

Univerzita Karlova v Praze

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

Klinická psychologie

PhDr. Petra Novotná

Nutriční zvyklosti, vztah k vlastnímu tělu u dívek mladšího a středního školního věku. Příspěvek k problematice primární prevence poruch příjmu potravy.

Eating habits, body image in younger and middle-school age girls The contribution to the issue of primary prevention of eating disorders.

Disertační práce

Vedoucí práce - doc. PhDr. Slávka Fraňková, DrSc.

2010

Prohlašuji, že jsem disertační práci vypracovala samostatně s využitím uvedených pramenů a literatury.

.....
Petra Novotná

Na tomto místě bych ráda poděkovala paní Doc. PhDr. Slávce Fraňkové, DrSc. za odborné rady, cenné podněty, připomínky, ochotu a laskavost při vedení disertační práce. Mé poděkování patří též studentkám psychologie, které pomáhaly při sběru dat a manželovi Jindřichovi za podporu a trpělivost.

OBSAH

Úvod	7
------------	---

I. Teoretická část

1. Poruchy příjmu potravy a jejich prevence.....	9
1.1 Vymezení poruch příjmu potravy a jejich výskyt.....	9
1.2 Etiologie poruch příjmu potravy.....	12
1.3 Důsledky a terapie poruch příjmu potravy.....	13
1.4 Prevence poruch příjmu potravy	16
1.4.1 Vymezení pojmů	16
1.4.2 Formy a rozdělení prevence PPP	17
1.4.3 Situace v České republice	18
1.4.4 Vybrané tuzemské a zahraniční programy prevence	20
1.4.4.1 Preventivní programy zaměřené zejména na práci s mediálními obrazy	26
1.4.4.2 Programy nespecifické prevence	27
1.4.5 Účinnost preventivních programů	29
2. Nutriční zvyklosti, jídelní preference a averze a dietní tendence v mladším a středním školním věku	33
2.1 Symbolický význam jídla.....	33
2.2 Postoje k jídlu, jídelní preference a averze.....	34
2.3 Determinanty vývoje výživových zvyklostí.....	36
2.4 Vliv množství a složení potravy na chování.....	38
2.5 Studie zaměřené na dietní tendence u preadolescentů.....	39
2.6 Metody zaměřené na zjišťování stravovacích zvyklostí a jídelních problémů u preadolescentů.....	42
2.7 Terapeutické přístupy zaměřené na změnu stravovacích zvyklostí	42
3. Body image.....	45
3.1 Vymezení základních pojmů	45
3.2 Vztah body image a poruch příjmu potravy.....	47
3.3 Biologické rizikové faktory.....	47
3.4 Sociokulturní rizikové faktory.....	49
3.5 Individuální charakteristiky.....	52
3.6 Možnosti měření body image.....	53
3.7 Techniky zaměřené na formování zdravého body image.....	54
4. Charakteristika vývojových období: mladší a střední školní věk.....	56

II. Empirická část

1. Cíle studie.....	60
2. Soubor.....	61
3. Metodika studie, etické otázky.....	62
4. Vyhodnocení dat.....	65
5. Výsledky.....	65
5.1 Dotazník chuťových preferencí	65
5.1.1 Postoj dívek k jednotlivým potravinám, jídlům a nápojům.....	69
5.2 Polostrukturovaný rozhovor s dívkami	75
5.3 Dotazník stravovacích zvyklostí pro rodiče.....	80
5.4 Škála figur ke zjištění body image.....	85
5.5 PAQ.....	93
6. Diskuse.....	94
5.1 Nutriční zvyklosti.....	94
5.2 Body image.....	102
5.3 Sebeocení a sebehodnocení vlastních schopností.....	104
5.4 Diskuse k metodice studie.....	104
5.5 Možnosti intervence na úrovni 0 dle klasifikace ISCED.....	106
5.6 Primární prevence na vzdělávací úrovni ISCED 1 a 2.....	107
Závěr	112
Seznam použité literatury	114
Přílohy	
Příloha 1: Jídelní preference a averze	133
Příloha 2: Dendogram.....	156
Příloha 3: Použité metody	
Příloha 3.1 Dotazník chuťových preferencí a averzí.....	158
Příloha 3.2 Škála siluet	159
Příloha 3.3 Dotazník PAQ.....	160
Příloha 3.4 Dotazník pro rodiče.....	163
Abstrakt	166
Abstract	167

I. Teoretická část

Úvod

Vzhledem k narůstající prevalenci poruch příjmu potravy (dále PPP) a snižujícímu se věku, kdy se vyskytují první epizody této poruchy, je v České republice v posledních letech věnována zvýšená pozornost problematice primární a sekundární prevence jídelních poruch. Zahraniční studie ukazují, že efektivita programů prevence zaměřených na neklinickou populaci je nižší, velmi často dochází pouze ke zvýšení znalostí respondentů. Program, který by vedl k postojovým změnám či modifikaci chování bývá vzácný. V České republice není situace v oblasti prevence PPP zcela podceňována, některé projekty prevence zaměřené na žáky staršího školního věku či středoškolské studenty existují, nejsou však dostupné údaje o jejich efektivnosti. V oblasti PPP doposud nebyly vypracovány standardy primární prevence, jak tomu je v oblasti návykových látek.

Programy prevence vycházejí ze studia rizikových a projektivních faktorů vzniku PPP a zaměřují se převážně na dva hlavní problémové okruhy – body image (nespokojenost s vlastním tělem) a stravovací zvyklosti. Z některých studií vyplývá, že dietní chování a zaměřenost na tělesnou hmotnost jsou významnějším prediktorem pozdějšího rozvoje PPP než některé osobnostní či rodinné charakteristiky (Piran, 1997, White, 2000, Byely et al., 2000). V České republice je výzkum v této oblasti omezený, problematikou jídelního chování a body image u předškoláků se zabývala doc. Fraňková (2000), na jídelní postoje a stravovací zvyklosti u žáků staršího středního věku byly zaměřeny některé práce PhDr. Krcha (2000, Krch a kol. 2003, 2005). Výzkumu v oblasti výživy školních dětí a osvětě se nově věnuje Poradenské centrum Výživa dětí, které vzniklo pod záštitou Odborné společnosti praktických dětských lékařů a Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost České republiky. Zejména odborníky ze státních zdravotních ústavů byly vytvořeny některé programy pro žáky základních škol zaměřené na osvojení informací o zdravé výživě a na rozvoj pohybové aktivity. Výchově ke zdravým stravovacím návykům ve školním kurikulu a přípravou pedagogických pracovníků se věnuje PaedDr. Marádová. Česká společnost pro výživu dlouhodobě věnuje pozornost stravování ve školách.

V předkládané studii se věnujeme problematice stravovacích zvyklostí, jídelních preferencí a averzí, body image a sebehodnocení, které jsou považovány za klíčové komponenty prevence v dětském věku. Zaměřujeme se na období mladšího a středního školního věku, které je na jedné straně ohraničené vstupem dítěte do školy a na straně druhé tělesnými změnami v období dospívání, kdy dochází k rozvoji ranných forem PPP. Vzhledem k odlišnému vývoji nazírání na vlastní tělo u obou pohlaví a častějšímu výskytu PPP u žen je naše studie omezena pouze na dívky.

V teoretické části práce se zabýváme vymezením, etiologií a možnostmi prevence PPP, podrobněji je popsán vývoj nutričních zvyklostí a body image. V závěru teoretické části je začleněna stručná charakteristika vybraného vývojového období. Výzkumná část zahrnuje popis metodiky studie a její výsledky. V diskusi jsou pak zahrnuty některé náměty k intervenci v prostředí mateřské a základní školy, které vyplynuly z výsledků a studia literatury.

1. Poruchy příjmu potravy a jejich prevence

1.1 Vymezení poruch příjmu potravy a jejich výskyt

PPP představují kontinuum patologického jídelního chování, kde na jedné straně spektra můžeme vidět zaujetí dietami, štíhlostí, fyzickou a výkonovou dokonalostí, na straně druhé pak závažné formy jídelní patologie jako jsou psychogenní přejídání (které vede často k obezitě), ztráta chuti k jídlu, mentální anorexie a bulimie (Papežová a kol. in Raboch a kol., 2006). Některé diagnostické jednotky mohou přecházet jedna v druhou (Faiburn, Harrison, 2003 in Papežová, 2005).

Mentální anorexie je charakterizována úmyslným snižováním hmotnosti, která je nižší než 85 % očekávané hmotnosti. Snižování váhy si nemocný způsobuje a udržuje sám. Objevuje se přetrvávající strach z tloušťky, narušená představa o vlastním těle.

U žen je dalším diagnostickým kritériem amenorea, která je definována jako chybění tří po sobě jdoucích period u postmenarchálních žen. U mužů dochází ke ztrátě sexuálního zájmu a potence. DSM-IV rozlišuje restriktivní a bulimický typ této poruchy.

Mentální bulimie je syndrom charakteristický neustálým zabýváním se jídlem, opakujícími se záchvaty přejídání a přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti, která vede k vyprovokovanému zvracením či zneužíváním laxativ a diuretik. Nemocná si narozdíl od mentální anorexie uvědomuje chorobnost svých příznaků a mívá snahu zbavit se přejídání a následného zvracení (Krch a kol., 1999).

U atypickým forem PPP (v DSM IV. zahrnutých pod zkratku EDNOS), chybí jeden i více klíčových rysů, ale jinak vykazují typický klinický obraz nebo všechny symptomy jsou mírnějšího stupně. Do této kategorie můžeme například zahrnout pacientky, u kterých přetrvává menstruace při splnění ostatních diagnostických kritérií nebo klientky, které splňují všechna kritéria pro mentální bulimii, pouze frekvence záchvatů přejídání a kompenzačního chování je nižší, než je vymezeno v kritériích pro tuto poruchu.

Mentální anorexie a bulimie se ve více případech vyskytují u žen, poměr mezi chlapci a dívkami je nejčastěji 1: 9 až 1:10 ve prospěch ženského pohlaví (Smolík, 2001).

Celoživotní prevalence mentální anorexie u mladých žen je při užití širších kritérií až 3,7 %, u mentální bulimie 5,4% (Papežová a kol. in Raboch a kol., 2006). Krch (2002) uvádí, že rozšíření mentální anorexie v České republice je srovnatelné se zeměmi západní Evropy, kde postihuje přibližně jednu dívku z dvou set (0,5-0,8%). Podle výše zmíněného autora se však určité příznaky mentální anorexie mohou vyskytnout až u 6% dívek na konci puberty. Prevalence mentální anorexie u nás, na rozdíl od ostatních evropských států, narůstá (Papežová a kol., v tisku).

Mentální anorexie začíná nejčastěji ve věku třinácti až dvaceti let, mentální bulimie obvykle mezi šestnácti až pětadvaceti lety (Maloney, Kranzová, 1997; Hort et al., 2000). U poruch s raným počátkem (pod 12 let) jsou častější různé podoby restriktérského chování, bulimické symptomy se vyskytují zřídka (Nicholls, Lask, 1999).

Podle Dragomirecké et al. (2005) se věk prvního výskytu obtíží v naší populaci snižuje. Přesun nástupu onemocnění do stále nižších věkových skupin potvrzují také některé zahraniční studie (Hill et al, 1992, Hill and Silver, 1995, Flannery-Schröder and Chrisler, 1996). Neúplně vyjádřené formy poruchy jsou častější. Vyšší výskyt je uváděn u vybraných populačních skupin – v modelingu, u tanečních umělců, u sportů vyžadujících nízkou tělesnou hmotnost (Krch, 2002). V posledních letech se některé syndromy rozšiřují do dříve netypických věkových kategorií i socioekonomických vrstev. Papežová udává vyšší výskyt u žen nad 35 let, kde byly nalezeny souvislosti se stresem spojeným se ztrátou blízké osoby nebo strachem ze stárnutí (Papežová, 2005).

Porucha může probíhat jako jediná epizoda s úplnou remisí nebo s chronicitou, ale také ve formě opakujících se epizod po mnoho let. Jak jediná epizoda, tak chronický průběh mohou vést až k letálnímu konci. Kocourková a kol. (2003) uvádí dokonané sebevraždy asi u dvou procent pacientek s PPP.

Do okruhu PPP dále spadá přejídání v reakci na stres nebo spojené s jinými psychickými poruchami, které může vyústit v obezitu. Pro tuto poruchu je typický craving“ po jídle a tzv „binge eating“ jako u bulimických pacientů. Papežová (2005) uvádí výsledky epidemiologických studií, které ukazují, že mezi účastníky redukčních

programů je 18-46 % těch, kteří mají problémy se záchvatovitým přejídáním. U těchto osob se obezita projevuje v ranějším věku.

Mimo mentální anorexii purgativního typu a mentální bulimii může nastat opakované zvracení i u některých typů jiných poruch, například konverzních (Smolík, 2001).

V dětském věku jsou kritéria mentální anorexie omezena na úmyslný úbytek tělesné hmotnosti (vyhýbání se jídlu, vyprovokované zvracení, nadměrné cvičení, zneužívání projímadel), nepřiměřené vnímání hmotnosti nebo postavy a chorobné zabývání se hmotností nebo postavou (Nicholls, Lask, 1999).

V mladších vývojových obdobích se dále vyskytuje syndrom emoční poruchy spojené s vyhýbáním se jídlu. Při této poruše děti uvádějí rozličné důvody, proč nechtějí jíst, obvykle popírají snahu zhubnout, ale přestávají přijímat potravu a mohou být z hlediska somatických následků ohroženy stejně jako pacienti s mentální anorexií. Bývá přidružena porucha nálady, která nesplňuje kritéria pro primární afektivní poruchu. Porucha percepce vlastního těla a chorobné zabývání se tělesnou hmotností se u tohoto syndromu nevyskytují.

K dalším poruchám patří vybíravost v jídlu, pro kterou jsou typické rigidní stravovací návyky, spektrum potravin a jídel, které dítě konzumuje, je omezené.

Méně častým je syndrom pervasivního odmítání, který je charakteristický odmítáním jídla, pití, sebeobsluhy apod. Někteří autoři dávají toto do souvislosti s vyhýbavým chováním u posttraumatické poruchy (Nunn, Thompson, 1996 in Nicholls, Lask, 1999).

MNK-10 dále vymezuje piky u dětí jako požívání látek neurčených k jídlu (například zeminy). Může se objevit jako symptom některé rozsáhlejší duševní choroby (např. autismu), nejčastěji se vyskytuje u mentálně retardovaných dětí (MNK-10, 2006).

Novým syndromem je orthorexie, patologické zaměření na zdravé stravování a biologicky čistou stravu. Vedle motivace posílit zdraví mohou k rozvoji orthorexie vést i jiné příčiny, například touha mít vše pod přísnou kontrolou, únik před strachem, touha po štíhlosti, zvýšení vlastního sebevědomí a sebeúcty nebo využívání jídla k utváření vlastní identity. (Martykánová, Piskáčková, on-line, 2010). Drunkorexie

zahrnuje opakované snižování příjmu kalorií z důvodu zvýšené konzumace energeticky bohatých alkoholických nápojů (Kulhánek, on-line, cit. 2010).

1.2 Etiologie poruch příjmu potravy

Rizikové a protektivní faktory vzniku PPP jsou stále málo objektivně známy, kontrolované studie zatím nepotvrdily obecnou platnost žádného modelu, který by uspokojivě vysvětlil etiologii PPP. Výzkum je stále ve vývoji, nové faktory a jejich korelace se prověřují (Thompson, 1990). Kraemer et al. (1997 in Smolak, 2009) rozlišuje fixní faktory, které nemohou být změněny, a faktory variabilní, jejichž míru vlivu lze měnit (například vliv médií). Kromě redukčních diet neexistuje žádný specifický etiologický faktor nebo jednoznačná příčinná událost, která by se vyskytovala u většiny nemocných a vysvětlila by jejich obtíže (Krch, 1999). Rizikové faktory mají kumulativní charakter a projevují se v kontextu vývojových období. Téměř vždy jde o určitou konstelaci vlivu sociokulturních (kulturní model štíhlosti, výkonnosti, úspěšnosti), rodinných faktorů (výskyt PPP v rodině, zvláštnosti rodinné interakce, zvláštnosti komunikačního stylu v rodině, zvláštnosti vyjadřování emocí, stravovací zvyklosti v rodině), psychologických faktorů (osobnostní rysy, způsob regulace afektů, kognitivní zpracování informací) a biologických faktorů (ženské pohlaví, tělesná hmotnost, hereditární okolnosti, hormonální vlivy). Tento multifaktoriální koncept se v posledních letech stává obecně přijímaným standardem pro popis, interpretaci a terapii PPP.

Vývoj PPP v dětském věku ilustruje model autorů Smolakové et al. (1998). Z predispozičních faktorů uvádí sociokulturní kontext, charakteristiky rodinného fungování, vrstevnické interakce a osobnostní charakteristiky dítěte. Za nejčastější spouštěče označují vývojové požadavky v období dospívání, negativní zážitky spojené s narušením rodinné rovnováhy, problémy ve škole, tlak od trenérů, učitelů, zážitky ohrožení sebepojetí, somatické onemocnění či traumatické zážitky. Autoři definují tři možné výstupy - za nejvíce adaptivní považují spokojenost s tělem, pozitivní sebeocenení, vývoj adekvátních interpersonálních vztahů. Za střední stupeň adaptace přijetí ideálu štíhlosti, nevhodné jídelní návyky a dietování, snížené sebeocenení,

nespokojenost s vlastním tělem. Neadaptivní formou je rozvoj subklinické či plně vyjádřené PPP. Model můžeme doplnit o udržující faktory PPP, jako jsou syndrom hladovění, a následné změny v endokrinním systému, sekundární zisky z nemoci, možnosti a načasování terapeutické intervence.

1.3 Důsledky a terapie poruch příjmu potravy

PPP jsou závažná onemocnění, která vedou k důsledkům v oblasti fyzického, psychického i sociálního fungování. Postihují kvalitu života i sociální vazby, v somatické oblasti vedou k řadě závažných komplikací. Jak jsme již uvedli, závažnější důsledky mohou vést až k letálnímu konci. Také suicidální projevy a sebepoškozování jsou popsány jako relativně časté (Kocourková a kol., 2003).

V souvislosti s PPP může dojít k řadě somatických komplikací, jejich přehled přinášíme v tabulce 1.

Tabulka 1: Zdravotní komplikace PPP (Freeman, 1999; Papežová, 2005)

Kardiovaskulární komplikace	srdečními arytmiie s rizikem úmrtí z narušení elektrolytové rovnováhy; poruchy funkce mitrální chlopně, levé komory a zhoršení výkonnost srdečního svalu; prodloužení QT intervalu
Renální komplikace	zvýšená hladina urey v krvi; hypokalémie, hyponatrémie, hypochlorémie; hypochlorní metabolická alkalóza, hypofosfatémie; hypomagnezémie často doprovázená hypokalcemií a hypokalémií; zvýšené riziko vzniku močových kamenů; otoky končetin; hypoproteinemie s rizikem hypovolemického šoku; vznik ledvinových infarktů
Gastrointestinální komplikace	zduření parotických žláz; eroze zubní skloviny a zuboviny; zánět jícnu; jícnové eroze, vředy; Bouerhaavův syndrom (ruptura jícnu); perforace žaludku; akutní dilatace žaludku; žaludeční vředy; zpomalení vyprazdňování žaludku s následnými pocity plnosti; snížená motilita tenkého střeva; komplikace v oblasti tlustého střeva; akutní pankreatitida; reverzibilní steatóza; hepatomegalie u kwashiorkoru; snížená hladina sérových bílkovin; zvýšená hladina lipidů; hypoglykémie
Kosterní komplikace	zastavení růstu v dětském věku; zpomalení nebo zastavení vyzrávání kostí; osteomalacie, osteopenie, osteoporóza; netraumatické zlomeniny; hypoplazie kostní dřevě
Endokrinní komplikace	Amenorea; hypogonadismus s nízkými bazálními hladinami lutenizačního hormonu a folikuly stimulujícího hormonu; u mužů snížené hladiny testosteronu; nižší hladina tyroxinu; nízká hladina estrogenů; zvýšená hladina kortizonu v plasmě; infertilita
Hematologické	normochromní normocytární anémie; snížená sedimentace erytrocytů; leukopenie; trombocytopenie
Neurologické	abnormální EEG záznamy; periferní neuropatie; bolesti hlavy; generalizované tonicko-klonické křeče; náhlá ztráta vědomí při absenci ortostatické hypotenze; dvojité vidění; svalová slabost, poruchy hybnosti; tetanie; zvýšení hlubokých šlachových reflexů; abnormální EEG; úbytek mozkového parenchymu a zvětšení mozkových komor
Metabolické komplikace	zhoršená regulace tělesné teploty; narušený metabolismus glukózy a kalcia; zvýšená hladina cholesterolu v krvi; zpomalení bazálního metabolismu
Dermatologické komplikace	Suchá šupinatá kůže; lanugo a karotenodermie; purpura; mozoly na hřbetech rukou; kožní vyrážky z nadužívání projimadel a diuretik; vypadávání vlasů; zvýšená lámavost nehtů

U dětí a mladších adolescentů se objevuje rychlejší nástup zdravotních obtíží, větší nebezpečí dehydratace v důsledku menších tukových rezerv (Krch, Marádová, 2003), zpoždění či zastavení růstu, puberty a rozvoje kostí. Mimo konfliktů v rodině, které jsou u těchto poruch časté, může dojít k závažnému narušení psychosociálního vývoje dítěte (Krch, Marádová, 2003).

Léčba PPP je velmi náročná, nákladná a s nejistým výsledkem. Podle vedoucí lékařky Centra pro poruchy příjmu potravy prof. Papežové dochází v dlouhodobém sledování k úplné remisi (tzn. normalizace váhy, absence diagnostických kritérií) u 44 % pacientek s mentální anorexií a 27% s mentální bulimií (Papežová a kol. in Raboch a kol., 2006).

Předpokladem efektivní léčby je motivace pacientky. Někdy se pro navázání kvalitního terapeutického vztahu a zvýšení motivace používají postupy motivační terapie (Papežová a kol., v tisku). Vzhledem k multifaktoriální podmíněnosti poruchy je potřeba komplexního terapeutického přístupu. K léčbě PPP jsou využívány nejčastěji kognitivně-behaviorální, interpersonální, psychoanalytické, psychodynamické nebo rodinné přístupy. Tyto bývají doplněny o relaxační techniky, arteterapii, muzikoterapii či práci s tělem (viz Kapitola 3). K léčbě mentální bulimie a anorexie byly též vypracovány svépomocné manuály, které v České republice vytvořil PhDr. Krch (2002; 2003).

Volba konkrétního přístupu je individuální, záleží na mnoha faktorech, jako jsou věk a osobnost pacienta, motivace ke spolupráci, míra postižení a kvalita rodinného zázemí. Následující tabulka ukazuje přehled účinnosti některých psychoterapeutických přístupů.

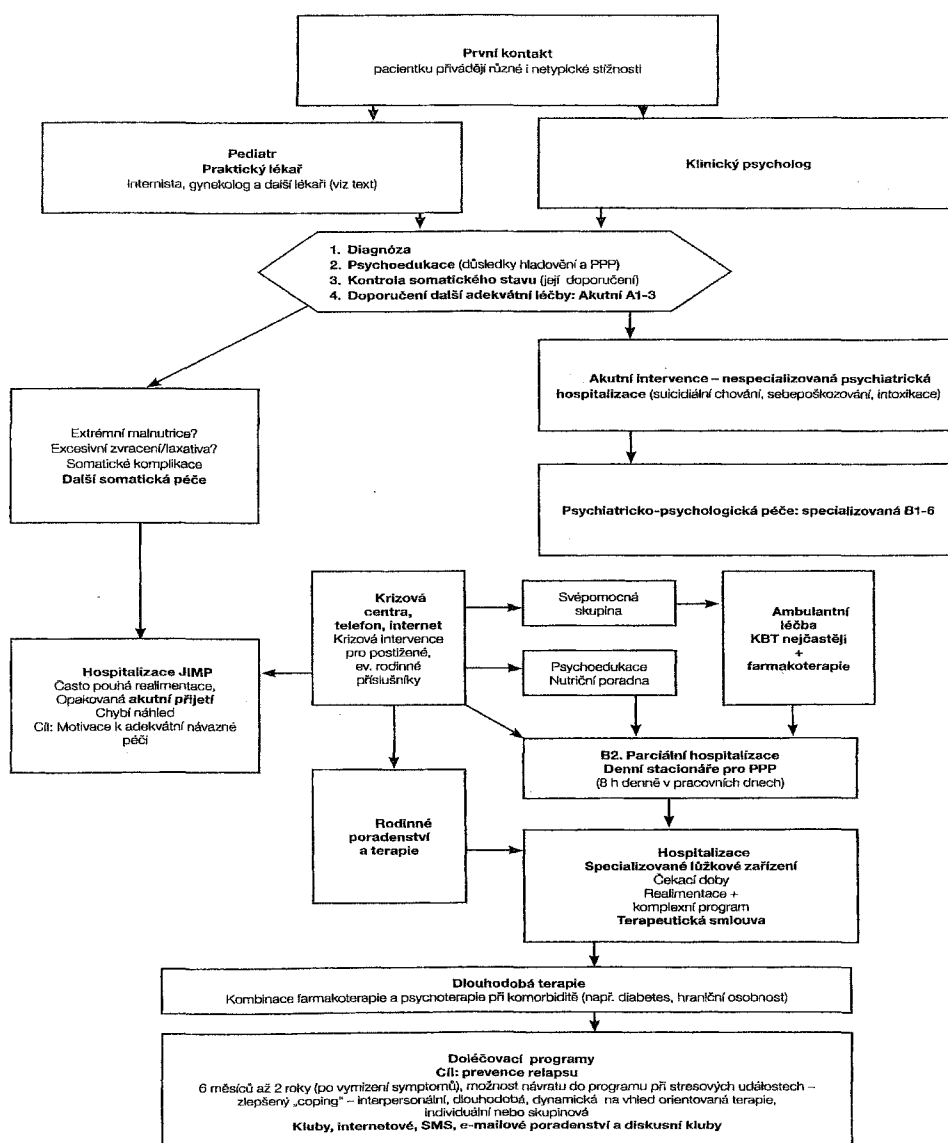
Tab. 2 Účinnost psychoterapeutických přístupů při léčbě poruch příjmu potravy
(upraveno, podle Fairburn, Harrison, 2003)

Psychoterapeutické přístupy	mentální anorexie	mentální bulimie	Binge-eating
kognitivně-behaviorální terapie	Velmi slabý efekt	Průměrný efekt léčby	Průměrný efekt léčby
rodinná terapie	Průměrný efekt léčby	Průměrný efekt léčby	Průměrný efekt léčby
interpersonální psychoterapie	Průměrný efekt léčby	Mírně příznivý efekt léčby	Průměrný efekt léčby
Svépomoc založená na psychoedukaci	Průměrný efekt léčby	Velmi slabý efekt	Mírně příznivý efekt léčby

Léčba pacienta s poruchou příjmu potravy je multioborovou záležitostí, podílejí se na ní lékaři primární péče, psychiatři, psychologové, ergoterapeuti a zdravotní sestry s psychoterapeutickým výcvikem nebo vyškolené v nutričním poradenství.

Specializovaná pracoviště pro PPP ve většině případů fungují na principu terapeutické komunity a kladou důraz na režimová opatření a skupinovou práci. Vedle ambulantní a klasické hospitalizační péče je též alternativou či doplňkem parciální hospitalizace - léčba formou denního stacionáře. První podobné pracoviště v České republice vzniklo v r. 2002 na Psychiatrické klinice Všeobecné fakultní nemocnice v Praze (Chudobová, a kol., 2003, Papežová a Novotná, v tisku).

Postup léčby dobře ilustruje model Papežové (2005):



1.4 Prevence poruch příjmu potravy

1.4.1 Vymezení pojmů

Termín prevence pochází z latinského „*praevenire*“ a zahrnuje opatření, která mají předcházet nějakému nežádoucímu jevu (Wikipedia, on-line, cit. 2009). Historie zájmu o prevenci v oblasti PPP sahá do roku 1979, kdy byla tato problematika popsána v práci Crispa (1979 in Noordenbos, 1996). Od té doby se prevence PPP stala jedním z hlavních témat odborných konferencí (tamtéž).

