteří nemocí trpí - postižené samotné, jejich rodiny, přátele, partnery a některé odborníky (učitele a lékaře první linie)*. Psychiatrické centrum.

Papežová, H. (Ed.). (2010). *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Grada.

Papežová, H., & Hanusová, J. (2012). *Poruchy příjmu potravy: příručka pro pomáhající profese*. Klinika adiktologie, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze ve vydavatelství Togga

Papežová, H., Hanusová, J. (2015). *Poruchy příjmu potravy: příručka pro pomáhající profese*. Praha: Klinika adiktologie, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze ve vydavatelství Togga.

Papežová, H. (2017). *Anorexia nervosa: příručka pro všechny, kteří trpí nemocí - postižené samotné, jejich rodiny, přátele, partnery a některé odborníky (učitele a lékaře první linie) (2. přepracované vydání)*. Národní ústav duševního zdraví

Procházková, L. (2011). *Základní metodika: Podpora pedagogům pro výuku v předmětech Člověk a zdraví a Výchova ke zdraví*. Občanské sdružení Anabell.

Procházková, L., & Sladká-Ševčíková, J. (2017). *Poruchy příjmu potravy: odpovědi na otázky, na které jste se báli zeptat*. Pasparta.

Reichel, J. (2009). *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Grada.

Rořková, H. (2017). *Sociálnopatologické javy*. Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk.

Steppanová, E. (2017). *Anorexie: hlad po jiném světě*. Vladimír Kvasnička, nakladatelství Vodnář.

Švaříček, R., & Šed'ová, K. (2007). *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Portál.

Švédová, J., Míčová, L. (2010). *Poruchy příjmu potravy: Manuál pro pedagogy*. Brno: Občanské sdružení Anabell.

Theander, Sten. (1970). *Anorexia Nervosa: A Psychiatric Investigation of 94 Female Patients*. Munksgaard.

Titmanová, M. (2019). *Prevence rizikového chování: praktická příručka pro práci se třídou*. Univerzita Karlova.

Vágnerová, M. (2012). *Vývojová psychologie: dětství a dospívání* (Vydání druhé, doplněné a přepracované). Karolinum

Vágnerová, M. (2014). *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Portál.

Internetové zdroje:

1. lékařská fakulta Univerzita Karlova (2018). *Poruchy příjmu potravy v Čechách*. Dostupné 23. 3. 2023 z: <https://www.lf1.cuni.cz/poruchy-prijmu-potravy-v-cechach>

Garner, D. M., Olmsted P. M., Bohr Y., Garfinikel P., L. (1982). The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12(4), 871-878. doi:10.1017/S0033291700049163

Kelnar, D. (2011). *Informovanost pedagogických pracovníků základních škol o problematice poruch příjmu potravy* [Diplomová práce, Masarykova univerzita]. <https://is.muni.cz/th/giveg/>

Klinika adiktologie (2019). *Co je prevence*. Dostupné 25. 3. 2023 z: <https://www.adiktologie.cz/co-je-prevence>

Klusáková, A. (2015). *Proměny ideálu ženské krásy a jejich sdělování v kultuře*. [Bakalářská práce, Univerzita Palackého]

Kocman, D. (2021). *Zkušenost učitelů a učitelek s distančním vzděláváním v průběhu pandemie COVID-19 na jaře 2020* [Diplomová práce, Masarykova univerzita]. <https://is.muni.cz/th/ykg4x/>

Komárková, M. (2021). *Informovanost učitelů výchovy ke zdraví o poruchách příjmu potravy* [Bakalářská práce, Masarykova univerzita]. <https://is.muni.cz/th/ldej5/>

MŠMT (2012). *Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy*. Dostupné 25. 3. 2023 z: <https://www.msmt.cz/>

NICE Eating Disorders (2004): Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders, National Institute for Clinical Excellence, National Clinical Practice Guideline. *The British Psychological Society and Gaskell*

Theander, S. (1985). Outcome and prognosis in anorexia nervosa and bulimia: Some results of previous investigations, compared with those of a Swedish long-term study. *Journal of Psychiatric Research*, 19(2-3), 493–508.

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (2018). *Péče o pacienty s poruchami příjmu potravy v ČR v letech 2011–2017*. Dostupné 25. 3. 2023 z: https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/ai_2018_08_poruchy_prijmu_potravy_2011az2017.pdf

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (2022). *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění desáté decenální revize MKN-10 (Vyd. 3.)*. Dostupné 25.3. 2023 z: <https://www.uzis.cz/>

Seznam příloh

- Příloha 1 Mentální anorexie, mentální bulimie, záchvatovité přejídání a atypické a nové druhy poruch příjmu potravy
- Příloha 2 Informovaný souhlas

Příloha 1- Mentální anorexie, mentální bulimie, záchvatovité přejídání a atypické a nové druhy poruch příjmu potravy

Mentální anorexie

Ačkoliv se může zdát, že se mentální anorexie etablovala jako nemoc moderního věku, není tomu tak. První zmínky o anorexii pocházejí již z roku 895, kdy se nevolnici Frideradě znechutilo jídlo po přejedení a následném úmorném zvracení tak, že si naordinovala přísný půst. Středověké ženy zase věřily, že hladovění je udělá v božích očích cnostnější (Papežová, 2017).

Pro mentální anorexii je typické zejména „úmyslné a aktivní snižování tělesné hmotnosti, ať už ve smyslu redukce energetického příjmu nebo zvýšení energetického výdeje“ (Krch, 2007, s. 420-422). Podstatné je zmínit, že nemocní neodmítají jídlo z důvodu, že by neměli hlad, ale protože zkrátka jíst nechtějí. Typická nechuť k jídlu je tedy často až sekundárním důsledkem dlouhodobého odmítání potravy. Mentální anorexie je charakterizována vysokým úbytkem tělesné hmotnosti, hovoří se o 15% negativní odchylce od váhy, která odpovídá konkrétnímu věku a výšce. MKN-10 spojuje anorexii se specifickou psychopatií, „kde strach ze ztloustnutí a ochablosti tvaru těla přetrvává jakožto vtíravá ovládací myšlenka“ (MKN-10, 2022). Stepanová (2017) zase hovoří o anorexii jako o „síle, která je kompletně větší než vaše inteligence, potenciál, stabilita, hodnoty, síla a láska“ (s.9).

Dle Krcha (2010, s. 25) lze diagnostická kritéria shrnout do tří znaků: „aktivní udržování abnormálně nízké tělesné hmotnosti, strach z tloušťky i přes nízkou tělesnou hmotnost, u žen porucha menstruačního cyklu“. Nemocní si nízkou tělesnou hmotnost udržují tím, že se vyhýbají jídlu, nadměrně cvičí či užívají pročišťovadla a diuretika. Zajímavostí je, že u lidí trpících anorexií můžeme pozorovat zvýšený zájem o jídlo a vše, co s ním souvisí, sbírají recepty, vaří pro ostatní apod. (Krch a Marádová, 2003).

Příčiny tohoto onemocnění mohou být různé. Můžeme hovořit o vlivu prožitých traumat, rodinné krizi, nevhodných poznámkách, tlaku ze strany rodičů a trenérů, předčasného odchodu z domova, ale i genetických predispozicích. Papežová (2017) taktéž zmiňuje rizikové povahové rysy, mezi které řadí perfekcionismus, zranitelnost, nestálost, puritánství a sebetrestání.

Mentální bulimie

Ačkoliv k jasné definici mentální bulimie a jejího vymezení vůči jiným nemocem došlo až v 70. letech 20.století, zmínky o ní můžeme nalézt již ve 2. století našeho letopočtu. První informace pocházejí od samotného Galéna, který jako první stanovil rysy bulimie a položil základy jejího jména. Galén vychází se slov *bous* a *limos*, v doslovném překladu býčí hlad. Toto slovní spojení má vystihovat fakt, že nemocný člověk by byl schopen sníst celého býka. Konkrétní příznaky byly popsány až v roce 1979, a to americkým psychiatrem G. Russelem, který taktéž navrhl označení nemoci jako *bulimia nervosa* – mentální bulimie (Procházková a Sladká-Ševčíková, 2017).

Mentální bulimie je porucha, pro kterou jsou charakteristické zejména „opakující se záchvaty přejídání, spojené s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti“, toto přejídání je impulzivní a často nezávislé na vlastní vůli (Krch, 2007, s. 420-422). Pacienti trpící bulimií pocítují častokrát až ochromující hlad a jsou schopni sníst naráz obrovské množství jídla. Ze strachu z následného tloustnutí však jídlo buď vyzvrátí či použijí různé druhy pročišťovadel. Švédová a Míčová (2010, s.6) zmiňují: „dívky uvádějí, že při záchvatu přejídání se s nimi něco děje, cítí se otupělé, přestávají je trápit jejich problémy“. To má co dočinění s psychologickým aspektem poruch příjmu potravy. Jídlo nemocným přináší úlevu, která je ale krátkodobá a následovaná velkými výčitkami a kompenzačním chováním – zvracením.