Cílem primární prevence je snížit vliv rizikových faktorů, které hrají důležitou roli v etiologii PPP. Rozlišujeme nespecifickou prevenci a specificky zaměřené přístupy. Nespecifická primární prevence zahrnuje veškeré aktivity podporující rozvoj harmonické osobnosti, zdravého životního stylu a osvojování pozitivního sociálního chování prostřednictvím kvalitního využívání a organizace volného času, včetně možnosti rozvíjení nadání, zájmů a pohybových i sportovních aktivit (Metodický pokyn k primární prevenci sociálně patologických jevů u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních - dále jen Metodický pokyn, 2007). „Specifická primární prevence obsahuje aktivity a programy, které jsou zaměřeny specificky na předcházení a omezování výskytu jednotlivých forem rizikového chování žáků“ (Metodický pokyn, 2007, str. 2). Profilace těchto programů (snaha působit selektivně) na určitou formu rizikového chování odlišuje tyto programy od programů nespecifických. Specifičnost programů je dále dána nutností zaměřit se na určitou cílovou skupinu, jevící se jako ohroženější či rizikovější, než skupiny jiné (Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů primární prevence užívání návykových látek, 2005).

V primární prevenci PPP můžeme dále rozlišit, podobně jako u prevence sociálně patologických jevů, další dvě kategorie (Muňoz, et al, 1996):

a) všeobecnou prevenci, která je zaměřena na širší populaci, vede ke zlepšení veřejného zdraví a zahrnuje změny ve vládní politice (například změny v zákonech a vyhláškách o propagaci štíhlosti či dietního průmyslu v médiích).

b) selektivní prevenci, která je zaměřena na neklinickou populaci, u které lze předpokládat zvýšené riziko.

Sekundární prevence je zaměřena na ranou detekci a intervenci onemocnění, k prevenci jeho somatických i psychologických následků. Zahrnuje indikovanou (cílenou) prevenci, která „je zaměřena na jednotlivce a skupiny, u nichž byl zaznamenán vyšší výskyt rizikových faktorů v oblasti chování, problematických vztahů v rodině, ve škole nebo s vrstevníky“ (Metodický pokyn, str. 2).

Noordenbos (1996) dělí preventivní strategie na přístupy zaměřené na screening a detekci onemocnění a na edukativní a informativní přístupy. První z jmenovaných jsou mimo zaměření na detekci specifických a nespecifických rizikových faktorů doménou sekundární prevence. Vzhledem k zaměření naší práce se budeme blíže věnovat druhému z přístupů. Informační a edukační přístup může podle výše zmíněného autora zahrnovat přístupy založené na informování o rizicích PPP, nebo přístupy, které učí alternativní copingové strategie. V novějších přístupech se upouští od edukace o spektru PPP, programy se zaměřují na ekologické hledisko.

1.4.2 Formy a rozdělení programů prevence

Specifické programy primární prevence PPP navazují na etiologické modely. Výzkum rizikových a projektivních faktorů je prvním krokem k efektivní prevenci (White, 2000). Vandereycken and Meermann (1984) k tomu uvádí, že dosud nejsou dostatečně známy rizikové faktory, které vedou k rozvoji PPP, rozvoj programů prevence včetně změny preference štíhlosti ve společnosti, jsou problematické.

Levine a Smolak (2001) rozlišují několik modelů prevence. Prvním je model zaměřený na specifika nemoci - sem spadá často citovaný program Killena et al. (viz dále v textu). Dalším konceptem je model založený na teorii stresu. Přístupy založené na tomto modelu se snaží o modifikaci prostředí respondenta tak, aby došlo ke snížení rizikových faktorů (například zvýšení sociální podpory poskytované mentory dospívajícím dívkám, snížení výskytu kritiky fyzického vzhledu ve vrstevnické skupině, apod.), dále využívají techniky nácviku odolnosti vůči stresu apod.

Vzhledem k zaměření naší práce je podstatný vývojový model, který je kombinací dvou předchozích přístupů a navazuje na model vývoje PPP v dětském

věku a v období preadolescence (viz Kapitola 1.2.). Smolak et al. (1998) uvádějí následující možnosti preventivního působení v rámci školního programu: v oblasti redukce rizikových faktorů se jedná o edukaci o efektu dietování, vlivu genetických faktorů na tvar a váhu těla, zprostředkování náhledu na schéma štíhlosti, změna pojetí atraktivity, nácvik zvládnání zátěžových situací a asertivity, rozvoj pozitivního body image a zaměření na zdraví. V oblasti interpersonálních vztahů je to práce s negativním hodnocením vrstevníky a rodiči, snížení nežádoucího modelu rodičů. A dále zvýšení mediální gramotnosti¹, poskytování podpory a informací. Při práci s vývojovými úkoly se může jednat o předávání informací o tělesných změnách v dospívání, práci se stereotypy, snížení zaměření na tělesný vzhled nebo napomáhání získávání podpory od dospělých a organizování „peer“ podpory.

Programy primární a sekundární prevence se zaměřují zejména na dva hlavní problémové okruhy – úpravu stravovacích zvyklostí a body image (zejména na nespokojenost s vlastním tělem). Ze sociokulturních rizikových faktorů se primární prevence nejčastěji věnuje práci s mediálními obrazy a rozvoji tzv. mediální gramotnosti - vedení ke kritickému přemýšlení o mediálních obrazech ve snaze snížit ovlivnitelnost dětí a žáků (Irving, Neumark-Sztainer, 2002).

Formy preventivní práce můžeme dělit shodně jako intervence v oblasti návykových látek: jednorázové akce (besedy s odborníky, školení apod.), dlouhodobé akce (zapojení školy do programů – Zdravá škola, Mléko do škol apod.), tématické bloky se žáky (vyučovací hodiny spojené do bloků a věnované jednomu tématu prevence, např. program Výchova ke zdraví), součást výuky (např. témata věnovaná zdravému životnímu stylu zapracovaná do výuky), aktivity pro volný čas (kluby, kroužky), pobytové akce (vícedenní pobyty žáků mimo domov, spojené např. s nácvikem sociálních dovedností).

1.4.3 Situace v České republice

V zahraničí je prevence PPP dlouhodobě zkoumaným problémem. V České republice začínají specifické projekty vznikat, zatím však neexistují validizační studie,

¹ Vysvětlení viz dále v textu

keré by ověřily jejich účinnost. Významný podíl na prevenci nežádoucích patologických jevů má resort školství. V České republice je na každé škole ustanovena pozice školního metodika prevence, který spolupracuje s vedením školy, výchovným poradcem, pedagogy, rodiči a odbornými institucemi. Oblast prevence PPP je okrajově zahrnuta v prevenci „nežádoucích patologických jevů“ - zaměřuje se na „rozpoznání a zajištění včasné intervence poruch příjmu potravy“ (Metodický pokyn, 2007), tedy na prevenci sekundární. V současné době je v připomínkovém řízení novela Metodického pokynu z roku 2007, která počítá s PPP² jako jednou z forem rizikového chování. Výše uvedený pokyn také definuje tzv. „Minimální program prevence“ - jedná se o konkrétní dokument školy zaměřený na výchovu žáků ke zdravému životnímu stylu, na jejich osobnostní a sociální rozvoj. „Minimální preventivní program je zpracováván na jeden školní rok školním metodikem prevence, podléhá kontrole České školní inspekce, je součástí výroční zprávy o činnosti školy“. (Metodický pokyn, 2007, str. 2).

Prevence sociálně nežádoucích jevů je součástí běžného kurikula v následujících oblastech (Metodický pokyn, 2007, str. 3):

- a) „oblast zdravého životního stylu (výchova ke zdraví, osobní a duševní hygiena, výživa a pohybové aktivity),
- b) oblast společenskovední (komunikace, sociální dovednosti a kompetence),
- c) oblast přírodovědná (biologie člověka, fyziologie, chemie),
- d) oblast rodinné a občanské výchovy,
- e) oblast sociálně-právní“.

Preventivní programy jsou nejčastěji poskytovány externisty, některé programy jsou prezentovány pedagogy jako součást běžné výuky. Podněty pro práci se žáky v oblasti zdraví a zdravých stravovacích návyků nabízí například portál RVP (on-line, cit. 2010).

Oblast prevence PPP není v České republice podceňována, některé programy prevence existují, ale nebývá ověřena jejich účinnost. Vzhledem k multifaktoriální

² Ve smyslu kontinua patologického jídelního chování, viz kapitola 1.1

podmíněnosti poruchy a již zmíněnému nedostatečnému zmapování faktorů, které vedou ke vzniku a rozvoji PPP v naší populaci, je vytvoření efektivního programu, který by vedl k hlubším změnám, náročným úkolem. V praxi se také zřídka objevuje spolupráce kliniků a pedagogických pracovníků. V neposlední řadě se na omezené realizaci podílí finanční limity škol.

1.4.4 Vybrané tuzemské a zahraniční programy prevence

Vzhledem k zaměření naší práce na neklinickou populaci mladšího a středního školního věku je přehled programů omezený na projekty prevence určené pro tyto věkové skupiny.

Pokud mluvíme o prevenci, měli bychom zmínit jednu z kontrolovaných a často citovaných studií, kterou provedl Killen et al. (1993). Tento tým ověřoval účinnost programu prevence založeného na teorii sociálního učení a přístupech kognitivně – behaviorální terapie (dále uvádíme jen zkratku KBT). Cílovou skupinu tvořili žáci 6.-7. tříd. Program zahrnoval 18 lekcí, které se zaměřovaly na nezdravou regulaci tělesné hmotnosti, edukaci o zdravém stravování a nácvik dovedností vedoucích k odmítání diet. Ze studie ověřující účinnost realizované na vzorku 995 žáků se ukázalo, že program vedl ke zvýšení znalostí, neovlivnil však postoje k jídlu a chování.

V České republice se na edukaci o zdravých stravovacích zvyklostech u dětí zaměřuje poradenské fórum Výživa dětí, které vzniklo pod záštitou Odborné společnosti praktických dětských lékařů (OSPDL ČLS JEP) a Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost České republiky (SPLDD). Projekt navazuje na aktivity Fóra zdravé výživy zaměřené na dospělé, nabízí rodičům možnost bezplatné konzultace s nutriční terapeutkou, která pomůže reálně zhodnotit jídelníček i stravovací zvyklosti dítěte tak, aby lépe odpovídalo zásadám zdravé výživy. Na internetových stránkách je k dispozici dotazník stravovacích zvyklostí. Komentář k dotazníku a vyhodnocení jsou následně zaslány v písemné podobě na emailovou adresu rodičů. Dotazník zahrnuje četné dotazy na somatický stav dítěte a v případě odchylek BMI od normy nebo závažného onemocnění je rodičům zobrazena stránka s doporučením konzultovat

jídelníček s lékařem - poradna se nezaměřuje na oblast redukčních diet či poradenství při somatickém onemocnění. Na stránkách jsou ke stažení materiály pro rodiče i odbornou veřejnost.

V roce 2009 vznikl projekt Zrcadlo výživy, který je financován Evropským sociálním fondem a státním rozpočtem České republiky. Projekt je zaměřen na školy Libereckého kraje, kterým nabízí zapojení do tzv. „projektových dnů“ na téma zdravé výživy. Součástí jsou exkurze, přednášky a workshopy. Projekt je zacílený na edukaci o správných stravovacích návycích, jeho dalším cílem je seznámení s výrobcí potravin a pokrmů, a tím vede k upevnění vztahu k regionu (Kernová, on-line, cit. 2009).

Další projekt Výživa hrou aneb s Danem jíme zdravě vznikl z podnětu Institutu Danone, je součástí kurikula Škol podporujících zdraví (viz dále v textu). Program je na CD nosiči, zahrnuje interaktivní hry zaměřené na zvýšení znalostí o výživě u předškolních dětí a žáků mladšího školního věku (Výživa hrou, on-line, cit. 2010).

Program Pyramidáček vznikl ve Státním zdravotním ústavu Praha, detašovaném pracovišti v Brně, v roce 2008, zahrnuje metodický materiál pro pedagogy mateřských škol a metodické listy pro žáky 1.-5. třídy. Podobně jako předchozí projekt je zaměřený na zvýšení znalostí o zdravé výživě, jejich ověření probíhá formou znalostní hry (on-line, cit. 2010).

Zdravá 5 je aktivita společnosti Ahold, zaměřuje se na zvýšení konzumace ovoce a zeleniny u žáků 1.- 4. tříd. Program zahrnuje pracovní listy pro žáky. Společnost dále pořádá odborné semináře pro pedagogy (Zdravá 5, on-line, cit. 2010).

Pro žáky 4.-5. tříd je určena metodika Putování za zdravým jídlem, kterou vytvořil tým ze Státního zdravotního ústavu v Hradci Králové. Program je zacílený zejména na rozvoj znalostních kompetencí, formou práce jsou přednášky a praktická cvičení. Účinnost programu byla ověřena, vedl ke zvýšení znalostí, postojové změny nebo změny chování nebyly zjišťovány (on-line, cit. 2010).

Chceš-li být úspěšný, musíš být zdravý je komplexním projektem zaměřeným na zdravý životní styl, prevenci rizikového chování a úrazů. Projekt byl vytvořen pracovníky Státního zdravotního ústavu v Jihlavě, je určen žákům 4.-5. tříd a

zahrnuje besedy a cvičení s pracovními listy. Součástí projektu je vzdělávání pedagogů a spolupráce s rodiči (on-line, 2008).

Program Hravě žij zdravě je podpořený soutěží o ceny a je určen pro žáky 5. tříd. Projekt vznikl pod záštitou České potravinářské komory ve spolupráci s klubem STOB (Hravě žij zdravě, on-line, cit. 2010).

Problematika zdravé výživy je ve vzdělávacím programu Základní škola součástí Prvouky a Výchovy ke zdraví. V rámci vzdělávacího programu Obecná škola je výživa a pohybová aktivita (mimo jiné i relaxační techniky) součástí okruhu Člověk.

Z projektů zaměřených na prevenci PPP můžeme jmenovat aktivity sdružení Anabell, které se zaměřuje „na děti a mládež, rodiče ohrožených dospívajících, pedagogy, odbornou zdravotnickou veřejnost, studenty lékařských fakult.“ (on-line, cit. 2009). Sdružení realizovalo řadu lokálních akcí, celorepublikový program Anorexie, bulimie – dvě hluboké propasti I–II (2004–2005) a projekt Poruchy příjmu potravy (2006). Organizuje Týden pro mentální anorexii a bulimii. Při práci se žáky základních škol se zaměřují na edukaci o stravovacích návycích a na budování zdravého sebevědomí. Aktivity sdružení dále zahrnují terciární prevenci zaměřenou na prevenci relapsu - klub Anonymní anorektičky a bulimičky (Anabell, on-line, cit. 2009).

V říjnu 2006 byla založena Veřejná sbírka Dove pro podporu prevence poruch příjmu potravy. Je společným projektem společnosti Unilever ČR, spol. s.r.o. a Nadace VIA. Touto organizací jsou například podpořeny přednášky S.Váchalové, bývalé pacientky s PPP, která se zaměřuje na předávání informací o těchto poruchách žákům ve věku 12-19 let. (Váchalová, on-line, cit. 2009). Údaje o efektivitě činnosti výše uvedených českých projektů prevence PPP nejsou dostupné.

V mladších věkových obdobích se nejčastěji využívá školních programů intervence. Tento typ preventivního působení v klasifikaci řadíme mezi všeobecnou – selektivní prevenci (Levine and Smolak, 2009). Výhodou školních programů je, že z těchto programů mohou profitovat obě pohlaví. Výzkum ukazuje, že prevence zaměřená na školní prostředí zahrnuje dvě hlavní komponenty – psychoedukaci a práci s mediálními obrazy. Někteří autoři doporučují zaměřit se na objasnění

sociokulturních rizik pro dívky před 13. rokem věku (Levine a Smolak, 2009). Některé programy prevence ukazují, že pokud zvýšíme znalosti žáků o cvičení, výživě a podpoříme jejich dovednosti čelit kulturním standardům krásy, může toto vést ke zlepšení body image a stravovacích zvyklostí (Smolak, Levine, 2001). Jeden český projekt a některé často citované zahraniční uvádíme níže.

Preventivní program *Výchova ke zdraví* vznikl v roce 2003 z podnětu Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy (Krch, Marádová 2003). Program je určen pedagogům, učitelům předmětu výchova ke zdraví a školním metodikům prevence. Metodická příručka pro pedagogy zahrnuje následující informační okruhy: dospívání jako rizikové období pro rozvoj poruch příjmu potravy; mentální anorexie, mentální bulimie; výskyt poruch příjmu potravy v populaci ČR; jak rozpoznat poruchu příjmu potravy; mentální anorexie a bulimie u dětí; zdravotní problémy spojené s poruchami příjmu potravy; jaké jsou příčiny mentální anorexie a bulimie; léčba poruch příjmu potravy u dětí; další problémy spojené se stravováním dětí; prevence poruch příjmu potravy u dětí a mládeže. Projekt si podle autorů klade za cíl :

- „poskytnout žákům dostatek správných informací o výskytu, příčinách i důsledcích poruch příjmu potravy,
- vést žáky ke zdravým stravovacím návykům,
- podporovat pozitivní sociální klima ve škole,
- vytvářet podmínky pro osobnostní rozvoj každého žáka, pro posilování sebedůvěry s cílem omezovat projevy sebedestruktivního chování“ (Krch, Marádová, 2003, str. 22).

Teoretický úvod je doplněn o metodické náměty pro práci se žáky staršího školního věku. V projektu jsou užívány metody aktivního učení, které se jeví v prevenci účinnější než frontální výuka (Stice and Shaw, 2004). Žákům jsou zadávány úlohy, jejichž cílem je výchova ke zdravým stravovacím návykům, rozvoj sebedůvěry a sociálních dovedností. Autoři k tomu uvádějí, že vhodné jsou techniky „zaměřené na zvyšování sebevědomí žáků, na rozvoj vědomí sebe samého a zkoumání vlastní osobnosti. Cvičení by měla napomoci tomu, aby skupina (třída) dala svým členům najevo, že je přijímá takové, jací jsou, a aby se žáci více vnímali navzájem.

Je kladen důraz na uvědomění si hodnoty každého jedince, přijetí společné odpovědnosti za pohodu každého člena skupiny. Červenou nití vinoucí se všemi aktivitami by měla být snaha o upřímnost jak v komunikaci, tak i ve vztazích, oceňování vlastností společných i odlišných, podpora vzájemné úcty, důvěry, empatie a citlivosti.“(Krch, Marádová, 2003, str.23). Efektivita programu nebyla výzkumně ověřena.

Program „Eating Smart, Eating for Me“ vytvořil tým Lindy Smolakové (1998), která se dlouhodobě zabývá problematikou body image a PPP v dětském věku. Program je určen žákům čtvrtého a pátého ročníku základní školy. Cílem programu je vysvětlit důležitost zdravé výživy a podpořit zdravé stravovací návyky namísto dietování, podněcovat zdravou pohybovou aktivitu, edukovat rodiče a žáky o diverzitě tělesných proporcí, pracovat na rozvoji zdravého body image, zvýšit mediální gramotnost. Do programů jsou zahrnuti i rodiče, kteří dostávají „dopisy“ ze školy, které se věnují jednotlivým problémovým okruhům. Program vedl ke zvýšení znalostí o výživě, efektu dietování, tělesném tuku. U žáků pátých tříd též vedl ke snížení předsudků vůči lidem s nadváhou. U obou věkových skupin nedošlo k postojovým změnám či změnám chování. Vztah k vlastnímu tělu a množství pohybové aktivity zůstaly nezměněny.

Z dalších programů, u kterých byla experimentálně ověřena účinnost můžeme dále jmenovat práci Kusela (1999 in Levine, Smolak, 2001), který pracoval se žáky čtvrtých až šestých tříd. Tento program je založen na prezentaci krátkého videa a následné diskusi. Program ukázal signifikantní zlepšení v jídelních postojích a v chování, body image, sebepojetí a internalizaci štíhlého ideálu bezprostředně po absolvování programu.

Studie autorky Baranovskí a Hetherington (2001) ukázala, že edukace o zdravých stravovacích návycích může vést ke snížení dietování ve skupině preadolescentů a nepotvrdila hypotézu, že tento typ preventivního působení negativní zaměření na stravování naopak zvyšuje.

Na mladší žáky (9-12 let) byl zaměřen program Katera et al. (2002). Program zahrnoval 10 lekcí, které jsou součástí školního rozvrhu. Ověřovací výzkum ukázal pozitivní změny ve znalostech o oblastech, které program obsahoval, přijetí

rozličných tělesných rozměrů, pozitivním sebehodnocení a snížení preference štíhlého ideálu krásy.

Z novějších projektů se jako efektivní se dále ukázal 12-ti týdenní program Be a Fit Kid, zaměřený na osvojení zdravých stravovacích návyků a rozvoj pohybové aktivity (Slawta, et al., 2008) a program Girls'Group, zahrnující mimo práce s rizikovými a projektivními faktory také cvičení jógy. Program je určen pro žáky 5. třídy. Scime a Cook-Cottone (2008) ověřily účinnost tohoto programu.

Program The Health Promoting Schools Framework (O'Dea a Maloney, 2000) je komplexním programem založeným na ekologickém principu, základní ideou je podobně jako v programu Škola podporující zdraví spojení zdraví a vzdělání. Program zahrnuje tři oblasti intervence, klade důraz nejen na změny ve škole, ale i v celé komunitě (společnosti).

Někteří autoři (Levine a Smolak, 2009) doporučují zaměřit pozornost na mladší věkové skupiny, zejména na předškolní věk kde není „thinness schema“ plně konsolidováno a je více přístupné intervenci. Takovým příkladem je Shapesville (Mills, et al., 2003). Program je zacílený na formování zdravého body image. Metodika zahrnuje příručku s obrázky a básničkami, které jsou námětem pro diskuse s dětmi (internetový odkaz na ukázkou z podnětového materiálu pro děti je uveden v seznamu literatury). Studie zaměřená na ověření účinnosti této metodiky ukázala, že ve srovnání s kontrolní skupinou, která pracovala s jiným materiálem, se spokojenost s vlastním tělem u výzkumného souboru zvýšila a naopak došlo ke snížení vyjadřování stereotypů vůči lidem s nadváhou (Dohnt, Tiggemann, 2008).

Vzhledem k limitovanému počtu publikací české provenience věnovaných problematice primární prevence jídelních poruch nás zajímalo zpracování tohoto tématu v rámci závěrečných studenských prací. Na Pedagogické fakultě Univerzity Karlovy v Praze byly zpracovány dvě práce s touto tematikou (Nováková, 2008; Lukáčová, 2009). První autorka uvádí návrh programu pro 4.-5. třídu základní školy založeného na technikách aktivního sociálního učení. Lukáčová (2009) uvádí dvě praktická cvičení se žáky 9. tříd s názvem Pyramida zdravé výživy a Ideál krásy. Na Masarykově Univerzitě v Brně převzala některé techniky a sestavila metodiku pro učitele 2. stupně E. Štípačková (2006). Odehnalová (2008) uvádí preventivní

program zahrnující tři techniky. První z nich je zaměřena na rizika spojená s PPP, druhá je nácvikem asertivity, poslední je věnována vlivu médií. Procházková (2008) uvádí některá teoretická doporučení pro prevenci jako jsou vedení ke správným stravovacím návykům v rodině, rozvoj sebedůvěry žáků, práce s kritikou ostatních, vytvoření kvalitního hodnotového systému, práce s vlivem sdělovacích prostředků. V prostředí školy doporučuje pracovat s metodikou Výchova ke zdraví (Krch, Marádová, 2003). Podobně Gregorová (2007) v kapitole věnované prevenci doporučuje výše uvedenou metodiku pro práci se žáky. Můžeme shrnout, že téma prevence je převážně zpracováváno studenty pedagogických fakult. Teoretické úvody výše zmíněných prací nejčastěji zahrnují vymezení a přehled rizikových faktorů podporujících vznik PPP. Samotné téma prevence bývá zpracováno méně, většinou zahrnuje informace z příručky pro pedagogy vypracované Krchem a Marádovou (2003). Některé práce zahrnují návrhy preventivních programů. Tyto jsou vytvořeny pro realizaci pedagogy a převážně zahrnující zvýšení znalostních kompetencí žáků, u Procházkové (2008), která podala přehled některých doporučení pro primární prevenci, jsou zahrnuti rodiče žáků.

1.4.4.1 Preventivní programy zaměřené zejména na práci s mediálními obrazy

O některých zahraničních programech zahrnujících tento typ intervence jsme pojednali již výše. K preventivnímu působení můžeme volně zařadit i aktivity Americké akademie pro poruchy příjmu potravy, která navrhla v roce 2006 módním tvůrcům nové zásady pro modeling. Ve Francii byl v loňském roce dokonce přijat zákon omezující propagaci nezdravé štíhlosti (Havlín, on-line, cit. 2010).

Podobně v České republice lékaři Specializované jednotky pro poruchy příjmu potravy v Praze upozornili na rizika spojená s prezentací štíhlého ideálu v médiích a zaslali dopis prezidentovi soutěže Miss Miroslavovi Zapletalovi. V otevřeném dopise autoři uvádějí: "Trend k mediální propagaci štíhlosti je natolik znepokojivý, že vás důrazně žádáme o zvážení způsobu další organizace této soutěže. [...] Krása těla a touha být štíhlá ve chvílích, kdy překračují mez zdravého životního stylu, se tak dostává na druhou stranu této mince. Na stranu závažného ohrožení zdraví,

chorobného hubnutí, nekonečných a drastických hladovek, nebezpečného vyčerpávajícího cvičení a úmyslně vyvolávaného zvracení.“ (Ideální, on-line, cit. 2004). Otevřeným dopisem se však nepodařilo s vedoucím soutěže zahájit odbornou diskusi. Zástupci konkurenční společnosti Česká miss přijali pravidla navrhaná odborníky a zúčastnili se panelové diskuse v rámci mezioborové konference o PPP.

Papežová (2008) v této souvislosti dále upozorňuje na narůstající trend soutěží krásy pro děti (Miss Aerobik, Miss Golf, Miss Mažoretka, Miss Junior apod.) a dále uvádí, že pro efektivní primární prevenci PPP je třeba najít vhodný jazyk pro komunikaci s médii, zákonodárci a odborníky (Papežová a kol., v tisku).

V rámci „Kampaně za skutečnou krásu“ a veřejné sbírky 5P, které probíhají v České republice, byl vytvořen výukový program Body Talk. Program skrze praktická cvičení učí žáky kritickému myšlení, pomáhá vytvořit hodnotový systém, který neakcentuje fyzický vzhled (Program Body Talk, cit. 2009).

1.4.4.2 Programy nespecifické prevence

Mezi tento typ preventivního působení můžeme volně zařadit projekt Škola podporující zdraví, který metodicky vede tým pracovníků Státního zdravotního ústavu v Praze. Evropská síť škol hlásících se k programu Škola podporující zdraví (dále ŠPZ) začala vznikat od roku 1990. Tato síť zahrnuje 43 zemí a je garantována Světovou zdravotnickou organizací, Radou Evropy a Komisí Evropské unie. Podle dostupných údajů tvoří Národní síť ŠPZ 96 mateřských škol, 112 základních škol, 6 středních škol a 7 speciálních a praktických škol (Bělka, on-line, cit.2008). Cílem projektu je vytvořit školu, která respektuje a podporuje zdraví všech lidí ve škole (dětí, učitelů, rodičů) ve všech jeho složkách (tělesné, duševní, sociální a duchovní) a je v rovnováze s prostředím přírodním a společenským (Havlíková a kol., 1998).

Ze zásad projektu na úrovni preprimárního vzdělávání můžeme například jmenovat: věkově smíšené třídy, rytmický řád života a dne, tělesná pohoda a volný pohyb, zdravá výživa, bezpečné sociální prostředí, partnerské vztahy s rodiči,

spolupráce mateřské školy se základní školou a začlenění mateřské školy do života obce (Havlíková, Havlová, 1995).

Zásady pro základní a střední školy jsou rozděleny do tří “pilířů”. Prvním je pohoda prostředí (věcného, sociálního a organizačního), druhým zdravé učení (smysluplnost, možnost výběru, přiměřenost, spoluúčast a spolupráce, motivující hodnocení) a třetím otevřené partnerství (škola jako model demokratického společenství a kulturní a vzdělávací středisko obce; Bělka, on-line, cit.2008). Škola podporující zdraví zahrnuje následující činnosti:

- „zaujímá širší pohled zahrnující všechny aspekty života školy a jejich vztahů ke komunitě;
- je založena na modelu zdraví, který zahrnuje interakci aspektů tělesných, duševních, sociálních a životního prostředí;
- zaměřuje se na aktivní spoluúčast žáků;
- bere do úvahy širší rozsah vlivů na zdraví žáků;
- akceptuje, že mnohé podstatné dovednosti a postupy jsou společné všem zdravotním problémům a že by mohly být předem plánovány jako součást osnov;
- pohlíží na vývoj pozitivního sebepojetí a rozvoj jedinců přejímajících kontrolu nad svými životy jako jeden z ústředních bodů podpory zdraví;
- uznává význam fyzického prostředí školy ve smyslu estetickém a také jeho přímé fyziologické dopady na žáky a sbor;
- pohlíží na podporu zdraví v pedagogickém sboru jako na relevantní problém, uznává příkladnou roli pedagogického sboru;
- považuje podporu rodičů a spolupráci s nimi za ústřední bod činnosti školy podporující zdraví;
- pohlíží na školní zdravotní službu z širší perspektivy, která zahrnuje záchyt a prevenci nemocí, ale také se aktivně pokouší integrovat tyto služby do kurikula výchovy ke zdraví a pomáhá žákům v tom, aby se stali uvědomělými uživateli zdravotních služeb“ (Havlíková a kol., 1998, str. 32).