Krch (2005, s.18), stejně jako u anorexie, hovoří o třech základních diagnostických kritériích, které jsou: „silná a nepotlačitelná touha se přejídat, snaha zabránit tloustnutí vyvoláním zvracení nebo nadměrným užíváním purgativ a chorobný strach z tloušťky“.

Bulimie se výrazně liší od anorexie tím, že často nedochází k výraznému úbytku tělesné hmotnosti. Pokud ke snižování váhy dochází a BMI u dospělých pacientů klesá pod 17,5, hovoříme o purgativní formě mentální anorexie (Marádová, 2007).

Příčiny bulimie jsou podle Papežové (2003) velmi různorodé. Mohou jí trpět lidé, kteří prožili nějaké životní trauma, stejně jako lidé, u nichž figuruje bulimie jako jediný problém. Jsou popisovány různé situace, které zapříčinily hladovění či přejídání. Stejně jako u anorexie můžeme zmínit stresové situace, závislosti, omezující tělesná onemocnění apod.

Záchvatové přejídání

Záchvatové přejídání je relativně nově koncipovanou kategorií, jejíž typické jídelní chování bylo popsáno až v roce 1959, nicméně doposud nebylo specifikováno v MKN-10.

Ačkoliv jsou poruchy příjmu potravy často spojovány s odmítáním jídla a hladověním, není tomu tak v každém případě. Do začarovaného kruhu patologických jídelních návyků a chování se člověk dostává jak dietou a hladověním, tak přejídáním. Jedním z příkladů takové poruchy je záchvatovité přejídání, též zvané kompulzivní. Ač se to nemusí zdát, neboť pozornost jak veřejnosti, tak odborníků, se často obrací spíše směrem k mentální anorexii či bulimii, záchvatovité přejídání je nejčastějším onemocněním, které patří do spektra poruch příjmu potravy (Kviatkovská, Albrecht, Papežová, 2016).

Pro tuto poruchou jsou typické „opakované epizody přejídání bez hladovek, vyvolávaného zvracení, cvičení nebo užívání projímadel“ (Procházková a Sladká-Ševčíková, 2017, s.11). Postižení často během jedné epizody zkonsumují velké množství jídla, u něhož často nevnímají ani chuť. Následuje koktejl emocí, přičemž bezprostředně po konzumaci dochází k úlevě, která je střídána pocity zahanbení, znechucení a viny (Cooper J. Peter, 2014). Takové chování pak často vede ke tloustnutí a obezitě.

Ačkoliv ze strany klinické praxe trvalo, než se došlo ke konsenzu, co vlastně záchvatovité přejídání je, v současné době jsou hlavními diagnostickými pilíři dva aspekty, a to nepřiměřeně velké množství zkonsumovaného jídla a subjektivní pocit ztráty kontroly nad vlastním tělem (Cooper J. Peter, 2014).

Spouštěče záchvatovitého přejídání mohou být různé. Cooper (2014) rozděluje tři skupiny záchvatů. Ty, které se týkají jídla a jeho konzumace, záchvaty, které souvisí s obavami o vlastní váhu a vzhled a ty, které odrážejí špatnou náladu nemocného. V prvním případě se může jednat o porušení běžných pravidel stravování, dostupnosti jindy zakázaných potravin apod. V druhém případě můžeme hovořit o negativních pocitech, které jsou spojovány s vnímáním vlastního těla např. pocit nadváhy, pohled do zrcadla. V posledním případě záchvatovité přejídání vychází z emoční stránky člověka. Může se jednat o reakci na stresující událost, sklíčenost, smutek či nudu.

Atypické a nové druhy poruch příjmu potravy

V souvislosti s poruchami příjmu potravy se objevují i takové poruchy, které nejsou součástí MKN-10, neboť nenaplnují diagnostická kritéria PPP a zároveň nemají tak vysokou míru incidence jako mentální anorexie či mentální bulimie. Nicméně také u MA a MB existují jejich atypické formy, a hovoříme o nich v případě, jestliže nemocný netrpí nějakým ze stěžejních příznaků anorexie či bulimie (Kohout a Kotlíková, 2005).