V oblasti zdravé výživy školy zapojené do projektu uskutečňují zásady a doporučení zásad zdravé výživy prostřednictvím školního stravování (ve smyslu spolupráce pracovníků stravovacího provozu se školou a rodinou, respektování individuálních hledisek a potřeb dětí, vhodného rozložení přesnídávek a hlavního jídla, zajištění dostatečného příjmu vhodných tekutin během vyučování, klidné a estetické prostředí školní jídelny, apod.), témata spojená s výživou jsou začleněna do výuky (Havlíková a kol., 1998). Světová zdravotnické organizace nově vytvořila program Škola zdravé výživy, který navazuje na výše zmíněný projekt ŠPZ (WHO, Nutrition-Friendly Schools Initiative, on-line, cit. 2010).

K nespecifické primární prevenci lze zařadit též nevykonnostní, sportovní, volnočasové aktivity a programy (Standardy, 2008).

1.4.5 Účinnost preventivních programů

Neúčinná primární prevence v oblasti sociálně nežádoucích jevů zahrnuje dle Metodického pokynu (2007) „zastrašování, citové apely a pouhé předávání informací, samostatně realizované jednorázové akce, potlačování diskuse, hromadné aktivity nebo promítání filmů bez následné diskuse“ (Metodický pokyn, strana 2).

V oblasti PPP se musíme vyvarovat intervencí, které mohou působit návodně. U některých programů prevence právě předávání informací o zdravých způsobech stravování a společenském ideálu štíhlosti vedlo ke zvýšenému výskytu dietování a preference štíhlosti. Někteří autoři tvrdí, že předávání informací o poruchách příjmu potravy neklinickým skupinám může být rizikové (Stice, Shaw, 2004; Fingeret et al., 2006, Baranovski; Hetherington, 2001). O’Dea (2002) a Noordenbos (1996) upozorňují na podobné zkušenosti z oblastí prevence kouření a návykových látek. I klinická zkušenost ukazuje, že některé dívky s mentální bulimií začaly s vomitem, až když se o této možnosti dozvěděly od vrstevnic nebo z médií. Podobně Papežová (2008) poznamenává, že mediální prezentace mentální anorexie v Italské kampani fotografa Oliviera Toscaniho by mohla vést u některých pacientek ke zvýšení restriktce v touze po publicitě. Na straně druhé Pratt uvádí, že přímé důkazy potvrzující škodlivost edukace o PPP neexistují (on-line, 2002).

Výzkum založený na analýze řady dostupných programů prevence ukázal, že všeobecné i indikované programy prevence mohou být účinné. Za nejvíce efektivní jsou považovány programy indikované prevence, používající interaktivní metody zaměřené na zlepšení stravovacích zvyklostí, rozvoje přiměřené pohybové aktivity a rezistence vůči sociálnímu ideálu štíhlosti (Stice et al., 2007). V novější studii Shaw et al. (2009) potvrzují, že více jak polovina dostupných programů vede ke snížení rizikových faktorů a více jak třetina snižuje jídelní patologii.

Méně, ale přesto účinná, je všeobecná prevence zaměřená na neklinickou populaci (Stice a Shaw, 2004). K tomu tuto autoři uvádějí, že je možné, že v neklinické populaci a zejména v mladších věkových skupinách jsou nižší hladiny rizik, které jsou standardním způsobem ověřování hůře odhalitelné.

Za příznivé činitele zvyšující efektivitu programu (ať už všeobecné nebo indikované prevence) bývá uváděn komplexní program s vyšším počtem sezení a dále interaktivní formát programu (tamtéž; Stipek et al., 1999). De León et al., (2008) ověřili tyto kritéria v praxi a interaktivní program se ukázal jako účinnější ve srovnání s didaktickým programem i po šesti měsících po intervenci.

Linda Smolak a Levine (2001) dále doporučují k úspěšnému programu prevence pracovat i s ekologickými ukazateli, jako jsou školní prostředí a rodina, kde však může být motivace ke spolupráci problematická. Z analýzy minimálních preventivních programů zaměřených na oblast drog na 159 základních a středních školách vyplynulo, že rodiče bývají z 62,2% zahrnuti do programu, ale spolupracují jen výjimečně a až při objevení nežádoucích projevů chování se na školu obrací jako na poradenské pracoviště (Slavíková, 2000). V oblasti návykových látek si rodiče často nepřipouštějí možnost experimentace s návykovými látkami, v oblasti PPP by mohla být situace příznivější.

V České republice Ellingerová (2009) v rámci své diplomové práce zjistila, že pedagogové základních a středních škol považují za vhodnou formu prevence přednášky o PPP nebo besedy s bývalými pacienty, tedy formy prevence jejich účinnost je problematická. V oblasti užívání návykových látek jsou vytvořeny standardy efektivní primární prevence, které zaručují účinnost a bezpečnost nabízeného programu. V oblasti PPP taková pravidla zatím vypracována nebyla,

s jejich vytvořením se počítá do r. 2012 v rámci nového projektu Institutu pedagogicko-psychologického poradenství České republiky a Centra Adiktologie Psychiatrické kliniky a 1. LF UK v Praze.

Zásady pro efektivní primární prevenci v oblasti návykových látek se podle našeho názoru dají aplikovat i v oblasti prevence PPP, některé komentáře přinášíme níže (Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů primární prevence užívání návykových látek, 2008).

Standardy primární prevence v oblasti návykových látek (zkráceno)	Komentář - možnosti v oblasti PPP
1. vzhledem k bio-psycho-sociálnímu modelu je potřebné preventivní programy koncipovat komplexně a zahrnout mnohočetné strategie intervence	1. vzhledem k multifaktoriální podmíněnosti PPP lze tento předpoklad převzít v plném znění
2. systematické a dlouhodobé působení, návaznost programů	2. jak jsme uvedli výše v textu, déleodobější působení se ukázalo jako faktor zvyšující účinnost programu prevence PPP
3. cílenost a adekvátnost informací a forem působení vzhledem k cílové skupině	3. lze převzít v plném znění
4. propojení s prevencí ostatních rizikových forem chování	4. lze sdílet některé z techniky zaměřené na formování zdravého životního stylu a sociálních dovedností
5. pozitivní orientace primární prevence a nabídka alternativ vhodných pro příslušnou cílovou skupinu	5. jak jsme uvedli výše, vhodnější než edukace o rizicích PPP je zaměření na zdravé stravovací návyky, formování pozitivního body image, atd.
6. orientace zejména na kvalitu postojů a změnu chování, součástí prevence by mělo být získání relevantních sociálních dovedností	5. v oblasti PPP lze tento předpoklad opět zcela převzít
7. využití „peer“ prvku	6. spolupráce s vrstevníky například v rámci diskuse o ženské problematice a změnách v období dospívání (například programy N. Piran) nebo využití vlivu vrstevníků na přejímání vhodných stravovacích návyků (návaznost na studie Birch a Fraňkové)
8. „denormalizace“ – změna norem a hodnot určitého společenství tak, aby užívání a šíření návykových látek nebylo jako žádoucí nebo neutrální sociální norma	7. v oblasti PPP lze pracovat například s dietováním nebo přijetím štíhlého ideálu
9. podpora protektivních faktorů ve společnosti – vytváření podmínek pro společensky přijatelné aktivity a vytváření prostředí umožňujícího navázání uspokojivých vztahů. Nabídka specializované péče a kontaktů pro krizové situace	8. Tento předpoklad lze opět zcela převzít, v oblasti PPP jsou takovými faktory zejména zdravé stravovací návyky, akceptující postoj k vlastnímu tělu a pozitivní sebehodnocení (Gustavsson, et al., 2009).
10. nepoužívání neúčinných prostředků jako jsou poskytování zdravotnických informací o účincích návykových látek, apod.	9. viz bod 5.

Můžeme shrnout, že efektivita preventivních programů zaměřených na neklinickou populaci kolísá, ne všechny vedou k postojovým změnám nebo změnám chování. Problematické je též ověřování účinnosti. Výzkumníci často používají rozdílné metodiky, zaměřené převážně na znalostní kompetence. Sledování zaměřená na hlubší změny po delším časovém odstupu bývají vzácná. Efektivní

program prevence předpokládá v první fázi výzkum rizikových a protektivních faktorů typických pro danou populaci a teprve následné vytvoření komplexního programu, který by odpovídal zásadám efektivní primární prevence a zahrnoval spolupráci s rodinou, školou a pracovníky z klinické praxe.

2. Nutriční zvyklosti, jídelní preference, averze a dietní tendence v mladším a středním školním věku

2.1 Symbolický význam jídla

Jídlo je jedním ze základních předpokladů pro udržení života. Mimo své základní funkce může mít řadu psychologických významů - může samo o sobě přinášet potěšení, může být odměnou, prostředkem k uklidnění, může být užíváno ke snížení úzkosti, strachu, frustrace či vyjádření hostilního postoje. V některých kulturách je chápáno jako vyjádření lásky, štědrosti, péče a pohostinnosti (Bruss, 2003 in Fraňková a kol., v tisku). Konzumace jídla je příležitostí k setkávání se s druhými lidmi.

Symbolický význam jídla vyzdvihl již Sigmund Freud a psychoanalytické teorie, podle kterých jídlo a jeho příjem mohou odrážet konfliktní vztah k matce, sexuální touhu, destruktivní impulsy či depresivní stav (Smolík, 2001).

Jídelní chování jako způsob přijímání tuhé a tekuté potravy, vztah k jídlu a chuťové zvyklosti se vyvíjejí jako specifická charakteristika člověka od raného věku. Již primární kontakt matky s novorozencem se odehrává v oblasti krmení. Dítě není jen pasivním příjemcem, již od prvních dní od narození je aktivním činitelem v interakci s prostředím (Fraňková, 2007). Jídlo je vedle předávání živin, energie a protiláték i významným komunikačním aktem, přináší pevný základ pro další citový vývoj dítěte. Fraibergová (2002) zmiňuje trendy ve výchově. Ve dvacátých a třicátých letech odborníci doporučovali krmení v přesně vymezených intervalech. Pravidelné krmení se mělo stát základnou pro pozdější pevný charakter. Pozdější studie vyvrátily vhodnost tohoto přístupu, protože dítě v útlém dětství není vybaveno duševními procesy, které by mu umožnily potlačit pocit hladu nebo odložit uspokojení potřeby.

Ve vývoji s postupně se rozvíjející individualitou dítěte má jídlo stále velký význam, například den je podle do značné míry fázován podle jídla, jídlo je výrazem matčiny láskyplné péče, dítě má možnost se odvděčit tím, že všechno bez problémů sní a chová se podle pravidel. Odmítání či jiné problémy s příjmem potravy vyvolávají v matce (rodičích) významné obavy a poskytují tak dětem způsob, jak s dospělými manipulovat a získat jejich pozornost (Elliott, Place, 2002).

S postupujícím vývojem se rozšiřuje i repertoár jídel, dítě se učí stále přesněji kontrolovat svůj příjem potravy, rozlišovat chuťové vlastnosti jídla a hodnotit je, nejprve emočně, později i rozumově. Jídlo spojuje s novými zkušenostmi, zážitky, s celkovou vnější situací. Spojování jídla s příznivými nebo negativními zážitky je jedním ze základů pozdějších postojů k určitým jídlům nebo složkám. Na základě toho si dítě začíná utvářet vlastní jídelníček, učí se jídelním stereotypům typickým pro jeho rodinu. Jídlo se postupně stává víc než biologickou potřebou, uspokojuje jeho emoční i psychosociální potřeby (Fraňková a kol., 2000).

Jídlo a příjem jídla v neposlední řadě ovlivňují fyzický vzhled a stávají se tak významným prostředkem v procesu včleňování jedince do sociokulturního prostředí.

2.2 Postoje k jídlu, jídelní preference a averze

Vývoj nutričních preferencí, jako vytvářejících se vzorců potravního chování začíná podle některých autorů již prenatálně. Langmajer a Krejčířová (1998) uvádějí experiment, kdy jsou do plodové vody přidány látky lipidiol a sacharin. Ve druhém případě došlo ke zvýšení konzumace amoniové tekutiny plodem. Též v kojeneckém věku je již preference sladké chuti dobře patrná. V jiné studii byl zaznamenán např. nárůst tepové frekvence po zvýšení sladkosti mléka (Fraňková, Bičík, 1999). Také experimenty na zvířatech potvrzují, že preference sladké chuti je vrozená (Bachmanov et al., 2002 in Yelomans, 2006). Podobně preference tuků je přítomná u savců od útlého věku, zatím není známo, zda je vrozená nebo je dána zkušeností s mateřským mlékem. Preference tuků a cukrů patrně souvisí s endogenním opiátovým systémem, který může ovlivnit hédonistickou reakci. Výzkumy preferencí v útlém dětství ukázaly, že zhruba od osmnácti měsíců narůstá obliba jídel se zvýšeným podílem tuku a soli (Agras et al., 1988 in Fraňková, 1996). Podobně Nicklaus (2009) potvrdila vliv ranného dětství na akceptaci rozmanité stravy.

Mechanismus vzniku nutričních preferencí všech chuťových kvalit vzniká podle Zajonce opakovaným vystavením dítěte pokrmu (1968 in Yelomans, 2006). Toto někteří autoři vysvětlují fenoménem „learned safety“, kdy dítě získává zkušenost, že nové jídlo je bezpečné a nevede ke gastrointestinálním obtížím. Jiným

příkladem vzniku preference je souvislost s přidání sladké chuti k jinak neutrálním potravinám. Chuť pokrmu má největší vliv na vytvoření chuťové preference (Norton et al., 2000 in Trew et al., 2006). Rozin (2006) uvádí tři základní motivy pro výběr nebo zamítnutí jídla: jsou to sensorické vlastnosti (chuť, vůně, vzhled, atd.), důsledky přijímání jídla (nausea atd.) a představitost.

Jídelní preference jsou výsledkem zejména časné dětské zkušenosti, pozitivního a negativního podmiňování, expozice jídlu a genetických predispozic (senzitivita k chuti) a vlivu sociálních faktorů. Problémem zůstává, jakým mechanismem se preference prohlubuje a fixuje v pozdějším věku či v závislosti na BMI³. Studie Fraňkové (on-line, 2004) zaměřená na děti předškolního věku s nadváhou ukázala, že mladší děti s nadváhou se neliší od štíhlých v míře preferencí pokrmů s převahou sacharidů, ale tato preference u dětí s nadváhou s věkem narůstá. Podle autorky studie se zde odráží vliv jídelních zvyklostí rodiny.

Preference vzniká pomaleji než averze, které měly význam v evoluci potravního chování, některé z nich (např. k hořké chuti) jsou vrozené. Averze může být také zapříčiněna neschopností strávit nebo využít nějakou živinu (např. u metabolických poruch), alergií, apod. Nás spíše zajímají averze způsobené psychologickými faktory, které často sahají do ranného dětství. Obdobně jako pro některé preference vznikají některé averze principem podmiňování. Fraňková a Dvořáková-Janů uvádějí rozdělení vzniku nutričních averzí podle Rozina (1995 in Fraňková, Dvořáková-Janů, 2003): nechut' z důvodu špatných sensorických vlastností (úprava jídla, chuť, vůně apod.), averze na podkladě anticipovaného nebezpečí, averze na podkladě vlastní a zprostředkované zkušenosti s nevhodnými, nepoživatelnými předměty a v poslední řadě „hnus“ jako extrémní případ odmítání, který může mít morální nebo kulturně determinované příčiny. Pro vznik averzí je podstatné předškolní období, mezi 4.-5. rokem života je škála averzí již upevněná a přetrvává do dospělosti (Cashdan, 1994 in Fraňková, 1996).

Vývojově zajímavým je období kolem třetího roku života, které zahrnuje tzv. neofobickou fázi, kdy dochází k odmítání nových jídel i problematickému příjmu jídel

³ BMI=tělesná hmotnost[Kg]/výška[m]²

dříve oblíbených (Nicklaus, 2009). Neofobie jako neochota zkoušet nová jídla se vyskytuje i v pozdějších vývojových fázích, zejména u dívek (Pliner, Salvy, 2006).

Koncem věku mateřské školy se upevňují výživové zvyklosti, škála jídelních preferencí a averzí je již poměrně ustálená. Systém preferencí nezůstává během životního cyklu neměnný. Ontogeneticky vzniklé způsoby výživy jsou silně fixovány, ale existují také mechanismy, které umožňují změny a upevňování nových stereotypů potravního chování. Příkladem může být experiment, kdy byla probandům podávána po dobu 8-12 týdnů dieta se snížením obsahem soli. Po 8-12 týdnech došlo ke snížení preferované slanosti pokrmů (Bertino in Tepper, 2006). Fraňková (2007) k tomu uvádí příklad změny preference vůči výrazným a pikantním chutím v dospělém věku. Cituje Rozina, který popisuje dva mechanismy „převrácení“ chuti zprostředkované kulturou – sociální posilování a internalizace.

2.3 Determinanty vývoje výživových zvyklostí

Příjem potravy je součástí procesu socializace, je determinován zejména rodiči a dospělými osobami, sourozenci a vrstevníky a vlivem sdělovacích prostředků (Fraňková, 1996). Vytvoření správných stravovacích návyků lze docílit především pomocí edukace rodičů, kteří dětem stravu zabezpečují od nejútlejšího věku. Rodiče determinují vývoj preferencí, návyků a schopnost dítěte samostatně regulovat příjem potravy (Fraňková, a kol., v tisku). Rodiče a dospělí ovlivňují potravní chování a zvyklosti dítěte: verbálně (pobízení), neverbálně (gesta, mimika, pohyby apod.), příkladem vlastního potravního chování (nápodoba), používáním jídla k jiným než nutričním účelům (jako odměny, prostředku k uklidnění apod.; Klesges et al., 1991 in Fraňková, 1996). Rodiče také vytvářejí kontext, ve kterém je jídlo konzumováno, například s ostatními členy rodiny v pohodové atmosféře u stolu, nebo o samotě v pokoji, či u televize. Společné stravování v rodině má pozitivní vliv na řadu aspektů v pozdějším věku (Schwarzchild, 2000).

Studie Addessi et al. (2005) potvrdila, že děti lépe přijímají nové jídlo, pokud je stejné konzumováno jedním z rodičů, než když je dospělý pouze dítěti předloží a sám konzumuje jídlo jiné.

Řada studií vyzdvihuje důležitost jídelního chování matky pro vytváření jídelních zvyklostí u dívek. Tiggemann a Lowes (2002) a ve starší studii Pike a Rodin (1991 in Birch, Fisher, 1998) našli vztah mezi dietním chováním matky a kontrolou příjmu potravy dcery. Podobně Francis a Birch (2005) uvádějí, že u matek, které samy dodržují dietní režim, se vyskytuje snaha omezovat příjem jídla dcer nebo je podporovat ve snižování tělesné hmotnosti. Tyto skutečnosti podporují i některé starší studie (Hill and Pallin, 1998, Smolak et al., 1999). Studie Steina et al. (2006) potvrdila nevhodné jídelní postoje a chování u dětí, jejichž matky trpěly PPP ve srovnání s kontrolní skupinou. Podobně dietní chování u otců může být prediktorem dietního jednání u dívek (Smolak et al., 1999).

Pokud je rodina přiměřeně funkční a spokojená, je jen málo pravděpodobné, že se u dítěte projeví patologie v chování zapříčiněná poruchou sociálních vztahů. Normann (2009) ukázal, že rodinně orientovaný životní styl pozitivně ovlivňuje stravovací zvyklosti u žáků sedmých tříd. Podobně Stewart a Menning (2009) srovnávali stravovací zvyklosti dospívajících z úplných a neúplných rodin. Adolescenti z neúplných rodin vykazovali více často nezdravé jídelní návyky, jako jsou vynechávání snídaně či oběda, snížená konzumace ovoce a zeleniny a naopak zvýšená preference fast food stravy.

Konzumace jídla má psychologické i sociální aspekty. Na vznik postojů k jídlu má významný vliv sociální facilitace. Vliv modelu je výraznější, pokud má podobné charakteristiky jako dítě nebo pokud se jedná o starší nebo dominantní dítě (Birch, 1990). Birch ve starší studii ukázala, že dochází ke zvýšení konzumace dříve neoblíbené zeleniny v případě, že dítě pozoruje vrstevníka, který toto konzumuje s chutí (1980 in Birch, Fischer, 1998)

Také společnost působí na děti a žáky zejména nabídkou a dostupností potravin, vlivem módních trendů, reklamy, která se převážně zaměřuje na propagaci energeticky bohatých potravin bohatých na tuky, cukr a sůl. Významný vliv má v této oblasti televize a Internet. Studie Story et al. (2002 in Trew et al., 2006) poukázala na to, že neexistuje přímý vztah mezi vlivem televize a reklamy a nadváhou, vliv má také například sedavý způsob života a s ním spojená četná konzumace jídel, rodinné faktory a další proměnné. Přesto je nepochybné, že masmédiá přinášejí řadu podnětů,

kteřé mohou vést k přejídání a na straně druhé prezentují štíhlý ideál krásy (Irving, Neumark-Sztainer, 2002).

V neposlední řadě se na stravování podílí vládní politika a zákony, které mají dopad na stravování například v oblasti cenové politiky.

2.4 Vliv množství a složení potravy na chování

Psychická činnost může být ovlivněna mimo jiné složením potravy. Fraňková (1996) vzpomíná studie J. Láta, který se věnoval studiu vlivu základních živin na chování. Jeho studie ukázaly, že zvýšení podílu některé složky může působit excitačně nebo naopak tlumivě. Například starší studie zaměřené na behaviorální působení sacharidů převážně potvrzují jejich tlumivý účinek na psychickou činnost dospělých. Novější studie podporují hypotézu, že konzumace sacharidů má pozitivní vliv na kognitivní funkce u všech věkových skupin (Kaplan et al., 2000; Blass, Camp, 2001; Sünram-Lea et al, 2001 a další in D'Anci, Kanarek, 2006). Studie Buse et al. ukázala, že 9-12 letí chlapci, kteří konzumovali cukrářské výrobky, měli lepší výsledky v testu zaměřeném na vigilanci ve srovnání s chlapci, kteří dostávali placebo. Konzumace cukru neměla vliv na výsledky v testu paměti a vizuální percepce (2002 in D'Anci, Kanarek, 2006). Jiné studie dávají do souvislosti konzumaci karbohydrátů a náladu. Christensen a Pettijohn (2001 in D'Anci, Kanarek, 2006) ukázali, že osoby, které jsou anxiózní, depresivní nebo unavení preferují potraviny s vyšším obsahem karbohydrátů.

Některé potraviny nebo nápoje obsahují aspartát, (kys. asparagová) a sacharin. Aspartát zvyšuje hladinu fenylalaninu a tyrosinu a má metabolické účinky vedoucí k vzestup hladiny aminokyselin. Studie ukazují, že při zvýšeném příjmu může mít aspartát vliv na chování, u některých studií se potvrdilo snížení aktivity dětí předškolního věku (Kruesi, Rapoport, 1986 in Fraňková, 1996). Jiné studie se zaměřily na vliv umělých sladidel na množství konzumované potravy a naznačily jejich vliv na zvýšení chuti k jídlu (Fraňková, 1996). Podobné účinky má sacharin. Nápoje typu cola obsahují kofein (62,5mg/l). Jejich zvýšený příjem může navodit nadměrnou aktivitu, poruchy spánku, při dlouhodobém užívání může dojít k návyku

(Smolík, 2001). Mimo kofeinu tento typ nápojů obsahuje vyšší podíl sodíku a fosforu, což může vést k disregulaci minerálních látek v těle. Ve studii Fraňkové uvedlo 40% matek, že podává svým tříletým dětem colové nápoje. Počet byl nejvyšší v kategorii matek se základním vzděláním, se zvyšujícím vzděláním klesal (Fraňková, 2000). Kvůli nadměrné konzumaci limonád s vysokým obsahem cukru jsou děti v dospělosti více ohroženy osteoporózou.

Vhodně koncipovaná nutriční edukace rodičů, kteří mají vliv na selekci potravin, může napomoci předcházet některým problémům v dětském věku i v dospělosti.

2.5 Studie zaměřené na dietní tendence u preadolescentů

Již v dětském věku se mohou formovat vlastnosti, které mohou být v pozdějším vývojovém období zdrojem narušeného jídelního chování. Mohou to být odchylky v normálních postojích k jídlu, nechutenství, vybíravost, abnormální zacházení s jídlem nebo přejídání. Jak už je uvedeno v úvodu této práce, PPP se vyskytují i v mladších vývojových obdobích a mohou vést k důsledkům jako je zpoždění či zastavení růstu, opoždění procesů dospívání a rozvoje kostí, či vést k závažným stavům dehydratace. Studie ukazují, že individuální jídelní charakteristiky v mladším a středním školním věku mohou vyjadřovat rizika PPP v časně adolescenci (Sinton, 2006 in Fisher et al., 2009). Britská studie potvrdila, že problémy s jídlem v útlém věku jsou prediktorem rozvoje mentální anorexie v pozdějším věku (Nicholls, Russell, 2009).

Některé studie prokázaly, že redukční diety významně zvyšují riziko vzniku mentální anorexie nebo bulimie. V průměru 30 % redukčních diet přechází během jednoho až dvou let v tzv.patologickou dietu. U 20 až 30 % žen, které dodržují dietní režim, se později rozvine plný nebo částečný syndrom poruchy příjmu potravy. Dominující orientace na zevnějšek prezentovaná v médiích spolu se štíhlým sociokulturním ideálem krásy potom dávají redukčním dietám zdánlivě racionální rámeček (Krch, 1999).

V zahraničí existuje řada studií potvrzujících dietní tendence u preadolescentů (Konstanski a Gullone, 1999; Maloney et al., 1989; Hill et al., 1992; Schreiber et al., 1996; Striegel-Moore, et al., 1995; Thelen et al., 1992; Wood et al., 1996; Shapiro et al., 1997; McVey, et al. 2004). Popsaný výskyt dietního chování se u jednotlivých autorů liší, u dívek variuje mezi 20% - 55%.

Klasická studie Maloney et al. (1989) poukazuje na dietní chování ve skupině preadolescentů. Studie u 8-13 dětí ukázaly, že 45% dětí z celého vzorku si přálo snížit svou hmotnost. Děti redukovaly hmotnost nejčastěji cvičením (43,5%), snížením přísunu potravy a ojediněle zvracením (1,8 % dívek). 6,9% dětí skórovalo na anorektické škále. Nespokojenost s vlastním tělem, touha zhubnout a restriktivní chování se podle těchto autorů objevují již v osmém roce a četnost jejich výskytu s věkem narůstá. Nová studie zaměřená na preadolescenty ukázala, že 11 % devítiletých a 7% desetiletých dívek ve sledovaném souboru skórovala na anorektické škále chEAT (DeLeel, et al. 2009). Hill (1992) uvádí, že není rozdíl v průměrném stupni dietování u sedmiletých a čtrnáctiletých dětí. Podobně další studie potvrdila tyto tendence u dvanáctiletých (Edmunds, Hill, 1999).

Na spokojenost s vlastním tělem, restriktivní chování a znalosti o dietách u dětí v mladším školním věku (mezi 7-10 lety) se zaměřili Konstanski a Gullone (1999). Použili "chEAT" (children Eating Attitudes Test, viz dále v textu), škálu siluet a nedokončené věty (zaměřené na znalosti o dietách a na současné stravování). Nedokončené věty byly zvoleny tak, aby se eliminovalo zkreslení odpovědí u mladších dětí, které by mohly některým otázkám špatně porozumět. Závěry tohoto výzkumu ukázaly, že již sedmileté děti jsou nespokojené se svým tělem a vykazují restriktivní chování. Více jak 76% všech dotázaných uvedlo, že nikdy nedrželo dietu, 20% drží dietu někdy, 3% tvrdí, že ji drží neustále. Analýza nedokončených vět ukázala, že 28% dětí neví, co slovo dieta znamená, 2% chápou dietu v souvislosti s razantními omezeními, jako jsou úplné omezení přísunu stravy nebo zvracení po jídle. Velmi malé procento dětí uvedlo kombinaci cvičení a zdravou stravu, ojediněle se vyskytlo purgativní chování. Maloney et al. (1989) a Oliver and Thelen (1996) uvádějí, že preadolescentní dívky a chlapci předpokládají, že pokud sníží svou tělesnou hmotnost, stanou se oblíbenějšími ve vrstevnické skupině.