S ohledem na to, jak rychle se svět i společnost vyvíjí a otvírají se nová a nová témata, není překvapením, že ke „klasickým“ poruchám příjmu potravy přibývají další, které jsou sice méně známe, ale o nic méně závažné. Mezi takové řadíme ortorexii, drunkorexii, bigorexii, diabulimii a pregorexii.

Ortorexie

Dle Procházkové a Sladké-Ševčíkové (2017, s.11) se jedná o „patologickou posedlost zdravou výživou“. Krch a Švédová (2013) hovoří o tom, že ortorexii lze vnímat jako jakousi formu mentální anorexie, a to zejména z toho důvodu, že nemocní zneužívají „zdravou výživu“ k omezení normálního jídelního chování a argumentují svými, často domnělými, zdravotními problémy.

Nemocní zkrátka nejsou schopni sníst jinou potravinu než tu, která má na sobě nálepku „zdravá“. To znamená, že vyhledávají věci bez konzervačních látek, cukru, barviv, lepku, soli apod. Tuto poruchu provází neustálé myšlenky nad složením potravin, strach z nezdravých potravin, který může vést k malnutrici, výraznému hubnutí a omezení spektra potravin, které nemocný konzumuje, na minimum (Švédová a Míčová, 2010).

Drunkorexie

Jak již název napovídá, jedná se o poruchu, při které se nemocný snaží o záměrnou redukci příjmu potravy s „cílem snížit příjem energie tak, aby se mohlo zvýšit množství vypitého alkoholu“ (Procházková a Sladká-Ševčíková, s. 12). Postižení takto jednají zejména z toho důvodu, že je alkohol relativně kalorický. Často k tomuto fenoménu dochází u dospívajících dívek, které nechtějí být vyloučeny ze sociálních interakcí. Studie na dospívající mládeži v USA hovoří o tom, že až 30 % dívek vynechává jídlo z důvodu, aby mohly vypít více alkoholu (Procházková a Sladká-Ševčíková, 2017).

Bigorexie

Též nazývána jako Adonisův komplex, je porucha, která je typická spíše pro mužské pohlaví, zejména kulturisty. Dle Krcha a Švédové (2013, s. 9) zahrnuje především „zkreslené vnímání vlastního těla a nadměrné (často obsedantní) zaobírání se svými tělesnými proporcemi, svaly a cvičením“. Nemocní mají stále pocit, že nejsou dostatečně vyvinutí, svalnatí či silní,

což může vést k užívání anabolických steroidů, růstového hormonu nebo nevhodnému jídelnímu chování.

Diabulimie

Jedná se o kombinaci mentální anorexie a diabetu. Tato porucha se týká zejména těch jedinců, kteří trpí cukrovkou typu 1 a musí si tak aplikovat hormon inzulín, který slouží ke snižování hladiny glykémie v krvi. Mimo to se také jedná o hormon, který hraje významnou roli v ukládání tuku v těle. Uživatelé inzulínu jsou pak schopni manipulovat s jeho dávkami tak, aby docházelo ke snižování tělesné hmotnosti. (Procházková a Sladká-Ševčíková, 2017).

Pregorexie

Jedná se o poměrně nový typ poruch příjmu potravy, který se týká výhradně těhotných žen. Hovoříme o záměrném snižování váhy během těhotenství či urputné snaze udržet si váhu před otěhotněním i během těhotenství. Tyto snahy mohou být vyústěním jakési touhy po kontrole nad vlastním tělem a často bývají podporovány pozitivním hodnocením okolí. Nicméně nedostatečná výživa plodu může vést k fatálním důsledkům této nemoci (Papežová, 2010).

Příloha 2- Informovaný souhlas

Souhlas s účastí ve výzkumu a zpracováním osobních údajů

Informace o výzkumu

Název projektu: Poruchy příjmu potravy u žáků základních a středních škol optikou vyučujících, bakalářská práce

Hlavní výzkumník: Vendula Vilímcová

Vedoucí práce: Mgr. Barbora Vacková, Ph.D.

Pracoviště: Masarykova Univerzita, Pedagogická fakulta

Období řešení projektu: září 2022 – duben 2023

O čem je tento výzkumný projekt?

Tento projekt si klade za cíl popsat zkušenosti vyučujících s poruchami příjmu potravy (PPP) u žáků základních a středních škol. Vychází z osobních zkušeností pedagogů/pedagožek a zaměřuje se taktéž na prevenci PPP a informovanost na poli této problematiky.