Výzkumně byl ověřen vyšší výskyt dietování u skupin s vyšším BMI (Ohzeki, et al., 1993, Rolland, et al., 1997). Naopak přání zvýšit tělesnou hmotnost u devíti a desetiletých je spojeno s nízkým BMI, černošským původem a matkou, která podporuje nárůst tělesné hmotnosti (Schreiber et al., 1996).

Problémy s jídlem v časném věku se neobjevují pouze v západní civilizaci. V Japonsku Otahara et al. (1993) sledovali nespokojenost s vlastním tělem u dětí a adolescentů ve věku 6-18 let. Metodu tvořila stupnice pěti siluet, které byly ve škále od podváhy 20% do nadváhy 20%. Úkolem pokusných osob bylo vybrat dva obrázky, které podle nich reprezentují jejich ideální a aktuální váhu. Dívky ve věku šest a sedm let vybíraly především obrázek 20% podváha a 10% podváha. Podle této studie děti v předškolním a mladším školním věku vidí ideál ve štíhlosti. Dívky chtějí snížit váhu už před obdobím adolescence. Studie ukázala na zvyšující se obavy z jídla s přibývajícím věkem u dívek.

České studie zaměřené na dietní tendence u mladších preadolescentů neexistují. Studie realizovaná ve spolupráci s Health Behaviour in School-Aged Children potvrdila výskyt dietování u 11 letých dívek (Krch, Csémy, 2005), v jiné studii výskyt 13-16 letých dosahoval až 46,9 % (Krch a kol., 2003).

Dietní tendence v dětském věku jsou rizikové. Jejich neúčinnost z dlouhodobého hlediska ověřila studie Fielda et al. (2003). Autoři uvádějí, že ačkoliv snižování tělesné hmotnosti pod lékařským dohledem může být pro mladé lidi s nadváhou přínosné, v jimi sledované skupině bylo dietní chování neefektivní a po třech letech sledování vedlo naopak k nárůstu tělesné hmotnosti.

Dodržováním dietního režimu často předchází nespokojenost s vlastním tělem (viz. Kapitola 3). Dietní chování je často spojeno s epizodami přejídání a následnými pocity ztráty kontroly, což vyvolává pocity viny a vede k oslabení sebevědomí. Nízké sebevědomí je opět prediktorem rozvoje nespokojenosti s vlastním tělem (Groganová, 2000).

2.6 Metody zjišťování stravovacích zvyklostí a jídelních problémů u preadolescentů

Ke zjišťování stravovacích zvyklostí u dětí, preadolescentů a mladších adolescentů se nejčastěji používá rozhovoru, protože terminologie dotazníkových metod může být pro mladší věkové skupiny hůře srozumitelná (Decaluwe, Braet, 2003 in Anderson et al., 2009).

Z dotazníkových metod se zejména pro screening používá pro dětskou populaci upravený Eating Attitude Test, který zahrnuje 26 položek⁴ a je užíván u žáků ve věku 7-13 let (Maloney et al., 1989). Zajímavou metodou je McKnight Risk Factor Survey, který je určen pro žáky od 4. tříd a je zaměřený na rizikové faktory predikující rozvoj PPP (Shisslak, et al., 1999). V České republice vytvořila Dotazník pro rodiče zaměřený na stravovací zvyklosti a Dotazník chuťových preferencí a averzí Fraňková (1997).

Z behaviorálních metod se užívá monitorování příjmu potravy, které lze využít též pro terapeutickou práci (viz dále v textu). U mladších věkových skupin vedou jídelní záznamy rodiče, McPherson et al. (2000 in Anderson et al. 2009) uvádí, že žáci jsou schopni samostatného vedení záznamů od 8 let. Získané záznamy lze analyzovat pomocí nástroje „e-kalkulačka“, který u zadaného pokrmu spočítá obsah energie, bílkovin, sacharidů, tuku a cholesterolu. (Výživa dětí, on-line, 2009). U rizikových skupin lze dále využít pozorování stravování v kontrolovaných podmínkách. Návik konzumace energeticky bohatých jídel a pozorování při jídle se využívá v rámci kognitivně-behaviorálního přístupu při léčbě klientů s PPP. Dále se přes metodologické problémy (nízká test – retest reliabilita) používá Behavioral Eating Test (Yeffrey et al., 1980 in Anderson et al., 2009), kdy je respondent požádán, aby si vybral z široké nabídky pokrmů. Porce kterou si zvolí je převážena a analyzována energetická hodnota a obsah živin.

2.7 Terapeutické přístupy zaměřené na změnu stravovacích zvyklostí

Jak jsme již uvedli výše, systém jídelních preferencí a averzí nezůstává během

⁴ Položky typu – „Po jídle zvrácívám“ nebo „Mívám pocity viny po jídle“.

života neměnný. Modifikace potravního chování zahrnuje několik oblastí (Fraňková, 1996):

- Kognitivní – zahrnuje poznání významu výživy a jeho souvislostí s fyzickým a duševním zdravím či zdravotními obtížemi.
- Racionální – uvědomění si svých postojů a motivace ke změně či vytvoření nových nutričních zvyklostí.
- Emoční a sociální faktory – v průběhu změn nutričních zvyklostí má emoční stav klienta významný vliv. Při změně se též uplatňují podněty z okolí, například od blízkých osob.
- Konativní – zahrnuje činnosti jako osvojení si nových zkušeností a dovedností, technologií vaření apod.
- Volní, které se uplatňují při konfrontaci s vnitřními či vnějšími překážkami. Jsou podporovány pozitivní zpětnou vazbou.

Výše zmíněné poznatky lze využít též v prevenci s dětmi a žáky, kdy se stravovací zvyklosti začínají formovat. Při práci s kognitivními a racionálními aspekty lze využít některých technik z komplexních programů prevence⁵ a materiálů vytvořených Poradenským centrem Výživa dětí.⁶ V oblasti sociální je potřeba zahrnout rodiče a vrstevníky žáka. Konativní oblast může být rozvíjena v rámci běžného kurikula. Volní složka souvisí s ostatními úrovněmi, její ovlivnění je obtížnější, v případě nadváhy působí příznivě zlepšení zdravotního stavu, pozitivní ocenění okolí.

V praxi se dále u klientů s PPP a s obezitou používá zejména kognitivně-behaviorálního přístupu, který zahrnuje práci s jídelními záznamy, pravidelnou kontrolu tělesné hmotnosti, změnu schématu jídelního chování - normalizace jídelního chování skrze plánování jídel, aktivní nácvik a konfrontace s zúzkostňujícími podněty a situacemi, kontrolování dietního chování (Krch, 1999; 2007). Při práci s neklinickou populací lze z KBT přístupu léčení PPP převzít například vypracované zásady jídelního režimu. Jak jsme již uvedli v kapitole

⁵ příklady jsme uvedli v Kapitole 1.4.4

⁶ Vhodný je výběr informací z metodického materiálu pro pedagogy. Obsahově méně vhodné jsou pracovní listy pro 1.-3. třídu, obsahující reklamu společnosti Rama a dělení na „zdravé“ a „nezdravé“ potraviny. Z hlediska prevence PPP by se žáci měli naučit konzumovat všechny skupiny potravin v přiměřeném množství a rytmicitě.

věnované prevenci, některé programy mimo edukace pracují též s monitorováním jídelního režimu. Tento přístup považujeme za velmi vhodný, měl by však být realizován zkušeným odborníkem. Z přístupů zaměřených na práci s mladšími klienty lze zmínit některé techniky vycházející z pohádek (Malichová, 2003 in Fraňková a kol., v tisku) nebo arteterapii. Přehled některých doporučení k primární prevenci uvádíme na konci Empirické části této práce.

3. Body image

3.1 Vymezení základních pojmů

Konstrukt body image je užíván k popisu řady fenoménů s odlišným významem v různých vědních oborech. Jednoznačná a všeobecně akceptovaná definice tohoto termínu neexistuje (Hrachovinová, Chudobová, 2004). Body image se nejčastěji do českého jazyka překládá jako představa o vlastním těle, tělesné sebezpetí, tělesné schéma. Probst (1999) v této souvislosti hovoří o zakoušení vlastního těla. Groganová (2000) definuje body image jako způsob, jakým člověk přemýšlí o svém těle, jak jej vnímá a cítí. Tato definice také zahrnuje všechny složky body image popsané již Schillerem:

- vnímání – odhad velikosti těla,
- myšlení – hodnocení jeho přitažlivosti,
- cítění – emoce spojené s jeho tvarem a velikostí.

Slade body image pojímá v souvislosti s tělesnou hmotností jako volnou mentální reprezentaci tělesného tvaru, formy a rozměrů (1994 in Hrachovinová, Chudobová, 2004).

Dle řady autorů obraz, který si vytváříme o svém těle zahrnuje dvě hlavní komponenty – smyslovou, percepční, objektivní komponentu, která vypovídá o míře přesnosti odhadu rozměrů a tvaru vlastního těla, a subjektivní, zahrnující emocionální a kognitivní aspekty, zahrnuje postoje k tělesné velikosti a tělesné hmotnosti, vypovídá o stupni spokojenosti/nespokojenosti s tělem. Behaviorální komponenta je zaměřena na vyhýbání se situacím, které jsou dle jedincovy zkušenosti příčinou diskomfortu spojeného s tělesným zevnějškem (Thompson, 1990 in Hrachovinová, Chudobová, 2004).

Williamson (1990 in Hrachovinová, Chudobová, 2004) popsal tři základní typy poruchy zažívání vlastního těla:

- a) zkreslené vnímání velikosti těla, tj. stupeň percepční přesnosti ve vnímání aktuálních tělesných rozměrů,
- b) preference štíhlosti, kdy je míra spokojenosti s vlastním tělem závislá

- na dosažení individuální představy o ideálních rozměrech těla,
- c) nespokojenost s vlastním tělem, která je způsobena diskrepancí mezi reálným a ideálním tělesným schématem.

Nespokojenost s vlastním tělem může nabývat různé intenzity (Nuber 1997 in Chudobová, 2001):

- Lehká nespokojenost: Jedinec pečuje o svůj vzhled a tělesnou formu. Tato zvýšená péče nenarušuje kvalitu jeho života.
- Pokud vede nespokojenost s tělem ke strachu nebo dysforii, jedná se o subklinickou poruchu body image. Většinou pacienti navštěvují svého lékaře s obtížemi, které nevztahují k poruše body image.
- Klinická porucha je charakterizována jasnou depresivní symptomatikou, sociální fobií, nebo poruchami příjmu potravy.

Specifickou poruchou body image je tělesná dysmorfická porucha ("Body Dismorphic Disorder"). Pacienti s touto poruchou se patologicky zaměřují na některou tělesnou část nebo části. Domnělá vada je pro okolí nepodstatná, nebo vůbec neexistuje. Vynakládají velké úsilí, aby se své "nedostačivosti" zbavili; nadužívají kosmetické přípravky, dodržují dietní programy, postupují často plastické operace apod. (Smolík, 1996 in Chudobová, 2001). Jedná se o závažné onemocnění s častým výskytem suicitality (Phillipse, 2007). Ačkoliv se tato porucha projevuje v převážné většině případů v dospělosti, retrospektivní data ukazují, že v 70 % případů začaly symptomy v časně či střední adolescenci (Phillipse a Diaz, 1997 in Wertheim, 2009).

Variantou poruchy je bigorexie, kdy nemocný usiluje o dosažení často nereálných hodnot ve své fyzické zdatnosti, svých tělesných proporcí. Postižení jedinci bývají závislí na posilování, zneužívají potravinové doplňky a látky, podporující svalový růst a ovlivňující metabolismus (Kulhánek, cit. 2010).

3.2 Vztah body image a poruchy příjmu potravy

Nespokojenost s vlastním tělem je považována za významný rizikový faktor, předcházející další psychopatologii (Stice, 2001), jako je dietní chování, depresivní symptomatika a poruchy sebevědomí a snížení celkové kvality života. Narušené vnímání vlastní těla a jeho negativní emoční hodnocení patří k psychopatologii PPP. Řada studií ukázala, že patologické vnímání a prožívání vlastního těla se nevyskytuje pouze u pacientek s PPP, ale stává se závažným problémem i v neklinické populaci. Vztah zvýšeného zaměření na tvar a váhu těla u 10-14 letých žáků a pozdějšího rozvoje jídelní patologie v období adolescence, potvrdila i longitudinální studie (Byely et al., 2000). Groganová (2000) k tomu uvádí, že nespokojenost s tělem může být nezbytným předpokladem pro rozvoj poruchy, sama o sobě ale nestačí. Mnoho žen je totiž nespokojeno s vlastním tělem, drží diety, ale u většiny z nich se poruchy příjmu potravy nerozvinou. Co tyto ženy (dívky) chrání je předmětem řady studií zaměřených na protektivní faktory. K lepšímu porozumění tohoto procesu je nutné pochopit celý vývoj tělesné nespokojenosti a jeho determinanty. Přehledovou studii zaměřenou na tuto problematiku u dívek předškolního věku jsme podali v rámci diplomové práce (Chudobová, 2001), v této práci se zaměříme na některé výzkumy zaměřené na preadolescentní věk.

3.3 Biologické rizikové faktory

Spokojenost s vlastním tělem je nejčastěji dávána do souvislosti s pohlavím, tělesnou hmotností, věkem a vývojovými změnami v období adolescence.

Závěry řady studií naznačují, že se ženy a dívky zabývají vlastním tělem více než muži (Collins, 1991; Gardner et al., 1997; Hill, 1993; Ohzeki et al., 1993; Richards et al., 1990; Rolland et al., 1996; Sands et al., 1997). Ženské pohlaví je rizikovým faktorem pro rozvoj nespokojenosti s vlastním tělem i PPP. Ačkoliv starší studie ukázaly, že snížit tělesnou hmotnost chce více preadolescentních dívek než chlapců, recentní studie toto nepotvrzují a naopak ukazují, že procento chlapců s podobným postojem je shodné. S věkem se procento dívek, které si přejí zhubnout

zvyšuje a v období adolescence se tělesná nespokojenost vyskytuje ve vyšší míře u dívek (Knaus et al., 1991 in Wertheim et al., 2009).

Dalším faktorem, u kterého byl výzkumně ověřen vztah k rozvoji tělesné nespokojenosti, je tělesná hmotnost, resp. BMI. Řada studií potvrdila, že zvýšená tělesná hmotnost je rizikovým faktorem pro vznik nespokojenosti s vlastním tělem (Hill, 1993; Oliver and Thellen, 1996; Rolland et al., 1996; Gardner et al., 1997; Maloney et al., 1989; Konstanski a Gullone, 1999; Otahara et al., 1993; Vander-Wal, Thelen, et al., 2000; Ohring et al. 2002; Paxton, et al. 2006; Clark, Tiggemann, 2008, Wertheim, 2009). Například studie devítiletých dětí s nadváhou ve Velké Británii ukázala, že 80% dětí s nadváhou chce zhubnout. Stejné přání vyslovilo 40% dívek s normální hmotností a 20% chlapců s hmotností v normě (Hill, 1993).

Z vývojových období senzitivních pro vývoj body image jsou považovány předškolní věk, kdy se body image utváří, a období dospívání, kdy dochází k četným vývojovým změnám. Řada studií ukazuje, že nespokojenost s vlastním tělem se především u dívek s narůstajícím věkem zvyšuje (Gardner et al., 1997; Flannery-Schröder, Chrisler, 1996; Maloney et al., 1989; Otahara, et al., 1993; Ohzeki et al., 1993; Rolland et al., 1996; Sands et al., 1997; Davison et al., 2003; DeLeel, et al. 2009).

V současné době však existuje limitovaný počet studií, zaměřených na mladší vývojová období (Werheim et al., 2009). V předškolním období se upevňují určité stereotypy v myšlení, jednání, vztahu k vnějšímu světu a k sobě samému. Vývoj zdravého způsobu stravování i fyzická zdatnost v dospívání a v dospělosti závisí do značné míry na self-konceptu z dětství. Podle některých autorů se preference štíhlosti u dívek začíná projevovat kolem pátého roku (Wertheim et al., 2009; Cave, 2009). Podobně i naše studie z roku 2000 ukázala, že v chápání tělesných rozměrů člověka dochází k velkému pokroku od pátého roku života současně s uvědomováním si a prožíváním vlastního těla. Šestileté dívky mají již velmi realistický pohled na tělesné schéma, začínají kriticky hodnotit tělesné rozměry. V tomto věku je zřetelná preference štíhlých postav, objevují se u nich kulturní stereotypy v pohledu na nadváhu (Fraňková, Chudobová, 2000; Chudobová, 2001; 2003).

Za druhé období, významné z hlediska formování nespokojenosti s vlastním tělem někteří autoři považují období dospívání. Je to období kumulace řady rizikových faktorů, spojené s mimořádným stresem. K typickým rysům tohoto období patří zvýšený zájem o vlastní zevnějšek, začátek heterosexuálních vztahů, separace od rodiny, začátek hledání profesní orientace. V dospívání se osobnost mladého člověka strukturuje a vyhraňuje jako celek i v jednotlivých složkách a vlastnostech. Jsou studovány vztahy některých faktorů typických pro toto vývojové období, jako jsou předčasné menarché (Werthaim et al., 2009). Naopak studie Leona et al. (1995) zvýšený výskyt rizikových faktorů v tomto období nezaznamenala. Podobně Stice a Shaw (2002) nepotvrdili vliv časného menarché jako rizikového faktoru rozvoje tělesné nespokojenosti.

3.4 Sociokulturní rizikové faktory

Příčinu vzniku nespokojenosti s vlastním tělem vidí většina odborníků v kultuře, která nekriticky oslavuje štíhlost a sebekontrolu. Štíhlý vzhled je spojován s mladistvým vzhledem, zdravím, štěstím a především úspěchem (Crook, 1995). Preference štíhlosti je podporována a zvyšována prezentací modelů štíhlého vzhledu v médiích a dietním průmyslem. Zdravotní důsledky mírné nadváhy bývají přeceňovány nebo jsou posilovány předsudky vůči obézním. Celospolečenský kult štíhlosti ovlivňuje nejen dospívající. Děti, které dnes přicházejí do základní školy, mají již osvojeny určité normy chování a systém hodnot společnosti, ve které vyrůstají. Již od raného věku se učí, které tělesné znaky jsou ve společnosti oceňovány a které nikoliv. Negativní vztah k nadváze se projevuje už u malých dětí a s věkem se rychle prohlubuje. Podle některých autorů je kulturní ideál fyzické krásy přejímán již v předškolním věku (Goldfield, Chrisler, 1995; Folk et al., 1993; Flannery-Schröder, Chrisler, 1996; Tiggemann, Wilson-Barrett, 1996; Turnbull et al., 2000).

Dříve se předpokládalo, že nespokojenost s vlastním tělem se vyskytuje převážně v západní kultuře. Některé studie potvrdily výskyt preference štíhlosti a nespokojenosti s vlastním tělem i v jiných kulturách. Wertheim et al. (2009) uvádí výskyt nespokojenosti s vlastním tělem v Iránu a v Číně. Podobně v Japonsku

Otahara et al. (1993) potvrzují výskyt nespokojenosti s vlastním tělem u prepubertálních dívek. Podobný trend v této zemi byl zaznamenán i v recentní studii z r. 2009 (Chisuwa a Odea, 2009).

Těž masmédiá přispívají k utváření představ o normách společenského života a ovlivňují tak formování pohledu na vlastní tělo. Hermanová et al. (2003) charakterizují mediální tlak v termínech anorektických (narcistických) obsahů, jako jsou fyzický vzhled, štíhlost, zdravý životní styl a bulimických symbolů - orální bažení po slastech typu bohatství, úspěch, cestování. Ke vztahu mezi mediálními obrazy a symptomatikou PPP Novák (2007) uvádí, že existuje možnost opírající se o princip cirkulární kauzality, tzn. expozice štíhlého ideálu může vést k většímu oceňování štíhlosti, tedy i k poruchám jídelního chování, což může například ústít ve vyhledávání článků o dietách a k dalším expozicím. K podobným závěrům dospěli Sands a Wardle (2003), kteří se zaměřili na žáky ve věku devět až dvanáct let. Tito autoři nenašli přímou souvislost mezi expozicí mediálních obrazů a rozvojem nespokojenosti s vlastním tělem. Tato expozice však měla za následek zvýšení zájmu žáků o štíhlý ideal krásy.

Dalším významným faktorem, který determinuje vývoj vztahu k vlastnímu tělu, je rodina. Toto základní mikroprostředí zprostředkovává dítěti hodnotové vzory a vzorce chování, které usnadňují sociální interakci a navazování sociálních vztahů. Rodiče korigují prostřednictvím široké škály výchovných prostředků fyzický vzhled a chování svých dětí. Mnoho rodičů komentuje vzhled svých dětí, jejich tělesnou hmotnost, což může vést k rozvoji tělesné nespokojenosti (Smolak et al., 1999, Tremblay, Lariviere, 2009). Hill et al. (1992) se zaměřili na postoje rodičů vůči fyzickému vzhledu svých dětí ve věku 2-16 let. Většina rodičů byla spokojena s fyzickým vzhledem svého dítěte, jeho stravovacím a pohybovým režimem. Tato spokojenost se s přibývajícím věkem dítěte snižovala, což bylo patrné především u dětí školního věku.

Na vztah matky a dcery se zaměřili Smolak et al. (1999). Jejich studie ukázala, že existuje vztah mezi kritikou matky a sebehodnocením jejích dcer ve věku 9-12 let. V jiné studii byly srovnávány postoje matek vůči vlastnímu tělu a tvaru těla u jejich dítěte. Soubor tvořily dvě skupiny - matky s poruchou příjmu potravy v anamnéze

a ženy bez této poruchy. Děti v obou skupinách byly starší sedmi let. Bylo zjištěno, že existuje vztah mezi tělesnou spokojeností u dítěte a spokojeností s vlastním tělem u matky. Spokojenost dítěte s vlastním tělem závisí na tom, zda je matka sama se svým tělem spokojena. Davidson a Birch (2001) tvrdí, že větší zaměřenost otce na tělesné proporce pětileté dcery, vede u dívky k nižšímu sebehodnocení, nezávisle na její tělesné hmotnosti. Otec hraje v tomto věku centrální roli ve vývoji pohlavní role, osvojení jídelních zvyklostí a jeho reakce ovlivňují sebepojetí dcery. Rašticová (2009) uvádí předběžné výsledky české studie zjišťující vztah mezi body image, depresivitou a rodičovskou důvěrou mezi rodiči a dospívajícími dětmi, které ukazují na souvislost vřelého emočního vztahu s matkou a pozitivní percepcí vlastního těla. Podobně Vereecken et al. (2009) potvrzují souvislost mezi negativní rodičovskou a vrstevnickou komunikací a nespokojeností s vlastním tělem a maladaptivními jídelními postoji a chováním u preadolescentů.

Vrstevnické interakce jsou dalším faktorem, který přispívá k formování body image. Hubené nebo naopak otlé děti dostávají různou zpětnou vazbu od svých vrstevníků, a to již v mateřské škole. Cash a Pruzinsky (1990) tvrdí, že již malé děti dávají při hře přednost štíhlým vrstevníkům. Podobně Maloney et al. (1989) uvádí, že se řada dětí domnívá, že by byly mezi vrstevníky oblíbenější, kdyby měly nižší hmotnost.

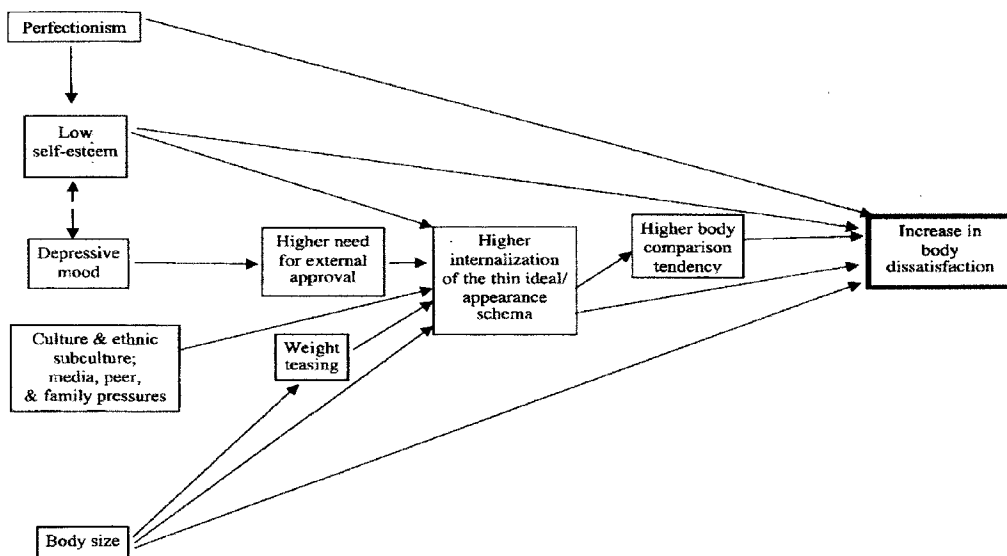
Z faktorů, které významně ovlivňují vztah k vlastnímu tělu, můžeme jmenovat posměch a kritiku ze strany druhých (Thompson, 1996; Paxton, 2006). Dospělé ženy, které v dětském věku zažily posměch, bývají méně spokojené s vlastním tělem.

K faktorům, které přispívají k rozvoji nespokojenosti s vlastním tělem v předškolním a mladším školním věku, patří také hračky. Na tuto souvislost upozorňují již některé předchozí práce (White, 2000). Experimentální ověření přinesla studie Dittmarové et al. (2006), která potvrdila negativní vliv hry s panenkou Barbie na spokojenost s vlastním tělem u dívek ve věku 5-8 let.

3.5 Individuální charakteristiky

Některé teoretické modely akcentují vliv osobnostních a temperamentových charakteristik v rozvoji nespokojenosti s vlastním tělem. Řada studií ukázala, že nespokojenost s vlastním tělem je ve vztahu s problematickými jídelními postoji a chováním (Thompson, 1996). Výzkumně byl dále ověřen vztah tělesné nespokojenosti a nízkého sebehodnocení (Folk et al., 1993; Lawrence a Thelen, 1995; Wood et al., 1996; Buton et al., 1996; O’Dea, 2002), dysforického ladění (Paxton, 2006; Stice, et al., 2001; Ohring, 2002), perfekcionismu (Wertheim et.al, 2009), autonomie (Clark, Tiggemann, 2008) a dále některé copingové strategie (Koff, Sanghiani, 1997).

Model determinace vzniku negativního body image v dětském věku autorů Smolaka a Levina jsme popsali v naší předchozí práci (Chudobová, 2001), v této práci uvádíme schéma Werthaimové et al. (2009):



V tomto modelu hrají významnou roli perfekcionistické rysy, které přispívají ke sníženému sebeocenení. Jak jsme již uvedli, nízké sebeocenení má přímou souvislost s rozvojem nespokojenosti s vlastním tělem. Spolu s depresivní symptomatikou vede ke zvýšené potřebě externího potvrzení, která souvisí s vyšší internalizací „thinness schema“. Z dalších faktorů, které přispívají k přijetí štíhlého ideálu krásy, jsou to vlivy kultury, médií, vrstevníků, negativní vliv rodičů, kritika

tělesné hmotnosti a vyšší tělesná hmotnost. Přijetí vzoru štíhlosti vede přímo k rozvoji nespokojenosti s vlastním tělem a zvýšenému srovnávání s druhými.

3.6 Možnosti měření body image

Používané techniky lze rozdělit podle toho, zda jsou zaměřeny na smyslovou, percepční komponentu nebo na emocionální, subjektivní komponentu body image. Behaviorální komponentě je věnována menší řada technik, jako příklad můžeme uvést Body Image Avoidance Questionnaire (Rosen et al., 1991 in Hrachovinová, Chudobová, 2004). V textu se vzhledem k zaměření práce omezíme pouze na techniky zaměřené na měření subjektivní komponenty, zejména v mladších vývojových obdobích.

Nejvíce je užívána technika figurálních stimulů (schematických siluet), méně se užívají dotazníky a polostrukturované nebo nestrukturované rozhovory (Grogan, 2000). Již klasickou metodou je škála vytvořená Stunkardem et al. (1983 in Grogan, 2000), která zahrnuje devět ženských a stejný počet mužských schematických figur seřazených od velmi hubené po velmi silnou. Proband je požádán, aby určil figuru, která odpovídá jeho aktuální a ideální tělesné velikosti. Rozdíl mezi těmito volenými figurami je hodnotou indexu diskrepance, který ukazuje na míru nespokojenosti s vlastním tělem. Modifikací technik siluety je práce se zkreslující fotografií či zrcadlem (Gardner, 1996) a počítačové techniky (Dickson-Parnell et al., 1987 in Hrachovinová, Chudobová, 2004). Možnost použitelnosti techniky počítačového zkreslení u šestiletých dětí ověřil Gardner et al. (1996, 1997). K používání technik, které pracují s reálným vyobrazením klientova těla někteří autoři uvádějí, že přímá konfrontace může být emočně náročná, zejména právě pro jedince nespokojené se svým tělem (Probst, 1999). Míru nespokojenosti s vlastním tělem lze též vyvodit z rozdílu mezi aktuální a ideální tělesnou hmotností (Silberstein et al., 1988 in Hrachovinová, Chudobová, 2004).

V mladších vývojových fázích se nejčastěji užívá metody siluety, použitelnost této škály jsme ověřili u dětí předškolního věku (Fraňková, Chudobová, 2000). Pro práci s preadolescenty vytvořila škálu Collinsonová (1990, podrobněji viz

Empirická část, Kapitola 3). Dále se například používají škály Hilla (1993), Fallonové a Rozinové (1985), Rollanda et al. (1997), Tiggemanové a Penningtonové (1990), Vernona – Guidry, et al. (1996).

V České republice se hojně užívá Škála nespokojenosti s vlastním tělem, která je součástí Eating Disorder Inventory (Gardner et al., 1983). Wood et al. (1996) tuto škálu upravili pro osmileté a starší děti.

Z dotazníkových metod můžeme jmenovat dotazník Self-Image Questionnaire for Young Adolescents – Body Image Subscale, který měří míru pozitivních pocitů vůči vlastnímu tělu. Dotazník je určen pro žáky ve věku 10-15let (Peterson et al. in Cash a Pruzinsky, 1990). Hojně užívaná Body esteem-scale je určena žákům od sedmi let. Škála zahrnuje 24 položek která reflektují, jak dítě vnímá samo sebe a jak předpokládá, že jej hodnotí druzí. (Mendelson, White, 1982).

3.7 Techniky zaměřené na formování zdravého body image

Preventivní působení zaměřené na formování zdravého vztahu k vlastnímu tělu je vedle práce se stravovacími zvyklostmi a riziky plynoucími z vlivu médií třetí hlavní oblastí, na kterou se zaměřují současné programy prevence. V kapitole 1.4.4 jsme podali informaci o programu Shapesville (Mills, et al., 2003), který je zaměřený na nejmladší věkovou skupinu a o programu Body Talk, který se zaměřuje na práci s mediálními obrazy.

Z dalších programů zaměřených na námi zvolenou cílovou skupinu můžeme jmenovat program Healthy Body Image: Teaching Kids to Eat and Love Their Bodies Too! (Kater, et al., 2002), který je určen pro žáky 4.-6. tříd. Program zahrnuje jedenáct tématických bloků se zaměřením na vývojové změny v dospívání, rizika dietního chování a odlišnosti v metabolismu, přiměřený pohyb a aktivní volnočasové aktivity a další. Zajímavá je lekce věnovaná genetice a jejímu vlivu na fyzický vzhled člověka, v rámci které žáci vytváří vlastní „genetický rodinný strom“. Technika je zaměřena na přijetí vrozených dispozic a zvýšení odolnosti vůči sociokulturnímu tlaku. Kater et al. (2002) potvrdili účinnost tohoto programu.

Český program prevence (Krch, Marádová, 2003) zahrnuje praktická cvičení, která mají dospívajícím dívkám napomoci k rozvoji realistického vztahu k vlastnímu tělu.

V prevenci je možné dále využít některé z technik, které byly primárně vytvořeny pro práci s pacienty s PPP. U těchto klientů jsou přítomny těžší formy poruch body image, zahrnující i percepční komponentu, přesto se některé terapeutické cíle shodují u obou skupin. Jedná se zejména o vytvoření realistického pohledu na sebe sama a přijetí a prožívání radosti z vlastního těla. Prvním krokem je přijít do kontaktu s vlastním tělem a naučit klientku vnímat a prožívat vlastní potřeby, získat kontrolu nad svým tělem jinak než přes dodržování dietních opatření. V praxi se využívá relaxačních metod, volného vyjádření při pohybových aktivitách a tanci, jógy, prvků biosyntézy (Bechyňová, Chudobová, 2003, 2005). Probst (1999, 2003) vypracoval integrovaný psychoterapeutický přístup Body oriented therapy, zahrnující různé formy psychoterapie (verbální techniky, relaxační metody, tanec a kreativní pohyb, řízené imaginace, prvky arteterapie, techniky videokonfrontace a zrcadlová cvičení apod.), které se zaměřují na tělo a tělesné pocity. Přínosem může být i prosté tělesné cvičení. Snyder a Kivlin (1975 in Grogan, 2000) potvrdili, že ženy které se věnují pohybové aktivitě, jsou více spokojeny se svým tělem než kontrolní skupina. Ke zvýšení zájmu o pohyb lze využít programu prevence Nedej se, hejbej se, který vytvořil tým Ústavu preventivního lékařství LF MU v Brně pro žáky 1. stupně základní školy (Gajdošová, on-line, cit. 2010).

4. Charakteristika vývojových období: mladší a střední školní věk

Vývojovou etapu mladšího školního věku můžeme ve shodě s některými autory (Vágnerová, 1996, Kuric, 1986) rozdělit na:

- ranný (mladší) školní věk (6-8 let), kdy se dítě postupně adaptuje na prostředí školy. Škola klade nároky na soustavnou, disciplinovanou práci, dítě musí zvládnout separaci od rodičů, podřídit se autoritě nového dospělého, zapojit se do dětského kolektivu.
- střední školní věk (8-11let), který je přípravou na dospívání. V tomto období se sociální vazby mezi spolužáky dostávají na vyšší úroveň, krystalizuje se struktura zájmů, formují se životně důležité postoje. Změny spojené s dospíváním se u dívek začínají objevovat již po osmém roce.

Podle E. Eriksona (2002) je školní věk obdobím snaživosti, která směřuje k potvrzení vlastní kompetence. Dítě se snaží uspět ve škole, splnit tak očekávání a požadavky dospělých, aby si zachovalo vlastní sebeocenění a ubránilo se úzkostem z pocitů méněcennosti.

Ve Freudově periodizaci toto období odpovídá „období latence“, kdy po vyřešení vnitřních rozporů falického stádia ustupují emoční a intimní přání do pozadí. Nastává období stability, dochází k diferenciaci pohlavních rolí, osvojování poznatků a kulturních hodnot. Langmaier a Krejčířová (1998) charakterizují mladší školní období jako „období střizlivého realismu“. Na počátku období se jedná o přechodné období mezi hravým předškolním věkem a vyspělejším chováním školáka. Mladší školák je značně sugestibilní, méně kritický k informacím zprostředkovaným autoritou. Později se sám stává kritičtějším vůči okolní realitě, těžiště jeho zájmů se posouvá od fantazie do životní reality.

Tělesný růst je během mladšího školního věku rovnoměrně plynulý, s mírnou akcelerací před začátkem a na konci vývojového období, zejména u dívek. Růst těla je na začátku období ještě zrychlený, zpomaluje se, podobně jako přírůstky hmotnosti, kolem osmého roku. Během období se výrazně zlepšuje jemná i hrubá motorika. Tělesná obratnost a síla hrají také velkou roli v postavení dítěte mezi vrstevníky.

Podobně i oblast poznávání je ve znamení rostoucí aktivity. Rozvíjí se smyslové vnímání, které se stává více cílevědomým aktem. V oblasti zrakové diferenciacce přechází vnímání konkrétních předmětů ke vnímání všeobecnějšímu. Kolem desátého až jedenáctého roku života je vnímání zhruba stejně přesné jako vnímání dospělého, je však limitováno menší zkušeností pro třídění informací a vyvozování souvislostí. Schopnost vybavit si v paměti dřívější vjemy – představivost postupně ztrácí typickou spontaneitu předškolního období, dítě dokáže rozlišit mezi představou a fantazií, stále více se obrací do životní reality.

Na počátku školní docházky převládá neúmyslná, mechanická paměť, bezprostředně spojená s vnímáním. Během období se paměť zdokonaluje, stále častěji se uplatňuje záměrné zapamatování, racionalita a logický úsudek. Podobně záměrná pozornost je u mladších školáků nejprve krátkodobá, ovlivnitelná vnějšími faktory. Proto je vhodné střídání činností, kratší úkoly, využití hrových prvků či oddechové přestávky.

V oblasti řeči se rozšiřuje slovní zásoba, postupuje větná stavba i používání gramatických pravidel. O řeč se opírá učení, které se stává více plánovitým než nahodilým, na názoru závislé učení ve fázi předešlé.

Podle Piageta (1997) dochází na počátku období k posunu od názorného (intuitivního) myšlení do stadia konkrétních operací, kdy dítě začíná respektovat základní zákony logiky a je více vázáno na realitu. Je schopno pochopit podstatu určité skutečnosti, chápat proměnlivost a reverzibilitu, ovládá spojení různých myšlenkových procesů.

Pro citové projevy mladšího školáka je typický ústup lability a impulzivity, narůstá schopnost emočního porozumění a objevuje se chápání ambivalentních citů. Začínají se formovat vyšší city. Hodnotové orientace a sociální kontroly jsou zprvu závislé na autoritě a situaci. Kolem osmého roku se mění heteronomní morálka na autonomní. Konvenční úroveň morálky znamená přijetí běžných sociálních norem jako svého vnitřního regulativu. K jejich plnění je školák motivován potřebou naplnit sociální očekávání, tzn. být pozitivně hodnocen a akceptován (Vágnerová, 1996).

Mladší školní věk je přechodným obdobím od hravého předškolního věku, hlavní činností je v tomto období učení a práce. Objevují se počátky zájmů, které

mívají přechodný charakter. Seberealizace v zájmové činnosti dítě nejen rozvíjí, ale může být vhodnou kompenzací výkonových či sociálních neúspěchů ve škole. Střední školní věk je naproti tomu stabilnější, vyhraněnější, těžiště zájmů se přesouvá do životní reality, stoupá význam dětské skupiny, vytváří se mužská a ženská identita.

Z hlediska úspěšné školní práce i celkové psychické pohody dítěte je podstatné kladné sebehodnocení. Dítě si prostřednictvím informací získaných od důležitých blízkých osob a jejich vlastního vnitřního zpracování vytváří obraz o sobě, který je základem pojetí vlastní identity. Schopnost komplexního sebehodnocení se nejprve vztahuje na zjevné vlastnosti a projevy, později s postupujícím rozvojem kognitivních funkcí se sebepojetí stává složitějším a diferencovanějším, děti si začínají uvědomovat komplexnost a proměnlivost vlastní psychiky. Identita dítěte ve středním školním věku je podle Vágnerové (1996) ovlivňována zkušenostmi se sebou samým, které jsou zpracovávány na aktuální úrovni emoční a kognitivní zralosti. Je také sociálním produktem, je spoluurčována názory, postoji a hodnocením jiných lidí, zejména autorit. Pozitivní hodnocení schopností nebo chování dítěte podporuje sebedůvěru dítěte ve vlastní schopnosti a schopnost zvládat zátěžové situace i v budoucnosti.

Ve středním školním věku se dle Vágnerové (1996) rozvíjejí významné aspekty dětské identity jako jsou vědomí stability a originality vlastní identity, kdy desetileté dítě si uvědomuje svou odlišnost od ostatních. Potřeba dosáhnout pozitivního sebehodnocení a sebeúcty vede postupně k vytvoření ideální identity. Dítě se hodnotí pomocí srovnání s normou, kterou stanovili dospělí. V tomto období nabývá významu fyzický vzhled a senzitivita vůči společenským standardům krásy. Dětská identita je určena také příslušností k určitým sociálním skupinám. Rodinná identita je v tomto období pro dítě nejvýznamnější, v průběhu vývoje získává na významu identita daná příslušností k nějaké vrstevnické skupině.

Preadolescence je také obdobím, kdy dochází k rozvoji řady forem rizikového jednání (Stipek, et al.).

II. Empirická část

1. Cíle studie

Cílem studie byl screening a zejména vývojové srovnání vybraných faktorů, které souvisejí se vznikem a rozvojem PPP v pozdějším věku. Naším záměrem bylo posouzení stavu a identifikace problematických oblastí, na základě kterých jsme zformulovali doporučení pro primární prevenci v prostředí české školy. Těžištěm studie byla vzhledem k tomu, že se jedná o novou problematiku, předběžná sonda do oblastí vývojových procesů.

Zmapovány byly problémové okruhy - systém jídelních preferencí, averzí, stravovací zvyklosti, body image (resp. spokojenost s vlastním tělem), sebeocenění a sebehodnocení vlastních schopností. Zformulovali jsme následující výzkumné otázky:

1. Jaké jsou jídelní preference a averze u preadolescentních dívek?
2. Jaké je stravování ve škole a v rodině v jednotlivých věkových skupinách?
3. Které jsou problematické oblasti stravování dívek mladšího a středního školního věku? Jaký je vztah k vlastnímu tělu u preadolescentních dívek?
4. Jaké je sebeocenění a negativní sebehodnocení schopností u dívek středního školního věku?
5. Jaká je spokojenost s vlastním tělem u rodičů sledovaných dívek?

Dále jsme testovali několik specifických hypotéz, které se týkaly okruhů 1., 2., 4. K prvnímu okruhu jsme testovali následující hypotézy:

- H1: existují významné rozdíly mezi jednotlivými věkovými skupinami ve vyjádřených vysokých a nízkých preferencích a averzích.
- H2: mladší a starší skupina se významně liší v počtu položek, které dívky označily za neznámé
- H3: existují významné rozdíly v postojích k jednotlivým potravinám, jídlům a nápojům.

Ke druhému okruhu testovanou hypotézou je, že existují významné rozdíly ve stravovacích zvyklostech v domácím prostředí a ve škole. Ke čtvrtému okruhu

jsme testovali zda existují významné rozdíly mezi jednotlivými skupinami ve volbě figur.

Vzhledem k zaměření práce na vývojové období, kdy se výživové zvyklosti formují, a absenci systematických výzkumů zaměřených na tento věk u české neklinické populace, považujeme z hlediska prevence za podstatné detailněji zmapovat tyto oblasti. Jak jsme již uvedli v teoretické části, některé studie potvrzují, že nevhodné jídelní chování je významnějším prediktorem pozdějšího rozvoje PPP než některé osobnostní či rodinné charakteristiky (Piran, 1997, Krch, 1999, White, 2000, Byely et al., 2000).

2. Soubor

K volbě respondentek byla zvolena metoda náhodného skupinového výběru. Do souboru byly zařazeny pouze dívky. Vylučovacími kritérii byly dietní režim při somatickém onemocnění, rodiny cizinců.

Výzkumný soubor tvořilo 106 dívek, čtyři z nich byly pro odlišné stravovací zvyklosti rodiny vyloučeny (dívky z rodin cizinců z USA, Vietnamu, Ruska). Jedna dívka byla vyloučena pro dietní omezení při diabetes.

Dívky byly rozděleny do dvou skupin podle tříd. 1. skupina - mladší školní věk zahrnovala žákyně 1. a 2. třídy (N = 42, průměrný věk 7,3). 2. skupina – střední školní věk zahrnovala žákyně 3., 4. a 5. třídy (N = 59, průměrný věk 9,6). Rozdělení a počty respondentek v jednotlivých třídách viz následující tabulka.

Tabulka 1: Rozložení respondentek podle tříd

	Počet dotazovaných dívek		Průměrný věk (rok)
1. skupina	1.třída	21	6,8
	2.třída	21	7,8
2.skupina	3.třída	18	8,6
	4.třída	20	9,6
	5.třída	21	10,6
Celkem		101	8,6

Z dostupných hodnot byl průměrný BMI pro mladší věkovou skupinu 15,7 (14,9-17,3), pro starší byl 16,6 (15,1-18,6), pohyboval se v pásmu 25.-75. percentilu - dle norem z roku 2001 (in Pařízková a kol. 2007).

3. Metodika studie, etické otázky

Dívky byly vyšetřovány v prostředí školy. Studie byla realizována ve spolupráci se základními školami v Praze 2 a 4. Školy byly zapojeny do projektu Školní mléko.⁷

Testová baterie zahrnovala polostrukturovaný rozhovor, speciálně vytvořený pro účely tohoto výzkumu, Dotazník chuťových preferencí a averzí (Fraňková, 1997), Figurální stimuly Collinsonové (1991). U žákyň 3.a 4. a 5. tříd byla administrována škála PAQ Rohnerovy rodinné diagnostiky (Vágnerová, Matějček, 1992). Mladší dívky byly dotazovány individuálně, u starších dívek bylo možné pracovat v menších skupinách. Data byla doplněna o údaje od rodičů dětí.

Zákonní zástupci dívek byli před realizací výzkumu seznámeni s účelem a metodologií výzkumu a před započítím sběru dat podepsali informovaný souhlas s účastí na výzkumu, s pořízením záznamu rozhovoru a se způsobem nakládání se získanými daty. Účast na studii byla dobrovolná a nebyla honorována.

Přehled administrovaných metod

Dotazník chuťových preferencí a averzí (Fraňková, 1997) obsahuje seznam známých devadesáti potravin a jídel, zahrnuje ovoce, zeleninu, maso a uzeniny, přílohy, moučné pokrmy, sladkosti, slazené nápoje apod. Respondent je požádán, aby u každé položky vyznačil svůj postoj na škále preferencí. Volí jednu ze čtyř možností – výrazná preference („mám to ráda“), indiferentní vztah, nízké preference („je mi to jedno, sním to, ale nemusím to mít“), odmítání („nejím, nemám to ráda“), zvlášť je vyčleněna neznalost jídla („neznám, nikdy jsem to nejedla“). Dotazník viz příloha 3.1. U mladší věkové skupiny dívek byl dotazník zadáván individuálně, otázky předčítal a zapisoval administrátor. Tuto metodu jsme zvolili z dostupných metod

⁷ Dotovaný program Školní mléko byl zaveden v září 1999. Do programu jsou zapojeny zhruba tři tisíce škol (údaj z r.2008). Ve školách jsou instalovány automaty, kde se nabízejí za ceny o třetinu až polovinu nižší proti běžným malá mléka, jogurty či smetanové krémy (Nezval, on-line, 2009).

měření stravovacích zvyklostí (Viz Kapitola 2.6 Teoretické části). Protože byla vytvořena pro českou populaci, je relativně časově nenáročná, umožňuje získávat informace přímo od žáků a výsledky je možné komparovat s výsledky získanými u předškolních dětí (Fraňková, 2000), což jsme potřebovali z hlediska návaznosti doporučených preventivních opatření. Dotazník viz příloha 3.1.

Polostrukturovaný rozhovor byl vytvořen pro účely této studie, zahrnoval otázky na jídelní režim ve škole a v domácím prostředí a zaměřoval se na následující okruhy: snídaně, svačina ve škole, oběd ve školní jídelně, společné večere s rodinou, preference fast food restaurací, téma diety.

Snídaně:

Snídáš ráno než jdeš do školy? A jak často?

Co jíš nejčastěji ke snídani?

A o víkendu? Co snídáš?

Svačina ve škole:

Co nejčastěji svačíš?

Svačinu do školy si chystáš sám?

Kupuješ si jídlo ve škole?

Kupuješ si : sladké tyčinky z automatu – sladké nápoje, například colu – mléko, jogurty?

Můžete pít o školní hodině?

Nosíš si do školy pití?

Co nejčastěji ve škole piješ?

Oběd:

Obědváš ve školní jídelně nebo doma?

Chutná ti ve školní jídelně?

Jíš také polévky?

Co bys ve školní jídelně změnila?

Večere:

S kým doma nejčastěji večeříš?

Jak často večeříte celá rodina?

Kde nejčastěji večeříš?

Fast food:

Chodíš ráda do restaurací jako je KFC, Mc Donald a proč?

Dieta:

Víš co znamená slovo dieta? Zkus to popsat svými slovy

Máš s tím, co jsi popsala nějakou zkušenost?

Mladší dívky byly dotazovány individuálně, starší dívky odpovídaly písemně a jejich výpovědi byly doprovázeny rozhovorem v menších skupinkách.

Získávání dat prostřednictvím klinické metody jsme zvolili vzhledem k tomu, že umožňuje navázání kvalitního kontaktu s mladšími dívkami a je nejčastější metodou získávání informací o stravovacích zvyklostech a problémech s jídlom u mladších věkových skupin (Decaluwe, Braet, 2003 in Anderson et al., 2009).

Ke zjišťování spokojenosti s vlastním tělem jsme použili škálu siluet v úpravě Collinsonové (1991), která byla vytvořena pro práci s preadolescenty. Úkolem respondenta je zvolit figuru, která odpovídá jeho skutečné postavě (reálná figura), ideální figuru stejného pohlaví, figuru, kterou považuje za atraktivní pro opačné pohlaví, figuru opačného pohlaví, kterou sám považuje za nejvíce atraktivní. Rozdíl mezi ideální a reálnou figurou ukazuje tzv. index diskrepance – míru nespokojenosti s vlastním tělem. Podnětový materiál viz příloha 3.2.

Dotazník PAQ je součástí Rohnerovy rodinné diagnostiky. Autor metodu charakterizuje jako „sociokulturně nezávislou metodu sebereflexe dítěte“ (Vágnerová, Matějček, 1992, str.2). Dotazník zahrnuje 42 položek, tvořících následující škály (hostilita a agresivita, závislost, negativní sebeocenení, negativní hodnocení vlastních schopností, inhibice citových projevů, emoční labilita, pesimismus). Z výše uvedených škál nás zajímaly třetí a čtvrtá subškála – negativní sebeocenení a negativní hodnocení vlastních schopností. Respondent vyjadřuje míru svého souhlasu s jednotlivými tvrzeními na škále od „téměř nikdy, určitě ne“, „málokdy, spíše ano“, „někdy, spíše ano“, po úplný souhlas, „téměř vždy, určitě ano“. Administrace dotazníku trvá přibližně 15 minut. České normy jsou pro dívky a chlapce od 10 let do 15 let. Dotazník viz příloha 3.3.

Dotazník pro rodiče byl vytvořený Fraňkovou (1997). V naší studii jsme použili pouze část dotazníku zaměřenou na stravovací zvyklosti rodiny a dítěte a doplnili jsme některé tématické okruhy, které nám připadaly z hlediska nutriční výchovy a prevence zajímavé. Dotazník viz příloha 3.4. K určení míry nespokojenosti s vlastním tělem u rodičů jsme zvolili rozdíl mezi aktuální a ideální tělesnou hmotností (Silberstein, et al., 1988 in Hrachovinová, Chudobová, 2004).

4. Vyhodnocení dat

Zvolená metodologie se opírala o kvalitativní i kvantitativní přístupy, a to s využitím klinické metody (rozhovor) a dotazníkových metod. Pro kontrolu platnosti výpovědi dívek byla užita metoda triangulace, v našem případě se jednalo o získávání dat od dívek a od rodičů.

K organizaci a kvantifikaci dat byl využit program SPSS. V rámci kvantitativní analýzy dat byla zvolena deskriptivní statistika (četnosti, relativní četnosti, průměr, apod.) a testy hypotéz. Vzhledem k tomu, že jsme nepředpokládali normální rozložení, použili jsme v rámci druhého přístupu neparametrické metody. Pro porovnání dvou nezávislých vzorků Mann-Whitneyho testu (dále označujeme M-W) a pro porovnání tří a více skupin Kruskal-Wallisova testu (K-W). Pro porovnání dvou závislých vzorků byl použit Wilcoxonův test. U binomických proměnných byl použit χ^2 -kvadrát test nezávislosti. U některých proměnných byla dále provedena korelační analýza.

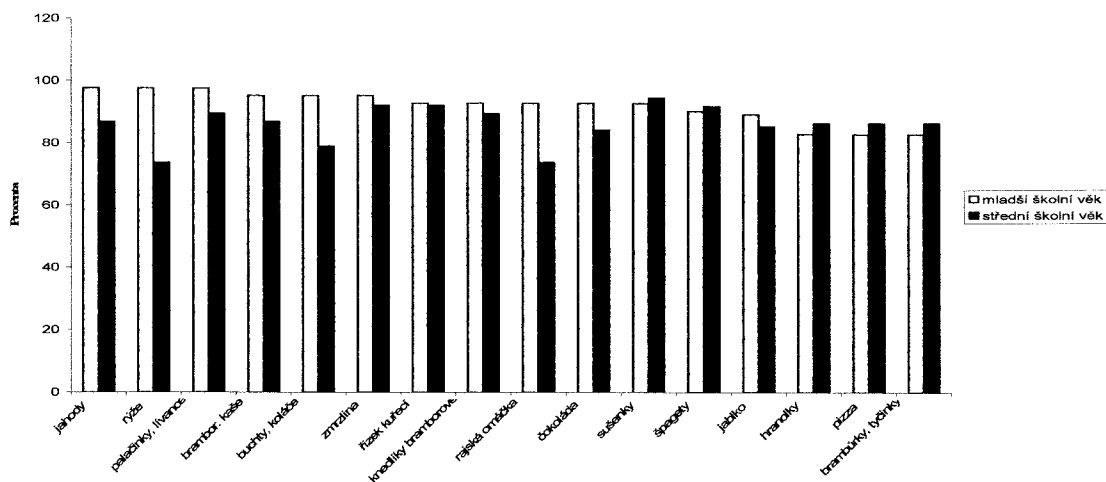
5. Výsledky

Výsledky jsou tématicky rozděleny do kapitol podle administrovaných metod - Dotazník chuťových preferencí a averzí (Kapitola 5.1), rozhovor s dívkami (Kapitola 5.2), dotazník pro rodiče (Kapitola 5.3), škála figur ke zjišťování body image (Kapitola 5.4), Dotazník PAQ (Kapitola 5.5).

5.1 Dotazník chuťových preferencí a averzí

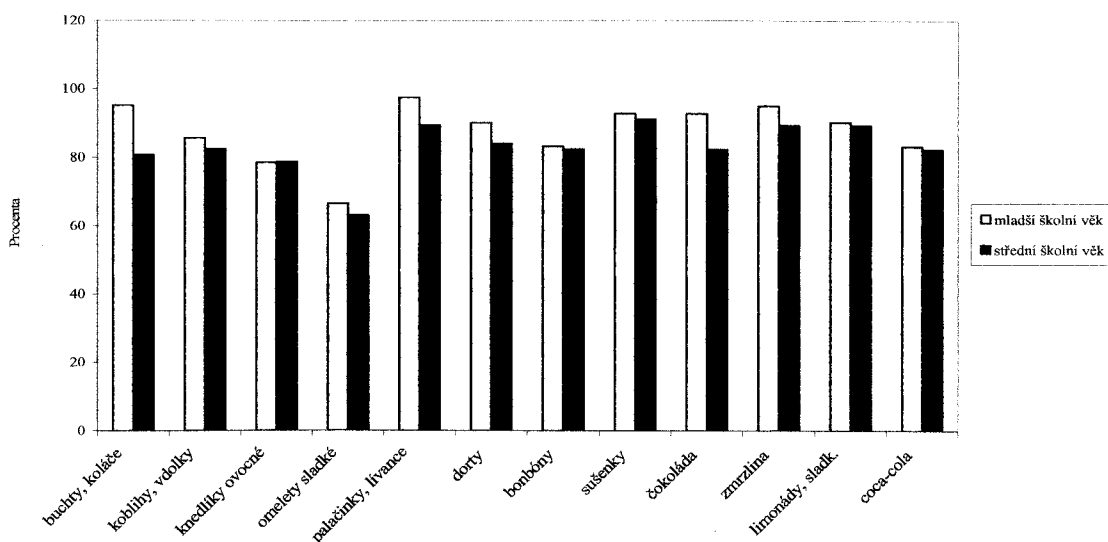
Seznam 90 potravin, jídel a nápojů jsme rozdělili podle jednotlivých stupňů preferencí (vysoké, nízké) a averzí. Jako zvláštní kategorii jsme vyčlenili neznalost jídla. Nominované vysoké preference se z velké části překrývaly v obou věkových skupinách. Graf 1. ukazuje přehled potravin a jídel s nejvyšší preferencí ve skupině mladšího a středního školního věku. V mladším školním věku se navíc objevuje vysoká obliba rajské omáčky (92,9 %), šlehačky (90,5 %), kakaa a čokoládových nápojů (90,5 %) a krupicové kaše (88,1 %). Ve starší věkové skupině se mimo shodné

volby s mladší věkovou skupinou navíc objevují vysoké preference jablek (87,7 %), hranolek (87,7 %), brambůrek a slaných tyčinek (86 %).