Jak bude účast probíhat?

Po podepsání informovaného souhlasu s Vámi bude proveden rozhovor o délce cca 45 minut. Dle předchozí domluvy bude rozhovor veden buď osobně či prostřednictvím platformy Zoom, MS Teams apod. Otázky Vám budou předem neznámé a celý rozhovor bude s Vaším souhlasem nahráván. Pokud nebudete souhlasit, budu si během rozhovoru pořizovat podrobné poznámky. Nahrávka bude použita k následné analýze dat. Rozhovor bude prováděn pouze jednou, při nejasnostech můžete být požádán/a o doplnění informací prostřednictvím emailové komunikace.

Jaké osobní údaje jsou v tomto výzkumném projektu sbírány?

- základní demografické údaje (např. věk, pohlaví)
- audio nahrávky
- kontaktní údaje (např. email, telefon)

Jak budou osobní údaje zpracovávány?

Vaše údaje a výsledky z dotazování budou sbírány v kódované (tzv. pseudonymizované) podobě. Na počátku realizace výzkumu Vám bude přidělen číselný kód, pod kterým bude probíhat veškeré dotazování. Soubor obsahující převod jména na číselný kód (kódovací klíč) umožňující propojení údajů bude mít k dispozici pouze hlavní řešitel projektu. Po ukončení sběru dat od všech účastníků bude soubor obsahující převod jména na číselný kód nenávratně smazán a dále budou zpracovávána pouze anonymní data označená číselnými kódy bez možnosti Vaší identifikace.

Nahrávky budou po pořízení přepsány do textové podoby a následně smazány. Jména a další údaje budou nahrazeny pseudonymy.

K Vaším osobním údajům bude mít přístup pouze hlavní výzkumník a budou uloženy v zabezpečeném úložišti. Formulář tohoto souhlasu bude vždy uložen odděleně od ostatních dokumentů.

Jak dlouho budou osobní údaje uloženy?

Vaše osobní údaje budeme uchovávat pouze po dobu sběru výzkumných dat, poté budou data anonymizována, tj. převedena do podoby, která neumožňuje Vaši identifikaci.

Vaše kontaktní údaje (e-mail, telefon,) budou použity pouze pro účely tohoto projektu a po ukončení sběru dat budou smazány.

Získaná data v anonymní podobě mohou být použita v dalších výzkumných projektech v této oblasti.

Povinně poskytované informace dle Obecného nařízení o ochraně osobních údajů (EU 2016/679, GDPR)

Vaše osobní údaje budeme zpracovávat na základě Vámi uděleného souhlasu pro účely výzkumu v oblasti poruch příjmu potravy ve školním prostředí.

Správce osobních údajů: Vendula Vilímcová, Poříčí 7/9, 639 00 Brno-střed, 511438@mail.muni.cz

Kontakt na pověřence pro ochranu osobních údajů Masarykovy univerzity: poverenec@muni.cz

Vaše práva v souvislosti se zpracováním osobních údajů:

- požadovat přístup k osobním údajům týkajícím se Vaší osoby, jejich opravu nebo výmaz, popřípadě omezení zpracování,
- podat stížnost dozorovému orgánu (Úřad pro ochranu osobních údajů, www.uoou.cz) v případě, že se domníváte, že zpracování osobních údajů probíhá v rozporu s právními předpisy;
- souhlas se zpracováním osobních údajů udělený níže kdykoliv odvolat, aniž by za to hrozila jakákoliv sankce či znevýhodnění, a to oznámením na kontaktní údaje správce osobních údajů. Zákonost zpracování údajů před odvoláním souhlasu tím není dotčena.

Je účast v tomto výzkumu povinná?

Účast na výzkumu je zcela dobrovolná a máte právo odstoupit z výzkumu bez udání důvodu.

Souhlas s účastí ve výzkumu a zpracováním osobních údajů

Na základě výše uvedených informací:

- **Souhlasím** s účastí v uvedeném výzkumném projektu
- **Souhlasím** s výše uvedeným zpracováním osobních údajů pro výzkumné účely.


Jméno a příjmení: Podpis:
.....

V dne:

Za řešitelský tým:

Jméno a příjmení: Vendula Vilímcová Podpis:

V Brně dne: 7.9.2022



Jeden výtisk tohoto souhlasu obdrží účastník a jeden si ponechá výzkumník.