Graf 1 : Vysoké preference u dívek mladšího a středního školního věku

Z hlediska nutriční výchovy nás zajímalo, zda jsou významné rozdíly ve vyjádřených vysokých preferencích v jednotlivých skupinách jídel. Statistická analýza potvrdila tento rozdíl pouze ve skupině potravin, jídel a nápojů bohatých na sacharidy ($Z = -3,061$, $p = 0,002$, Wilcoxon test), kde s věkem dochází ke snížení vysokých preferencí. Přehled vybraných vysokých preferencí viz následující graf.

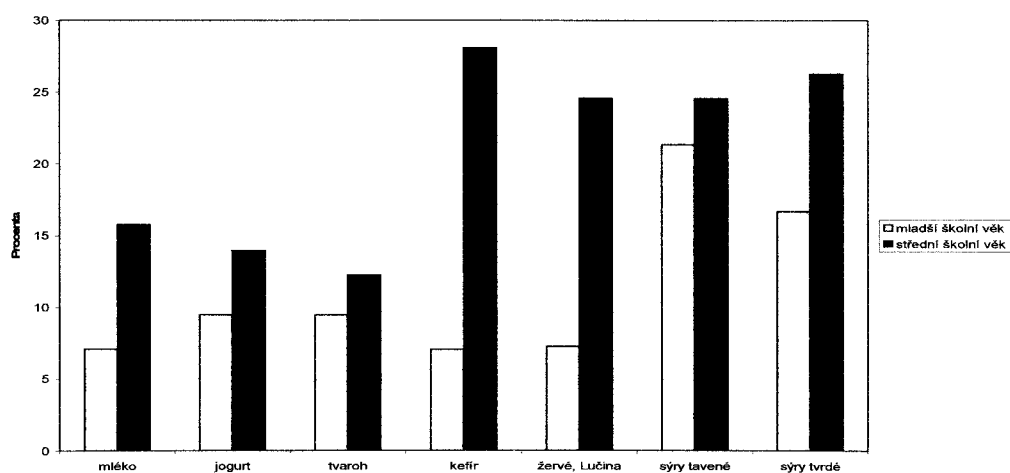


Graf 2: Preference sladkého v mladším a středním školním věku

Dále nás zajímali tzv. nízké preference, tedy potraviny, jídla a nápoje, které dítě zkonzumuje bez výraznější preference. Ve srovnání vyjádřených nízkých preferencí ve věkových skupinách byl nalezen statisticky významný rozdíl ($Z = -4,343$, $p = 0,000$, Wilcoxon test), s věkem docházelo k nárůstu takto vyjádřeného postoje, přesto v celém souboru převažovaly extrémní postoje (vysoké preference, averze – viz dále v textu).

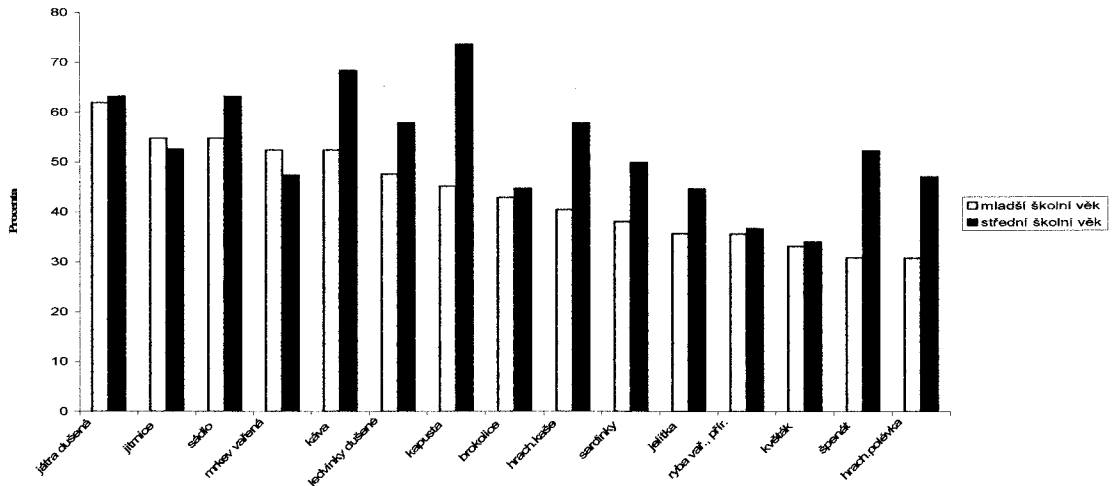
Vybraný seznam devadesáti potravin, jídel a nápojů jsme srovnali podle tohoto postoje. V mladší věkové skupině vyjádřilo tento postoj 26,2 % dívek ke kuřecímu masu, ovesné kaši, „slaným nudlím“ (21,4 %), květáku (19 %). Ve starší věkové skupině byl tento postoj vyjádřen k sekané (31,6 %), tvarohu (26,3 %), kyselému okurce, tvrdým sýrům, guláši, smažené rybě (21,1 %).

Se zvyšujícím se věkem narůstal počet jídel a potravin, ke kterým dívky vyjadřovaly averzi. Rozdíl mezi skupinami byl statisticky významný ($Z = -3,385$, $p = 0,001$, Wilcoxon test). Přední místa v nominaci u obou věkových skupin zaujímaly vnitřnosti, aromatická zelenina (kapusta), káva a sádlo. V mladším školním věku se mezi potravinami, k nimž dívky vyjádřily averzi, vyskytla navíc syrová mrkev, u dívek středního školního věku to byl špenát, ovesná kaše, jitrnice a tavené a „tvrdé“ sýry. Následující graf (číslo 3) znázorňuje averze vůči potravinám a jídlům.



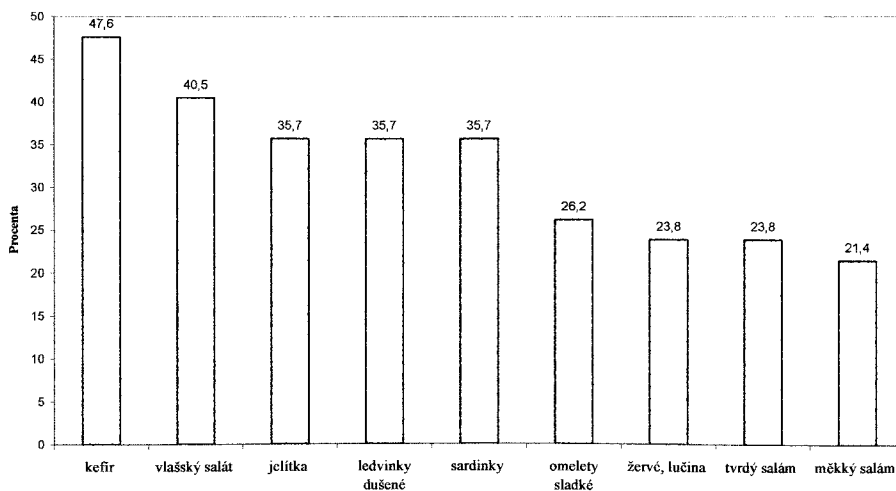
Graf 3 : Přehled averzí v obou věkových skupinách

Statisticky významný rozdíl ve vyjádřených averzích mezi věkovými skupinami byl nalezen ve skupině zahrnující mléko a mléčné výrobky ($Z = -2,521$, $p = 0,012$, Wilcoxon test).

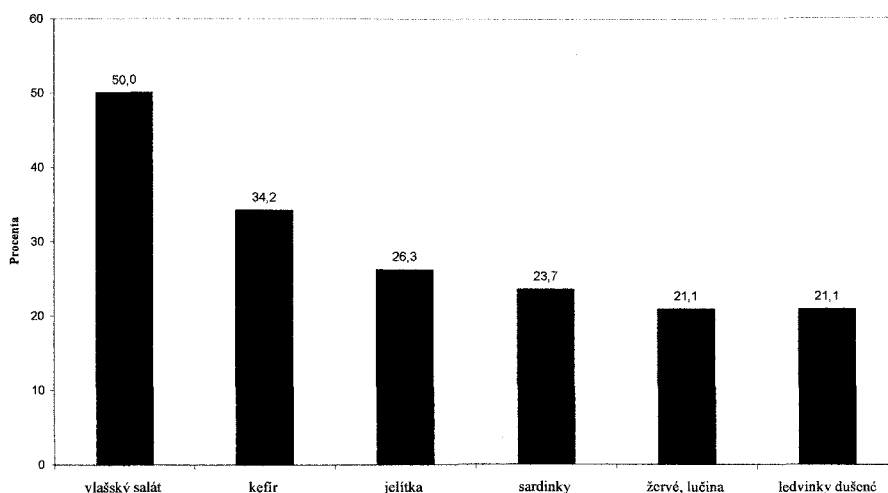


Graf 4 : Přehled averzí - mléko a mléčné výrobky

Dívky měly dále možnost označit potraviny a nápoje, které neznají. V Grafu 5 a 6 je znázorněn přehled potravin a jídel, se kterými děti nemají zkušenosti (vybrali jsme hodnotu dvacet a více procent). S věkem se počet takto označených položek snižoval, rozdíl mezi skupinami je statisticky významný ($Z = -2,9$, $p = 0,004$, Wilcoxon test).



Graf 5: Neznámé potraviny v mladším školním věku



Graf 6: Neznámé potraviny ve středním školním věku

5.1.1 Postoj dívek jednotlivým potravinám a jídlům a nápojům

Pro jednotlivé potraviny jsme stanovili stupeň oblíbenosti. Ve většině případů nebyl rozdíl v postojích mladších a starších dívek statisticky významný. Tabulky procentuálního zastoupení postojů k jednotlivým potravinám a jídlům jsou uvedeny v Příloze 1. U potravin a jídel, kde se preference u obou věkových skupin významně liší, jsou uvedeny tabulky a grafy zvlášť pro jednotlivé skupiny. Seskupovací analýza zahrnující vysoké preference ukázala některé clustery, grafické znázornění viz Příloha 2.

Jednotlivé položky dotazníku jsme rozčlenili do podskupin (postoje k ovoci, zelenině apod.). Některé kategorie (např. jídla typu fast food, přílohy, pokrmy z masa) se překrývají. Toto členění jsme zvolili, protože nás zajímali právě tyto tématické okruhy.

1) Ovoce

Rozdíl v preferenci ovoce (jahody, meruňky, jablko, meloun) nedosahuje statistické významnosti, v obou věkových skupinách převažuje výrazná preference. Přehled jednotlivých postojů viz tabulky v Příloze 1 (číslo 1-1 až 1-4). Srovnáme-li stupeň oblíbenosti jednotlivých druhů ovoce, dosahují nejlepšího skóre jahody (nejvyšší

počet dívek vyjádřilo vysoké preference). Jahody dosáhly nejvyšší hodnoty ve srovnání s celým souborem potravin, jídel a nápojů.

2) Zelenina

Podobně jako u ovoce není rozdíl v preferencích u obou věkových skupin. Ve srovnání skóre oblíbenosti nejlepších hodnot dosahuje paprika a rajské jablko, na opačném konci je brokolice a kapusta. Přehled postojů k zelenině viz tabulky v Příloze 1 (číslo 1-5 – 1-15).

Orientačně uvádíme některé hodnoty⁸ – v 71,6 % se objevuje se výrazná preference u syrové mrkve, k vařené úpravě se zvýšila averze v obou věkových skupinách (31,9 %). Preference převažuje u rajského jablka (81,9 %), papriky (73,7 %), kedlubny (70,8 %), zeleného hrášku (68,8 %) a hlávkového salátu (55,6 %). V postoji ke květáku mírně převažovaly vysoké preference (47,5 %) nad averzemi, které vyjádřilo 36,4 % dívek. Převažující averze se objevuje například u kapusty (65,2 %) a mírně převažující u brokolice (47,9 %). U špenátu byl nalezen statisticky významný rozdíl mezi skupinami ($Z = -2,933$, $p = 0,003$, M-W test). Nejvyšší preference špenátu je v první třídě, ve středním školním věku dochází ke snížení vysokých preferencí a naopak dochází k nárůstu dívek, které vyjadřovaly averzi.

3) Ořechy, slané pochutiny

V celém sledovaném souboru dominuje výrazná preference ořechů (78,8 %), burských oříšků (78,4 %) a slaných tyčinek a chipsů (86,6 %). Rozdíl mezi skupinami není statisticky významný. Relativní četnosti viz Příloha 1, tabulky 1-16 až 1-18.

4) Přílohy

Z příloh se objevuje v celém souboru vysoká preference bramborové kaše (93,9 %), vařených brambor (83,8 %), knedlíků bramborových (92,9 %) a houskových (85,6 %). U vlašského salátu je vysoké procento dívek, které tento pokrm neznají (41,4 %). V preferenci rýže je mezi skupinami je statisticky významný rozdíl

⁸ Uvádíme hodnoty, které odpovídají škále, odpověď „neznám“ jsme vyčlenili zvlášť. Komplettní přehled relativních četností viz tabulky v Příloze I.

($Z = -2,201$, $p = 0,0028$, K-V test). Vyjádřené vysoké preference se ve třetí a čtvrté třídě snížily, v páté třídě dosáhly opět 100 %. Přehled postojů k přílohám viz Příloha 1, tabulky 1-19 až 1-24.

5) Jídla typu fast food

Sledovali jsme stupně oblíbenosti smažených hranolek, hamburgerů, pizzy, párků a klobás. Zde je třeba podotknout, že ačkoliv se jedná o typické pokrmy rychlého občerstvení, nebylo toto v dotazníku zmíněno, dívky si mohly představit konzumaci těchto potravin v domácím prostředí. V celém výzkumném souboru převažovaly vysoké preference těchto pokrmů. Nejvyššího skóre oblíbenosti z fast food pokrmů dosahovala pizza (89,7 %) a hranolky (86,7 %), naopak nižší bylo skóre oblíbenosti u klobásy (53,6 %). Rozdíl v postojích mezi věkovými skupinami nedosahoval statistické významnosti. Postoje k pokrmům fast food a jejich procentuální zastoupení u celého zkoumaného souboru viz Příloha 1, tabulky 1-25– 1-30.

Dále jsme se zaměřili na korelace některých fast food pokrmů, slaných pochutin a nápojů typu cola, přehled je uveden viz následující tabulka:

Tabulka 2: Korelace

		klobása	párek vař., opeč.	hamburger	párek v rohlíku	coca-cola	hranolky	brambůrky, tyčky
klobása	Pearson Correlation Sig. (2- tailed) N		,369** ,000 95	,272** ,008 95	,311** ,002 95			
párek vař., opeč.	Pearson Correlation Sig. (2- tailed) N	,369** ,000 95		,254* ,014 94	,506** ,000 94			
hamburger	Pearson Correlation Sig. (2- tailed) N	,272** ,008 95	,254* ,014 94		,438** ,000 94			
párek v rohlíku	Pearson Correlation Sig. (2- tailed) N	,311** ,002 95	,506** ,000 94	,438** ,000 94		,412** ,000 95		,356** ,000 94

coca-cola	Pearson Correlation				,412**		,252*	,396**
	Sig. (2- tailed)				,000		,013	,000
	N				95		97	96
hranolky	Pearson Correlation					,252*		,251*
	Sig. (2- tailed)					,013		,014
	N					97		96
brambůrky , tyčky	Pearson Correlation				,356**	,396**	,251*	
	Sig. (2- tailed)				,000	,000	,014	
	N				94	96	96	

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

6) Luštěniny

Vzhledem k tomu, že nás zajímalo srovnání se skupinou dětí předškolního věku, vyčlenili jsme tuto skupinu zvlášť. Vysoké preference v této skupině dosahovaly nižších hodnot ve srovnání s celým souborem, nejvyšší byla preference zeleného hrášku (68,8 %), u hrachové kaše naopak převažovaly averze (52,7 %). Přehled viz Příloha 1, tabulky 1-31 – 1-34.

7) Kašovitá textura

Zajímal nás postoj dívek k pokrmům kašovité textury. V postoji ke krupicové kaši je statisticky významný rozdíl mezi skupinami ($Z = -1,957$, $p = 0,05$, K-W test), kde jsou vysoké preference nejvyšší v mladším školním věku a u ovesné kaše ($Z = -2,54$, $p = 0,024$). Přehled relativních četností v jednotlivých třídách viz Příloha 1, tabulky 1-35 – 1-36.

8) Mléko, mléčné výrobky, vejce

Jak jsme již uvedli, s věkem narůstá averzí k této skupině potravin, rozdíl je statisticky významný ($Z = -2,521$, $p = 0,012$, Wilcoxon test). Postoje k mléku a mléčným výrobkům a jejich procentuální zastoupení viz Příloha 1, Tabulky 1-37 – 1-48.

Uvádíme přehled některých vysokých preferencí – jogurt (84,4 %), mléko (75,8 %). Averzi k mléku vyjádřilo 12,1 % dívek, stejné procento jej konzumuje bez

výraznější oblíbenosti. Relativně nižší je procento vysoké preference tvarohu (64,6 %), dívky k této potravine vyjadřovaly též preference nízké (24,2 %). U kefiru je vyšší procento dívek, které tuto potravinu neznají nebo rodiče ji nekupují (36,4 %).

V postojích ke šlehačce jsme našli statisticky významný rozdíl mezi skupinami ($Z = -3,030$, $p = 0,002$, M-W test). V postojích ke šlehačce převažuje preference, nejvyšší hodnoty dosahuje u žákyň prvních a druhých tříd, ve středním školním věku se snižuje.

Dále nás zajímal postoj dívek k tvrdým sýrům, taveným sýrům, žervé a sýrům typu Lučina, zde jsme našli statisticky významný rozdíl mezi věkovými skupinami ($Z = -2,366$, $p = 0,018$, M-W test), vysoké preference se s věkem snižovaly, narůstalo procento averzí, nejvyšší bylo ve třetí třídě. Ve sledovaném souboru též převažovala vysoká preference smaženého sýra (74,7 %).

V postojích k vejším, majonézám a tatarským omáčkám převažují vysoké preference, u vajec dosahují 74,7 %, u majonéz a tatarských omáček 70,1 %. Averzi k majonézám a tatarským omáčkám vyjádřilo pouze 15,5 % dívek.

9) maso, uzeniny, masné výrobky

Z analýzy postojů k masným výrobkům vyplývá, že převažují vysoké preference šunky (87,6 %), naopak z postojů k zabijačkovým pokrmům, jako jsou jitrnice a jelítka, převažuje v celém souboru averze.

V postojích k masu převažují vysoké preference, u hovězího masa dosahují 70,5 % dívek, naopak averzi vyjádřilo 16,8 % dívek, kterou v některých případech verbálně komentovaly obavou z BSE. Podobně v postojích k drůbežím masu (kuřecí maso, husa, kachna) převažovaly preference. Vysoké procento averze (nejvyšší hodnoty z celého souboru) dívky vyjadřovaly k vnitřnostem. U dušených jater averzi vyjádřilo 75 % dívek, u ledvinek 77,8 % dívek.

U pokrmů z masa byl statisticky významný rozdíl mezi skupinami v preferenci rajské omáčky ($Z = -2,304$, $p = 0,021$ M-W test). Výrazně pozitivní postoj se s věkem snižoval, nižší byl zejména u žákyň 4. tříd. Vysoký stupeň preferencí byl u kuřecího řízku (92,9 %), svíčkové na smetaně (82,3 %), guláše (80,2 %), vepřového řízku

(75 %), „činy“ – 78,9 %, sekané – 60,6 %). V postojích k paštice převládala výrazná preference.

V postojích k pokrmům z ryb byly vysoké preference méně časté, dosahovaly 54,1 %. U ryb v konzervě (sardinky) naopak převažovaly averze (77,8 %).

V postojích k sádlu převažovala u sledovaného souboru výrazná averze (72,1 %). Procentuální zastoupení postojů k masu, pokrmům z masa a masným výrobkům viz Příloha 1, tabulky 1-49 až 1-71.

10) Těstoviny

V souboru dominuje výrazná preference špaget a těstovin (93,9 %), u „slaných nudlí“ byla relativní četnost vysokých preferencí nižší, dosahovala 64,5 %.

11) Pečivo

U pečiva je vysoká výrazná preference chleba (88,9 %) a koblih a vdolků (83,8 %). Procentuální zastoupení též viz Příloha 1, Tabulky 1-74 a 1-76. Rozdíl v postoji k buchtám a koláčům v obou věkových skupinách dosahoval statistické významnosti ($Z = -2,432$, $p = 0,015$, M–W test), kdy s věkem došlo ke snížení vysokých preferencí.

11) Sladké pokrmy

U ovocných knedlíků převažuje výrazná preference v celém sledovaném souboru (78,8%) a podobně tomu tak je u sladkých omelet (64,6 %). Nejvyšší hodnoty dosahovaly vysoké preference palačinek a lívanců (92,9 %).

V preferenci sladkostí (dorty, čokoláda, bonbóny, sušenky, zmrzlina) dominuje výrazná preference v celém souboru. U bonbonů vysoké preference dosahují 82,8 %, u dortů 85,9 %, u čokolády 86,9 %, sušenek 91,9 %, zmrzliny 91,9 % (procentuální zastoupení postojů viz Příloha 1, Tabulky 1-77 až 1-84).

12) Nápoje

Ve sledovaném souboru dominuje výrazná preference limonád a sladkých nápojů (89,9 %), nápojů typu cola (89,9 %), kakaa a čokoládových nápojů (85,9 %). U kávy převažují averze (59,3 %). Statisticky významný je rozdíl v postojích

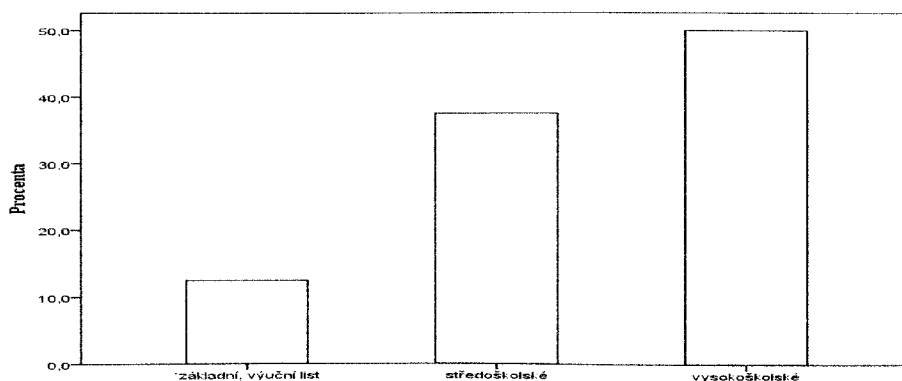
k bylinkovému čaji ($Z = -2,481$, $p = 0,013$, M-W test). U černého/zeleného čaje převažují vysoké preference v celém sledovaném souboru (62,5 %). Procentuální zastoupení jednotlivých postojů k nápojům viz Příloha 1 (tabulky 1-85 až 1-90).

5.2 Polostrukturovaný rozhovor s dívkami

Otázky rozhovoru byly zaměřeny na stravovací zvyklosti dívek ve škole a v domácím prostředí.

- Snídaně

U souboru dívek mladšího školního věku se ojediněle vyskytla absence snídaně před odchodem do školy, ve skupině dívek středního školního věku se jednalo o 14,0 % dívek. Dále jsme se zaměřili na volbu jídel k snídani. Převažovala preference sladkých snídaní, necelá třetina dívek uvedla, že nejčastěji snídá slazené cereálie (cornflakes, kuliček do mléka apod.), která se objevovala u 28,6 % mladších dívek a 26,3 % staršího školního věku a zejména ve skupině, jejichž matky mají vysokoškolské či středoškolské vzdělání. Mezi dívkami v mladší a starší věkové skupině byl statisticky významný rozdíl ve volbě mléčných výrobků ke snídani, preference se s věkem snižovala (χ kvadrát = 4,025, $df = 1$, $p = 0,045$, χ -kvadrát test nezávislosti, název testu dále v textu neuvádíme).



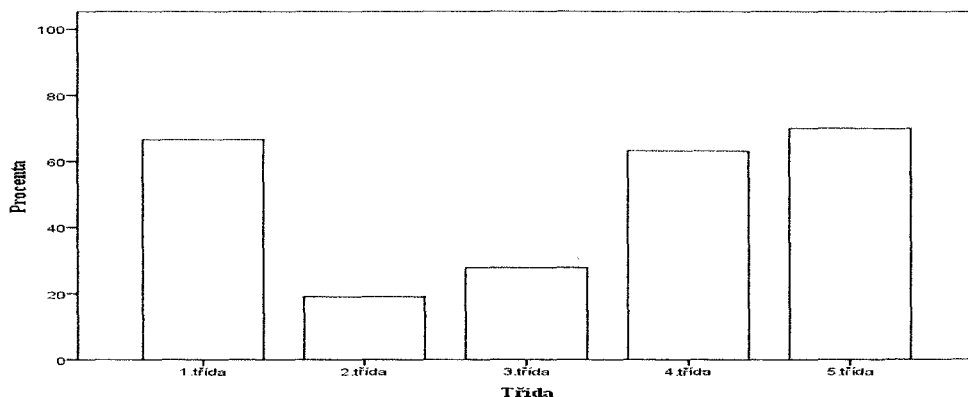
Graf 7: Volba slazených cereálií ke snídani v celém souboru dle vzdělání matky

- Školní svačina

Při otázce na svačinu ve škole 4,8 % respondentek v mladší věkové skupině uvedlo, že si ji chystá bez pomoci rodičů. Ve starší skupině to bylo 12,3 %. V mladší věkové skupině podle očekávání převažoval počet těch, kterým svačinu připravoval jeden z rodičů, přesto rozdíl mezi skupinami dosahuje statistické významnosti (χ kvadrát = 7,070, df = 1, p = 0,008).

42,9 % respondentek v mladším školním věku uvedlo, že nejčastěji svačí slané pečivo s oblohou, 21,4 % uvedlo sladkou svačinu (sladké pečivo, sušenky apod.). Ve středním školním věku svačí slané 54,4 %, sladké 19,3 %.

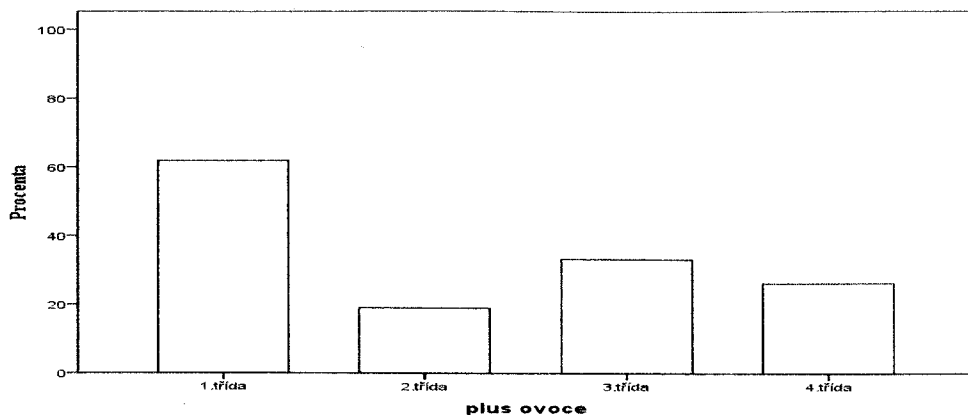
Následující graf znázorňuje volbu slané svačiny, která je vyšší v první třídě, ve druhé třídě klesá a s postupujícím věkem opět narůstá. Rozdíl mezi skupinami podle tříd je statisticky významný (χ kvadrát = 9,468, df = 4, p = 0,050).



Graf 8: Volba slané svačiny podle jednotlivých tříd

Statisticky významný rozdíl je mezi skupinami ve volbě slaného pečiva se sladkou pomazánkou, které se vyskytlo u 12,3 % starších dívek. U mladších dětí se tato odpověď nevyskytla (χ kvadrát = 3,968, df = 1, p = 0,046).

Pouze ovoce pravidelně svačí 4,8 % dívek v mladším školním věku a 1,8 % ve středním školním věku. Ovoce ke (slané, sladké) svačině dostává 40,5 % respondentek v mladším školním věku a 33,3 % ve středním školním věku. Trend v jednotlivých třídách viz následující graf.



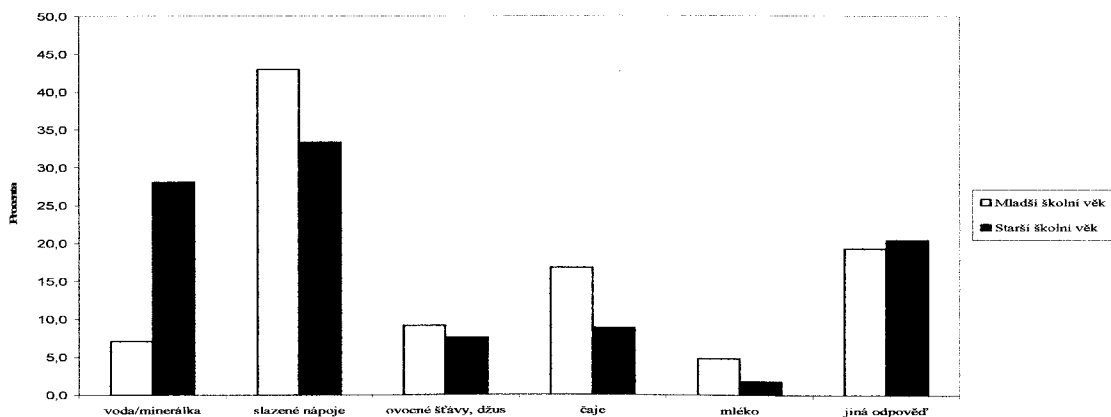
Graf 9: Vývojový trend – ovoce ke svačině

Nákup potravin a nápojů ve škole - 33,3 % dívek mladšího a 35,1 % středního věku si ve škole kupuje mléko a jogurty (školy ve studii měly zavedený program „Mléko do škol“). Nákup sladkostí ze školního automatu uvedlo 17,5 % dívek ve starší věkové skupině. V mladší skupině se tento případ nevyskytl. Rozdíl mezi skupinami je statisticky významný (χ kvadrát = 5,905, $df = 1$, $p = 0,015$).

- Nápoje

Výrazná je volba sladkých nápojů ke svačině 42,9 % v mladší věkové skupině, 33,3 % ve starší věkové skupině. Statisticky významný rozdíl je v konzumaci vody a neslazených nápojů (χ kvadrát = 6,074, $df = 1$, $p = 0,014$), která se s věkem ve sledovaném souboru zvyšovala.

Volbu nápoje ke svačině v mladší a starší věkové skupině ukazuje Graf 14, do kategorie „jiná odpověď“ jsou též zařazeny dívky u kterých byla odpověď nejednoznačná.



Graf 10 : Volba nápoje ke školní svačině v mladším a středním školním věku

- Stravování ve školní jídelně

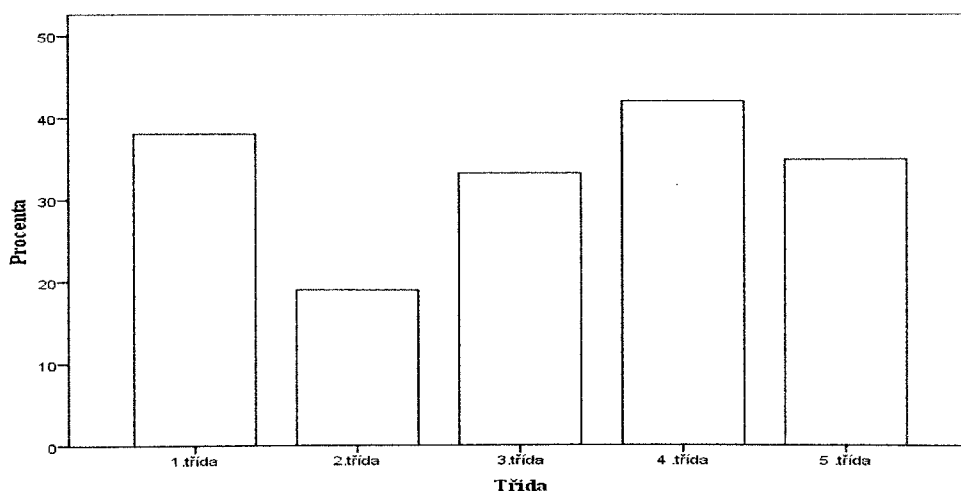
Dále nás zajímalo stravování ve školní jídelně. V našem souboru se ve školní jídelně pravidelně stravuje 73,8 % respondentek mladšího školního věku a 82,5 % středního školního věku. V obou věkových skupinách dívky vyjadřovaly spíše nespokojenost s prostředím školy než s jídelníčkem. Nespokojenost s jídlem se vyskytla spíše ve starší věkové skupině. Rozdíl mezi skupinami rozdělenými podle tříd je statisticky významný (χ kvadrát = 10,416, $df = 4$, $p = 0,034$). Polévky v jídelně „nikdy nejí“ spíše mladší dívky (26,2 %).

- Společné večeře v rodině

Při otázce na společné stravování v rodině 35,7 % respondentek v mladší věkové skupině odpovědělo, že se doma schází k večeři denně celá rodina, ve 28,6 % dítě večeří s jedním z rodičů. Ve starší věkové skupině pravidelně večeří s rodiči 49,1 % dívek.

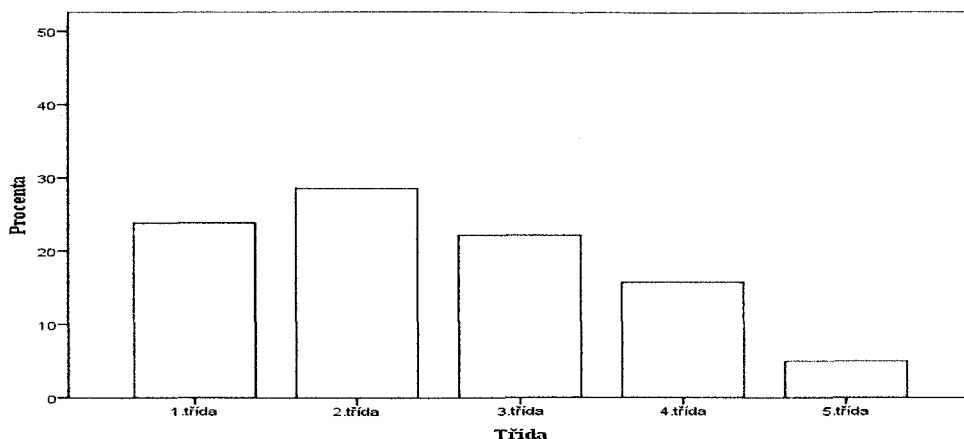
Ojedinele se vyskytla odpověď, že každý člen domácnosti večeří v jiné části bytu. Večeří u televize uvedlo 20,2 % v celém souboru.

Následující graf ukazuje počty dívek v jednotlivých skupinách rozdělených podle tříd, které večeří společně s jedním z rodičů (Graf 11).



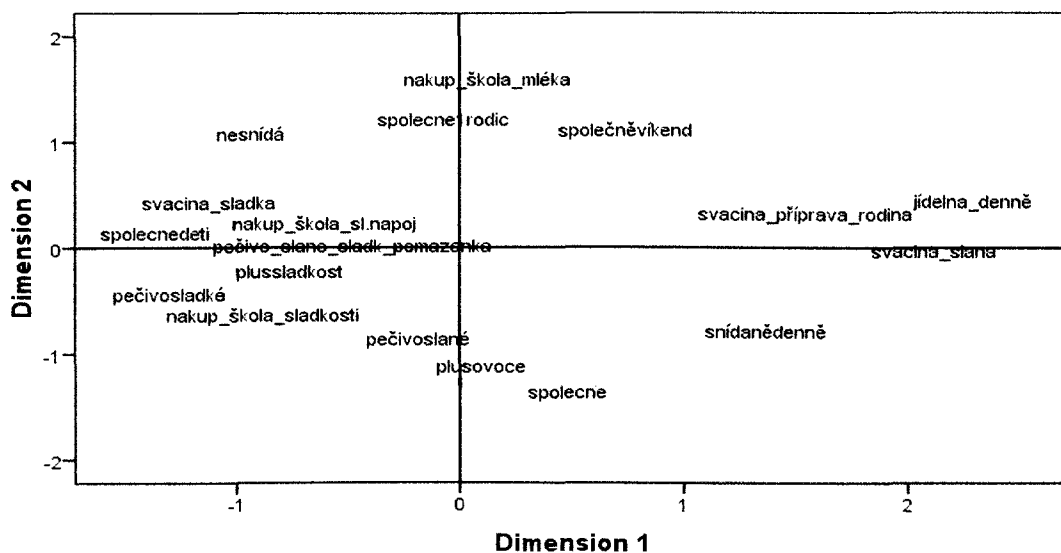
Graf 11 : Vývojový trend – společné večeře s jedním z rodičů

Vývoj společného stravování dětí bez rodičů v obou věkových skupinách ukazuje Graf 12.



Graf 12 : Společné večeře dětí bez rodičů.

Zajímaly nás stravovací zvyklosti z pohledu mnohorozměrného škálování. Z grafu je patrná souvislost mezi sladkou snídaní a svačinou, nákupem slazených nápojů a sladkostí ve škole, společnou večeří dětí bez rodičů nebo samotného dítěte. Další cluster tvořily proměnné pravidelná docházka do školní jídelny, příprava svačiny rodiči a nejčastěji „slaná svačina“, které pravděpodobně reprezentují „klasické stravovací návyky“. Třetí skupina zahrnovala proměnné nákup školního mléka, společné večeře s jedním z rodičů a společné večeře o víkendu.



Graf 13 : Stravovací zvyklosti_mnohorozměrné škálování

Legenda: „Společně“ – pravidelné rodinné večeře, „plus ovoce“ – ovoce ke školní svačině, „pečivo slané – „slaná“ snídaně“, pečivo sladké – „sladká“ snídaně, společně děti – společné večeře dětí bez rodičů, „společně 1 rodič“ – společné večeře s jedním z rodičů v úplných rodinách.

- **Porozumění pojmu dieta a dietní tendence**

Kategorie jsme vyčlenili na základě analýzy odpovědí dívek. Většina respondentek uvedla alespoň jedno přílehlavé vysvětlení termínu dieta. Dívek, které odpověď neznaly bylo v mladší věkové skupině 7,1 % a ve starší věkové skupině odpověď neznala jedna dívka.

Dívky nejčastěji termín vysvětlovaly jako snížený přísun jídla s cílem snížit tělesnou hmotnost (50% v mladší věkové skupině a 40,4 % u dívek středního školního věku). Racionální (dietní) způsob stravování nebo vegetariánství (tato odpověď se vyskytovala u 21,1 % ve starší skupině), zde jsme našli statisticky významný rozdíl mezi skupinami (χ kvadrát = 6,385, df = 1, p = 0,012). Další typ odpovědi zahrnoval dietní omezení z lékařské indikace (23,8 %, 12,3 %). Jedna respondentka mimo omezení stravovacího režimu uvedla též užívání dietních pilulek a laxativ. Tato dívka také uvedla, že se snažila dietně stravovat, aby snížila svou hmotnost. Skórovala v pravidelné absenci snídaně, naopak školní jídelnu navštěvuje denně. Dotazník stravovacích zvyklostí nebyl rodiči této dívky vyplněn.

- **Fast food restaurace**

Více jak polovina (62,6 %) respondentek uvedla, že navštěvuje podobné restaurační zařízení ráda. Při otázce na motivaci nejčastěji uvedly, že jim tam chutná (38,1 % v mladší věkové skupině a 50,9 % ve starší věkové skupině) a nebo se objevilo zdůvodnění, že motivací k návštěvě je hračka k dětskému menu (16,7 % v mladší a 7 % ve starší věkové skupině). V motivaci hračkou je statisticky významný rozdíl mezi skupinami (χ kvadrát = 4,594, df = 1, p = 0,032). Restaurace rychlého občerstvení byla v ojedinělých případech označena jako místo, kde rodina pořádá dětské oslavy.

5.3 Dotazník stravovacích zvyklostí pro rodiče

V dotazníku jsme se zaměřili pouze na následující oblasti: vzdělání a spokojenost s vlastním tělem rodičů, spokojenost s tělesnou hmotností dítěte,

informace o stravování rodiny, problémy s jídlem dítěte a jeho postoj ke školnímu stravování. Návratnost dotazníků dosahovala 40,6 %.

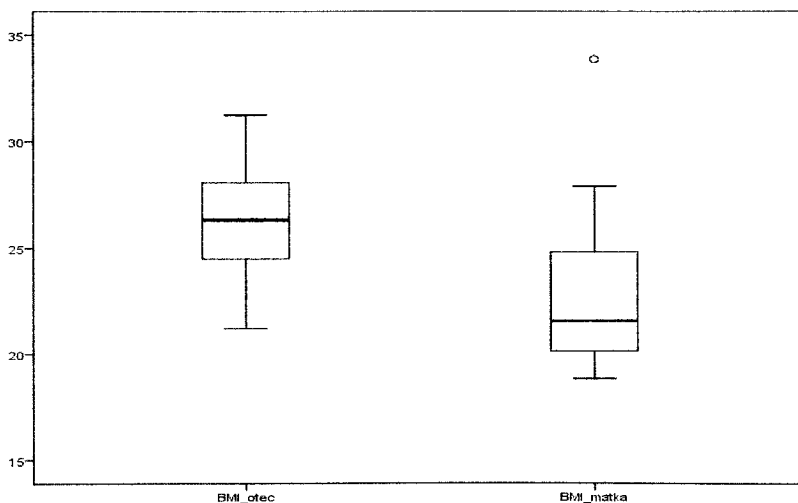
- Vzdělání rodičů

Tabulka 3

	Vzdělání otce		Vzdělání matky	
	Četnost	Procenta	Četnost	Procenta
Základní, výuční list	2	4,9	5	12,2
Středoškolské	15	36,6	14	34,1
Vysokoškolské	19	46,3	18	43,9
Neuvedl/a	5	12,2	3	9,8

- Body mass index (BMI)

Průměrný Body mass index u otců dosahoval hodnoty 26,35 (směrodatná odchylka 2,6; rozpětí 21,2-31,2) a u matek 22,84 (směrodatná odchylka 3,2; rozpětí 18,8 – 33,9).



Graf 14 : Boxplot BMI rodičů

Boxplot rozděluje hodnoty na dolní kvartil (dolních 25% případů), kvartilové rozpětí se znázorněným mediánem a horní kvartil (horních 25% případů), kroužkem je označen odlehlý případ

- Spokojenost s vlastní postavou

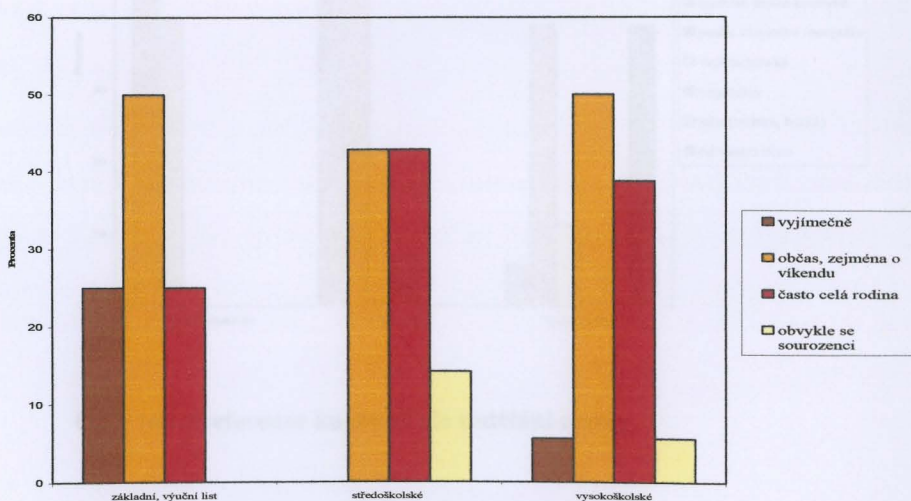
Položili jsme otázku na ideální tělesnou hmotnost. Otcové odpověděli, že by si přáli snížit tělesnou hmotnost v průměru o 2,36 Kg (rozpětí +5 - -9), matky – 4, 54 Kg (rozpětí +2 - -21 Kg). Pomineme-li tento extrémní případ, je průměrná hodnota – 3,8 Kg. U matek bylo nejčtenější přání snížit tělesnou hmotnost o 2 nebo o 4 Kg.

- Spokojenost s tělesnou hmotností dítěte

Vzhledem k tomu, že některé zahraniční studie uvádějí nespokojenost rodičů s tvarem a váhou preadolescentních dětí s tělesnou hmotností v normě, zahrnuli jsme tuto položku též do dotazníku pro rodiče. V našem souboru 69,2 % rodičů bylo spokojeno s tvarem a váhou těla dítěte, 15,4 % uvedlo, že by dítě mělo přibrat, shodné procento rodičů uvedlo, že by dítě mělo zhubnout.

- Stravovací zvyklosti rodiny

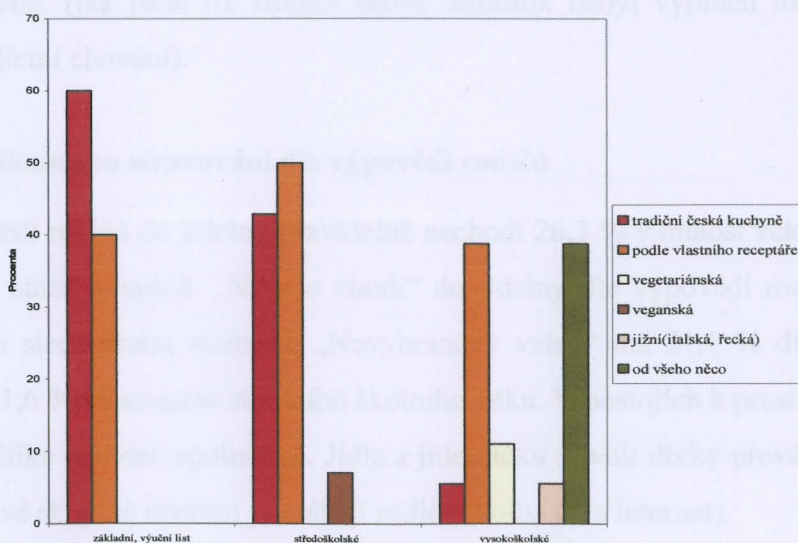
V celém souboru převažovala odpověď, že rodina večeří společně zejména o víkendech a svátcích (52,6 % v mladší věkové skupině a 36,8 ve starší věkové skupině). Odpověď, že rodina „často“ stoluje společně se objevila u 36,8 % rodičů mladších dívek a 47,4 % starších. Se sourozenci bez rodičů stoluje 10,5 % dívek v mladší věkové skupině a 5,3 % ve starší věkové skupině.



Graf 15 : Společné večeře dle vzdělání matky

Častý výskyt společných večeří se vyskytoval zejména ve skupině matek se středoškolským a vysokoškolským vzděláním. Naopak ve skupině se základním vzděláním či vyučením převažovala odpověď „vyjíměčně“. Společné stolování dětí bez rodičů bylo čtenější ve skupině matek se středoškolským vzděláním.

Dále jsme se tázali na preferenci „kuchyně“, rodiče si mohli zvolit jednu nebo více z následujících možností – tradiční česká kuchyně, podle vlastního receptáře, vegetariánská, veganská, makrobiotická, jižní (italská, řecká), „od všeho něco“, „máme rádi čínu“ nebo napsat jinou alternativu. V celém souboru dominovala kuchyně „podle vlastního receptáře“ a tradiční česká kuchyně. Podobně jako tomu bylo u společného stravování, i zde nás zajímala preference „kuchyně“ dle vzdělání matky. U matek s nejnižším vzděláním se objevovala pouze tradiční česká kuchyně a odpověď „podle vlastního receptáře“, naopak u matek s vysokoškolským vzděláním byl výběr pestřejší, objevovala se též vegetariánská, makrobiotická, „jižní (italská, řecká) kuchyně“ a zejména odpověď „od všeho něco“. Následující graf ukazuje preference kuchyně podle vzdělání matky. Rozdíly mezi skupinami jsou statisticky významné ($df = 2, p = 0,001, K-W$ test).



Graf 16 : Preference kuchyně dle vzdělání matky

V preferenci „light“ výrobků před klasickými potravinami se obě věkové skupiny výrazně nelišily, převažovaly rodiny, které tyto výrobky „nikdy“ nekupují, jednalo se o 47,4 % v mladší věkové skupině a 52,6 % ve starší věkové skupině. 10,5 procenta rodičů dívek obou věkových skupin odpovědělo, že se snaží stravu „vždy odlehčit“.

- Problémy s jídlem

V dotazníku jsme se zaměřovali na nezralé chování (například „odbíhání od jídla“) a problémy s jídlem jako například dlouhodobé nechutenství. Rodiče mohli doplnit charakteristiky v dotazníku neuvedené. Třetina rodičů výslovně uvedla, že „dítě s jídlem nezlobí“. Odbíhání od jídla se vyskytlo u 26,7 % dívek mladší věkové skupiny, ve starší věkové skupině se podle očekávání nevyskytlo. Odpověď „jí podle toho, co má rádo“ se vyskytla zhruba u třetiny dětí z celého souboru. Konzumace jídla po složkách se objevila u 36,8 % dívek ve starší věkové skupině a 15,8 % v mladší věkové skupině. V mladší věkové skupině byla v 11,1 % uvedena odpověď „jí podle nálady“, ve starší věkové skupině se tato odpověď nevyskytla. Nedůvěra k novým pokrmům se vyskytla u 41,1 % dívek celého souboru. Odpověď zahrnující dietní tendence se nevyskytla. (jak jsme již zmínili dříve, dotazník nebyl vyplněn rodiči dívky, která uvedla dietní chování).

- Postoj dívek ke školnímu stravování dle výpovědi rodičů

Podle výpovědi rodičů do jídelny pravidelně nechodí 26,3 % v mladší věkové skupině a 5,3 % ve starší skupině. „Nerado chodí“ do jídelny dle výpovědi rodičů 11 % dívek v celém sledovaném souboru. „Nevyhraněný vztah“ má 21,1 % dívek v mladší skupině a 31,6 % ve skupině středního školního věku. V postojích k prostředí jídelny převažuje kritika chování spolužáků. Jídla z jídelníčku si volí dívky převážně samy, v mladší věkové skupině dívkám pomáhají rodiče (volba přes internet).

5.4 Škála figur ke zjišťování body image

Ke zjišťování body image jsme použili škálu Collinsonové (1991) ověřenou na vzorku preadolescentních dětí. Silnější figury pro dívky znamenaly ve většině případů nadváhu, kterou negativně hodnotily. U některých (zejména mladších) dívek se objevilo hodnocení je „velká“, což vysvětlovaly jako velký vzrůst či „má sílu“. Zjišťovali jsme rozdíly ve volbách jednotlivých figur v mladší a starší věkové skupině, statisticky významně vyšel rozdíl ve volbě ideální figury ($Z = -3,392$, $p = 0,001$, M-W test).

Následující tabulky a grafy ukazují četnosti a procenta voleb ženských a mužských figur u mladší a starší věkové skupiny.

1) Identifikační figura:

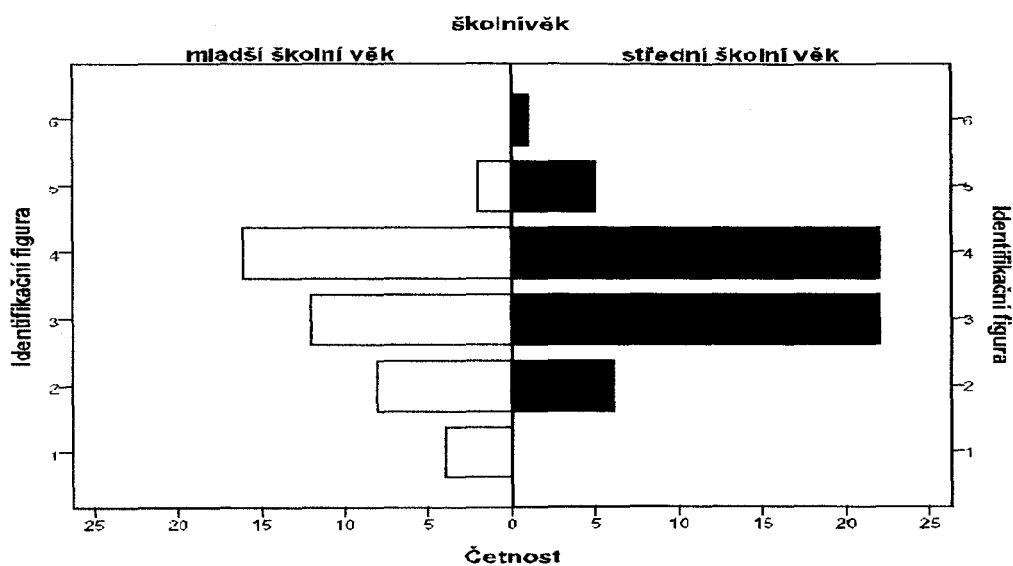
Čtyři dívky v mladší věkové skupině volily za identifikační nejtíhlejší figuru (1), naopak volba silnější figury (6) se objevila u jedné dívky ve starší věkové skupině. Nejčtenější byla volba třetí (mírně podprůměrná figura, volená mladší i starší věkovou skupinou) a čtvrtá (průměrná) figura. U obou věkových skupin se během administrace u některých dívek objevilo negativní hodnocení silnějších figur.

Tabulka 4 : Identifikační figura - mladší školní věk

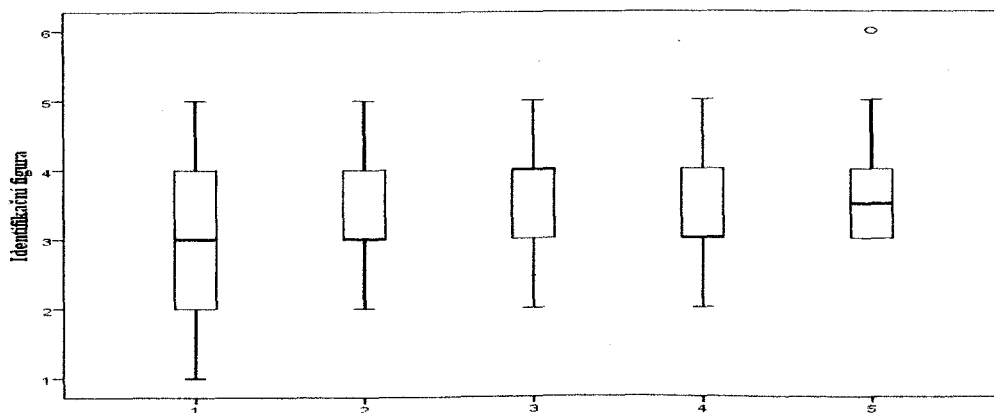
	Frekvence	Procenta	Procenta z platných hodnot	Kumulativní procenta
Číslo 1	4	9,5	9,5	9,5
figury 2	8	19,0	19,0	28,6
3	12	28,6	28,6	57,1
4	16	38,1	38,1	95,2
5	2	4,8	4,8	100,0
Celkem	42	100,0	100,0	

Tabulka 5 : Identifikační figura - střední školní věk

		Frekvence	Procenta	Procenta z platných hodnot	Kumulativní procenta
Číslo figury	2	6	10,5	10,7	10,7
	3	22	38,6	39,3	50,0
	4	22	38,6	39,3	89,3
	5	5	8,8	8,9	98,2
	6	1	1,8	1,8	100,0
	Celkem	56	98,2	100,0	
Chybějící hodnota	1	1,8			
Celkem	57	100,0			



Graf 17: Četnosti voleb jednotlivých figur jako identifikačních v obou věkových skupinách.



Graf 18: Boxplot – volba identifikační figury v jednotlivých věkových skupinách.

2) Ideální figura

Mladší dívky volily extrémně štíhlou figuru (1) častěji (četnost 9) než dívky ve starší věkové skupině. Naopak silnější figury (5-7) nevolily mladší dívky vůbec. Ve starší věkové skupině se ojediněle vyskytla volba figury odpovídající mírné nadváze. Nejčastěji byla, podobně jako identifikační, volena třetí figura (odpovídající mírné podváze) v obou věkových skupinách. Rozdíl mezi věkovými skupinami, jak jsme již uvedli, je statisticky významný ($Z = -3,92$, $p = 0,001$, M-W test).

Tabulka 6 : Ideální figura mladší školní věk

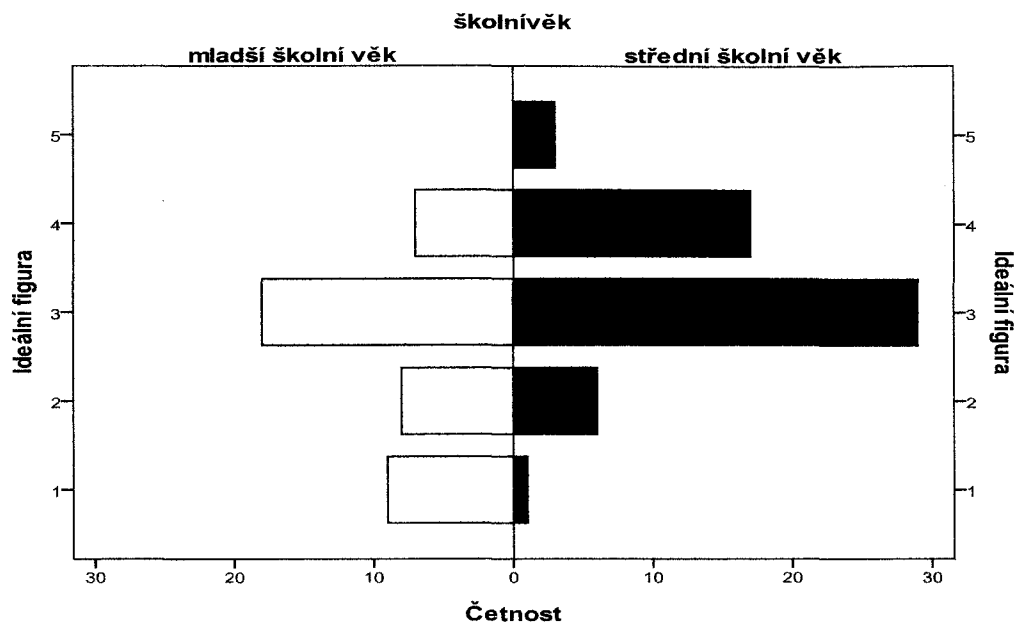
		Frekvence	Procenta	Procenta z platných hodnot	Kumulativní procenta
Číslo figury	1	9	21,4	21,4	21,4
	2	8	19,0	19,0	40,5
	3	18	42,9	42,9	83,3
	4	7	16,7	16,7	100,0
	Celkem	42	100,0	100,0	

Tabulka 7: Ideální figura - střední školní věk

		Frekvence	Procenta	Procenta z platných hodnot	Kumulativní procenta
Číslo figury	1	1	1,8	1,8	1,8
	2	6	10,5	10,7	12,5
	3	29	50,9	51,8	64,3
	4	17	29,8	30,4	94,6
	5	3	5,3	5,4	100,0
	Celkem	56	98,2	100,0	
Chybějící	hodnota	1	1,8		
	Celkem	57	100,0		

Zajímaly nás stravovací zvyklosti dívek, které jako ideál preferovaly figuru symbolizující extrémní podváhu (č. 1) a podváhu (č.2). Soubor těchto dívek zahrnoval celkem 24 respondentek v celém věkovém souboru. Počet nebyl dostatečný pro hlubší statistickou analýzu dat, některá srovnání relativních četností u vybraných položek však ukázala, že u těchto dívek bylo vyšší procento těch, které snídaly „občas“, častěji

měly ke svačině přidané ovoce (zeleninu) či svačily pouze ovoce. Při otázce na vysvětlení pojmu dieta ve vyšší míře popisovaly motivaci zhubnout při sníženém energetickém příjmu.



Graf 19: Četnosti volby ideální figury

3) Atraktivní dívčí figura pro opačné pohlaví

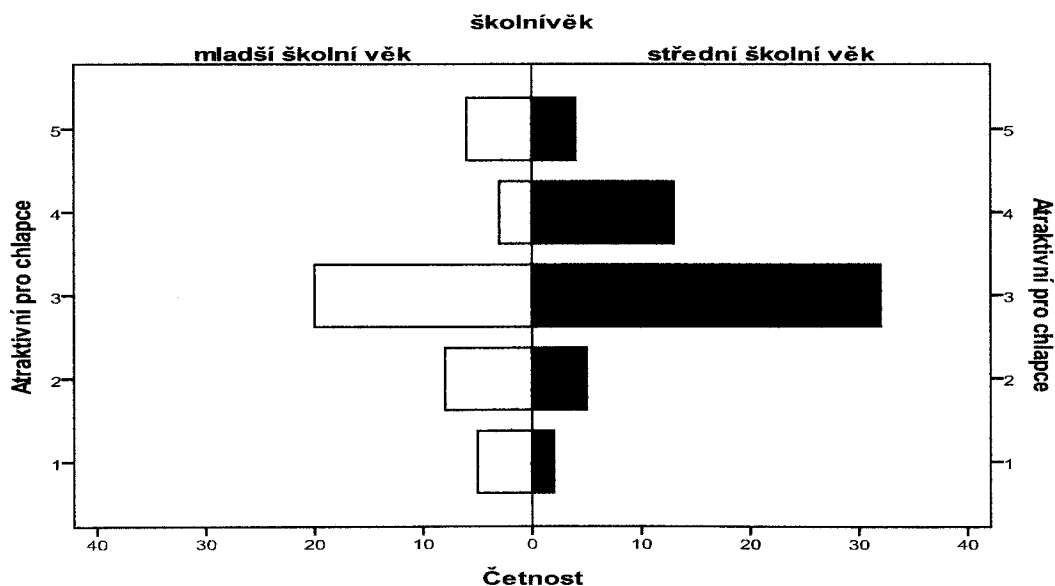
Obě věkové skupiny zvolily nejčastěji třetí figuru (mírná podváha). Dívky v mladší věkové figuru volily extrémně štíhlou figuru jako atraktivní pro opačné pohlaví v 11,9 %, u starších dívek to bylo 3,5 % dívek.

Tabulka 8: Atraktivní pro chlapce mladší školní věk

	Frekvence	Procenta	Procenta z platných hodnot	Kumulativní procenta
Číslo 1	5	11,9	11,9	11,9
figury 2	8	19,0	19,0	31,0
3	20	47,6	47,6	78,6
4	3	7,1	7,1	85,7
5	6	14,3	14,3	100,0
Celkem	42	100,0	100,0	

Tabulka 9: Atraktivní pro chlapce střední školní věk

	Frekvence	Procenta	Procenta z platných hodnot	Kumulativní procenta
Číslo figury 1	2	3,5	3,6	3,6
2	5	8,8	8,9	12,5
3	32	56,1	57,1	69,6
4	13	22,8	23,2	92,9
5	4	7,0	7,1	100,0
Celkem	56	98,2	100,0	
Chybějící hodnota	1	1,8		
Celkem	57	100,0		



Graf 20: Volba atraktivní figury pro opačné pohlaví

4) Atraktivní chlapecká figura

Podobně jako u atraktivní ženské figury dívky volily nejčastěji figuru číslo 3. V mladší věkové skupině se vyskytla též preference extrémně štíhlé (č. 1) a silnější

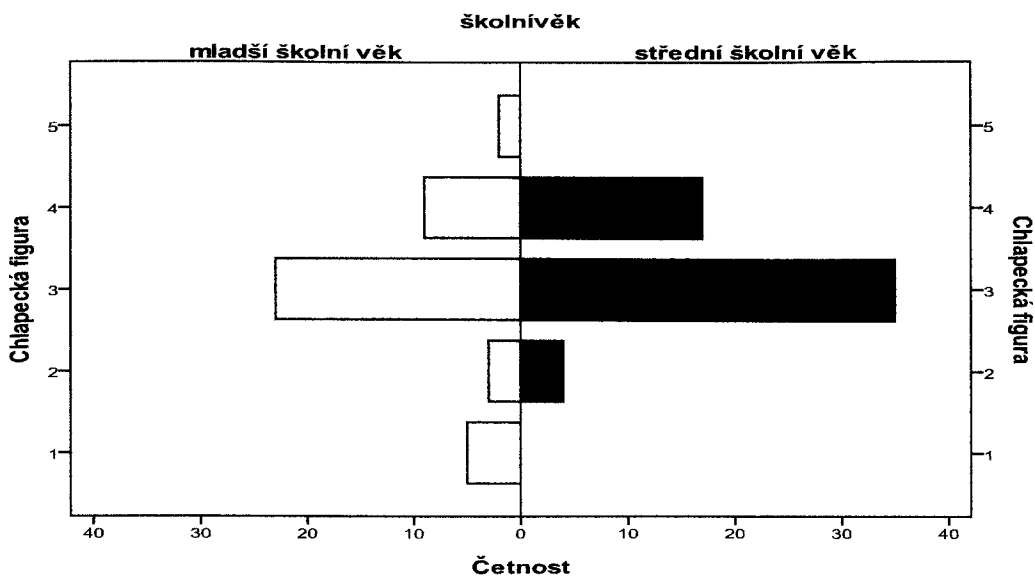
siluety (5). Ve starší věkové skupině je preference méně rozptýlená, dominuje volba třetí figury a na druhém místě figury č. 4.

Tabulka 10: Chlapecká figura - mladší školní věk

		Frekvence	Procenta	Procenta z platných hodnot	Kumulativní procenta
Číslo figury	1	5	11,9	11,9	11,9
	2	3	7,1	7,1	19,0
	3	23	54,8	54,8	73,8
	4	9	21,4	21,4	95,2
	5	2	4,8	4,8	100,0
	Celkem	42	100,0	100,0	

Tabulka 11: Chlapecká figura - střední školní věk

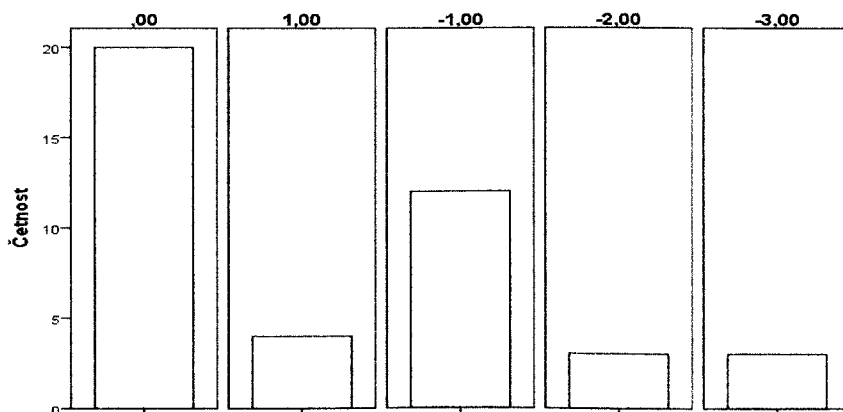
		Frekvence	Procenta	Procenta z platných hodnot	Kumulativní procenta
Číslo figury	2	4	7,0	7,1	7,1
	3	35	61,4	62,5	69,6
	4	17	29,8	30,4	100,0
	Celkem	56	98,2	100,0	
Chybějící	99	1	1,8		
	Celkem	57	100,0		



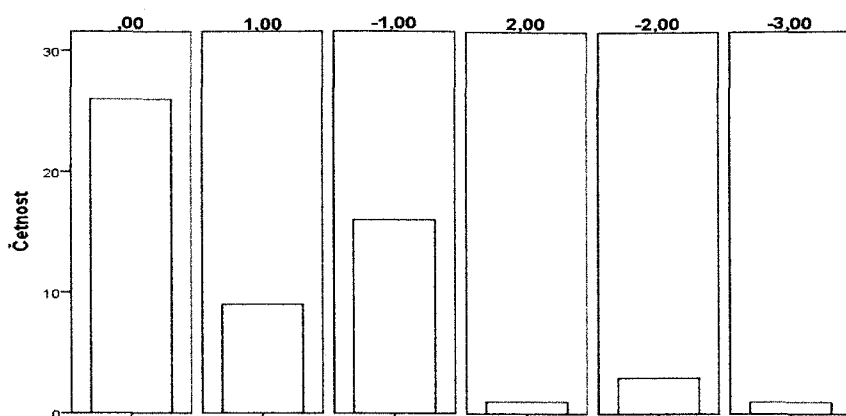
Graf 21 : Četnosti voleb jednotlivých chlapeckých figur v obou věkových skupinách

5) Index diskrepance

Pro obě věkové skupiny jsme stanovili rozdíl mezi volenou ideální a identifikační figurou. V obou věkových skupinách dominovala nulová hodnota indexu, ukazující na spokojenost s vlastním tělem. 42,9 % v mladší věkové skupině a 35,7 % dívek ve starší věkové skupině preferovaly štíhlejší tělesné rozměry než je jejich aktuální tělesná hmotnost. Ve starší věkové skupině se objevily dívky, které si přály zvýšit svoji tělesnou hmotnost (20 %), v mladší věkové skupině se jednalo o 9,5 % dívek. Přehled četností v jednotlivých věkových skupinách viz následující grafy.



Graf 22 : Index diskrepance v mladší věkové skupině



Graf 23 : Index diskrepance ve starší věkové skupině

V souladu s autorkou škály Collinsonovou (1991) a dalšími autory (Labovitz, 1970, 1971; Young, 1981 in Collins, 1991) jsme škálu pojali jako intervalovou a stanovili průměrné hodnoty u jednotlivých voleb figur.

Tabulka 12 : Volba figury – vybrané položky deskriptivní statistiky

Školní věk	Figura	N	Minimum	Maximum	Průměr	Směrodatná odchylka
mladší školní věk	Identifikační figura	42	1	5	3,1	1,1
	Ideální figura	42	1	4	2,6	1,0
	Atraktivní pro chlapce	42	1	5	2,9	1,2
	Chlapecká figura	42	1	5	3,0	1,0
střední školní věk	Identifikační figura	56	2	6	3,5	,9
	Ideální figura	56	1	5	3,3	,8
	Atraktivní pro chlapce	56	1	5	3,2	,8
	Chlapecká figura	56	2	4	3,2	,6

Průměrná hodnota volby identifikační figury byla 3,1 u mladšího věkového souboru a 3,5 u dívek středního školního věku. Ideální figuru volily dívky v mladší věkové skupině štíhlejší (průměr 2,6) než ve starší věkové skupině (3,3). Jako

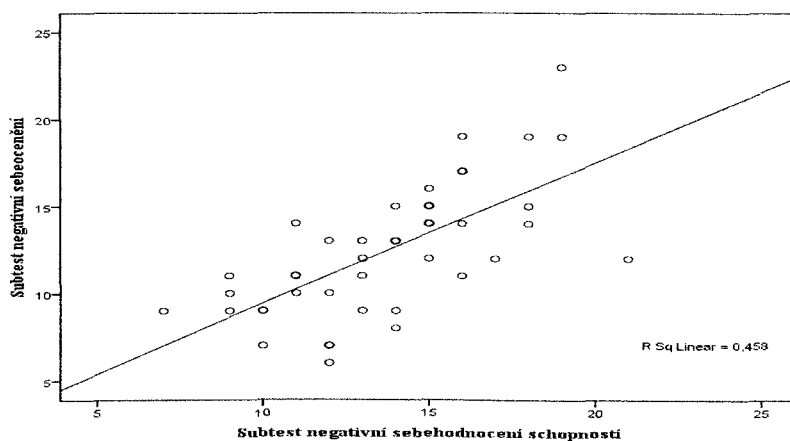
věkové skupině štíhlejší (průměr 2,6) než ve starší věkové skupině (3,3). Jako atraktivní pro chlapce volily dívky štíhlejší figuru než identifikační, volba se blížila preferované ideální figuře – hodnota 2,9 v mladším školním věku, 3,2 ve starší věkové skupině. Atraktivní chlapeckou figuru volily opět štíhlejší než je figura odpovídající průměrným proporcím.

4.5 Dotazník (PAQ)

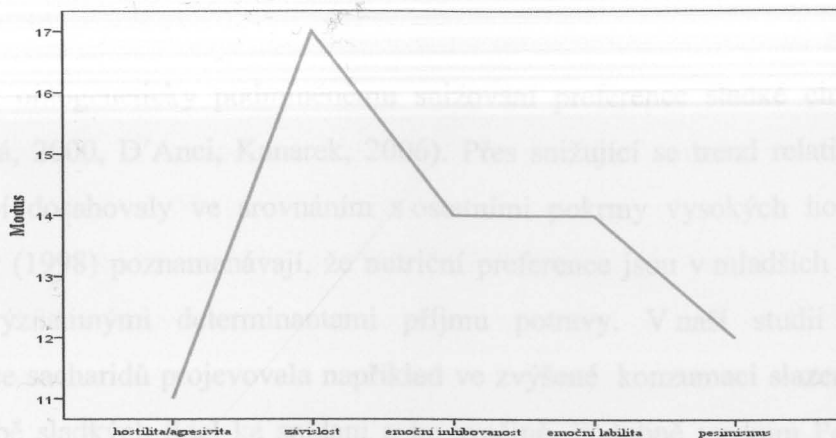
Ze subškál dotazníku nás zajímala třetí a čtvrtá subškála (sebeocení a sebehodnocení vlastních schopností). V naší studii jsme testu použili u dívek starších 10 let (průměrný věk skupiny 10, 4 roku).

Nejčastěji dívky dosáhly v subtestu negativní sebeocení 14 bodů, které odpovídají 7 stenu. Druhým subtestem, který nás z hlediska možného preventivního působení zajímal, je negativní ocenění vlastních schopností. V subškále negativní sebehodnocení schopností dosáhly nejčastěji hodnoty 15 bodů, která odpovídá 8 stenu.

U obou škál byla nalezena signifikantní lineární korelace ($r = 0,722$, $p = ,000$, hladina významnosti 0,001, Graf 51). Výsledky v subtestu negativní sebeocení schopností korelují s volbou identifikační figury ($r = 0,335$, $p = 0,024$, hladina významnosti 0,05). Zajímavé jsou též vysoké skóry v subtestu závislost.

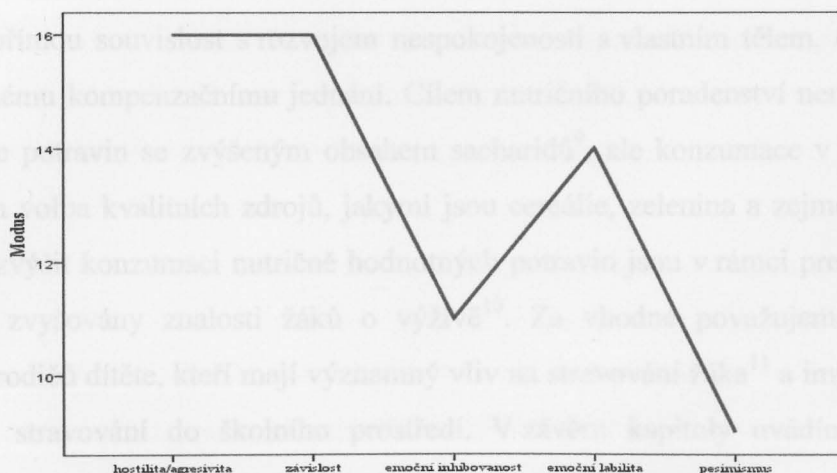


Graf 24: Korelace subtestů negativní sebeocení a negativní sebehodnocení schopností



Graf 25: Modus v ostatních škálách

Test jsme nestandardně administrovali též u mladších dívek (8-9 let), zde jsme na subtestu negativní sebeocení zaznamenali dva nejčtenější výsledky v testu 9 a 15 bodů. U druhého subtestu byly nejčtenější hodnoty 12 a 14. Podobně vysoké skóre byl ve škále závislost.



Graf 26: Modus v ostatních škálách mladší věková skupina

5. Diskuse

5.1 Nutriční zvyklosti

Ve studii jsme předpokládali, že existují významné rozdíly mezi věkovými skupinami ve vyjádřených vysokých preferencích v jednotlivých skupinách potravin a nápojů. Tento předpoklad se potvrdil ve skupině pokrmů bohatých na sacharidy, což

odpovídá ontogeneticky podmíněnému snižování preference sladké chuti s věkem (Fraňková, 2000, D'Anzi, Kanarek, 2006). Přes snižující se trend relativní četnosti preferencí dosahovaly ve srovnání s ostatními pokrmy vysokých hodnot. Birch a Fischer (1998) poznamenávají, že nutriční preference jsou v mladších vývojových fázích významnými determinanty příjmu potravy. V naší studii se vysoká preference sacharidů projevovala například ve zvýšené konzumaci slazených nápojů a ve volbě sladkých jídel ke snídani a ke svačině. Podobně výzkum Poradenského centra Výživa dětí potvrdil zvýšenou konzumaci sacharidů u žáků třetích tříd (Moravcová, on-line, cit. 2010). Pravděpodobně se jedná o dlouhodobý trend, shodné závěry ukazuje i starší studie Komárkové a Krejčího (1982 in Fraňková, 2000). Z hlediska prevence PPP a obezity má zvýšený příjem sacharidů vedle obecně známých negativních důsledků na zdraví vliv na rozvoj nevhodných stravovacích návyků, které mohou být rizikové zejména ve vývojových fázích, kdy dochází k přirozenému nárůstu tělesné hmotnosti. Jak jsme uvedli v teoretické části, zvýšené BMI má přímou souvislost s rozvojem nespokojenosti s vlastním tělem, často vede k nevhodnému kompenzačnímu jednání. Cílem nutričního poradenství není restrikce konzumace potravin se zvýšeným obsahem sacharidů⁹, ale konzumace v rozumném množství a volba kvalitních zdrojů, jakými jsou cereálie, zelenina a zejména ovoce. Ve snaze zvýšit konzumaci nutričně hodnotných potravin jsou v rámci preventivních programů zvyšovány znalosti žáků o výživě¹⁰. Za vhodné považujeme zejména ovlivnění rodičů dítěte, kteří mají významný vliv na stravování žáka¹¹ a implementaci kvalitního stravování do školního prostředí. V závěru kapitoly uvádíme některá doporučení pro preventivní práci s dětmi a žáky.

Ve studii jsme rovněž sledovali vysoké preference u jednotlivých potravin a nápojů. Zahraniční studie (Caine-Bish; Scheule, 2009) zaměřená na nutriční preference školních dětí ukázala, že dívky školního věku preferují ovoce, zeleninu a pokrmy obsahující převážně sacharidy na rozdíl od chlapců, u kterých byla obliba pokrmů s převahou bílkovin. Tento trend se u námi sledovaného souboru nepotvrdil, dívky volily i potraviny bohaté na bílkoviny a tuky. Ve výše zmíněné studii a jiných (Lyttle, et al., 2000; Blanchette and Brug, 2005) se preference ovoce a zeleniny

⁹ některé pozitivní účinky jsme uvedli v Kapitole 2.4 Teoretické části

¹⁰ některé české a zahraniční programy prevence uvádíme v kapitole 1.4.4. Teoretické části práce

¹¹ Vliv rodičů na utváření potravního chování dítěte uvádíme v kapitole 2.3 teoretické části

s věkem snižovala. Nižší konzumaci ovoce a zeleniny vyplynula též z výsledků studie Health Behaviour in School-aged Children, realizované na souboru 11-15 letých žáků v České republice v r. 2002. Nízkou oblíbenost ovoce a zeleniny mezi dětmi potvrzují i zjištění České školní inspekce pro školní rok 2007/2008 (Projekt Ovoce do škol, online, cit. 2010). V naší studii jsme trend významného snížení preferencí s věkem nezaznamenali.

Dále jsme předpokládali rozdíly ve vyjádřených nízkých preferencích a averzích mezi věkovými skupinami. Tyto hypotézy se potvrdily, se zvyšujícím se věkem se vysoké preference snižují a naopak dochází k nárůstu averzí. Negativní postoj se projevoval též signifikantním nárůstem nespokojenosti se školním stravováním v nejstarší věkové skupině. Jak jsme uvedli v teoretické části, systém nutričních averzí se upevňuje kolem 4.-5. roku života. Během ontogeneze může dojít k jeho rozšíření, nutriční averze vznikají snáze než preference. Vedle vzniku v souvislosti s negativní zkušeností, můžeme v této vývojové fázi uvažovat o jejich navýšení ve vztahu se zráním osobnosti. Nezanedbatelný je též vliv vrstevníků, kteří často vytvářejí tlak na konformitu a loajalitu žáka. Trew (2006) k tomu poznamenává, že řada starších školáků nedodrží zásady správné životosprávy z obavy, aby nebyli cílem kritiky vrstevníků.

Ve srovnání skupin potravin se ukázalo, že s věkem se významně zvyšují averze vůči mléku a mléčným výrobkům. Podobně se signifikantně snižovala konzumace mléčných výrobků ke snídani. Též zahraniční studie zaměřená na žáky třetích až osmých tříd potvrdila snižující se trend v konzumaci mléka a mléčných výrobků s věkem (Lytle et al., 2000).

Ve studii jsme dále sledovali postoje dívek k jednotlivým potravinám, jídlům a nápojům. Z analýzy položek dotazníku vyplynulo, že jídelní postoje se ve sledovaných souborech až na drobné výjimky významně statisticky neliší. Signifikantní rozdíl mezi skupinami byl například u zeleniny v preferenci špenátu, kde jsme našli nejvyšší preferenci u žákyň prvních tříd. Tento trend odpovídá zjištěním Fraňkové (2000) u souboru dívek předškolního věku. Snížení oblíbenosti s věkem může souviset s výše zmíněným trendem nárůstu averzí a s hodnocením jídla podle barevnosti, které je typické právě pro operační stádium podle Piageta (Fraňková, 2000). Podobně můžeme zdůvodnit vysoké preference u jahod, které dosáhly

kteře pravidelně nesnídají, jejich počet s věkem narůstá. Narůstající trend s věkem potvrdila i česká studie Marádové (2005), zaměřená na žáky staršího školního věku a středoškoláky, a v zahraniční například Vereecken et al. (2002 in Treew, 2006) nebo Lytle et al. (2000). Vynechávání některého z hlavních jídel může v pozdějších věku vyústit v závažné jídelní problémy, jako jsou obezita nebo přejídání. Pravidelnost v jídle se přenáší do řady jiných denních činností.

Rovněž jsme se dotazovali na volbu potravin ke snídani. Jak jsme již uvedli, signifikantní rozdíl byl mezi skupinami ve volbě mléčných výrobků ke snídani, s věkem se preference těchto výrobků snižovala. Relativně vysoká byla preference sladkých snídaní v celém sledovaném souboru. Zhruba ve třetině případů se jednalo o slazené cereálie, které preferovaly zejména dívky, jejichž matky mají středoškolské a vysokoškolské vzdělání. Vliv vzdělání matky na výběr potravin a jídelní preference dětí potvrdila již Fraňková (1997, Fraňková a kol., 2000). Volba slazených cereálií je patrně posilována podněty z okolí, jako jsou nabídka rodiny a vliv reklamy, který je v případě slazených cereálií zřejmý. Výběr slazených cereálií koreloval s pravidelnou snídani, možná souvislost je s preferencí sladké chuti, o které jsme se zmínili výše, a se zaměřením rodiny na „zdravý“ životní styl.

V námi sledovaných školách nebylo možné si během vyučování dokoupit ovoce či zeleninu ke svačině, jen malé procento dívek v našem sledovaném souboru uvedlo, že je ke svačině pravidelně dostává od rodičů. V tomto ohledu je významný projekt Mléko do škol, který nabízí žákům jako alternativu mléčné výrobky. V některých případech se však jedná o sladké smetanové krémy, které jsou však nutričně méně vhodné a nejsou v souladu s opatřeními pro snižování obezity. Školní mléko a mléčné produkty si ke svačině nakupovala třetina dívek v námi sledovaném souboru. Sladkosti a nápoje z automatů si kupovaly dívky ze starší věkové skupiny, jejich počet narůstal s věkem. Tyto výsledky ukazují, že pokud dáme žákům možnost nakupovat si ve škole svačiny a navíc atraktivní formou, lze takto pozitivně modifikovat stravovací zvyklosti žáků. Pokud jim nabídneme převážně automaty na sladkosti a slazené nápoje (v naší studii zde nakupovalo 17,5 % dívek ve starší věkové skupině), je tento efekt opačný. Poradenské centrum Výživa dětí nově propaguje instalaci automatů na nutričně vyvážené školní svačiny (on-line. cit. 2010).

nejvyšších hodnot z celého souboru. Významné rozdíly mezi skupinami jsme dále našli v postojích ke krupicové kaši, omeletám, palačinkám, buchtám a koláčům, rajské omáčce, šlehačce. U těchto potravin a jídel byly zaznamenány též vysoké preference v předškolním věku (Fraňková, 2000). V našem souboru byly hodnoty nejvyšší v první třídě, s věkem klesaly, v některých případech pravděpodobně v souvislosti s trendem snížení preference sladké chuti.¹² Pokrmy, ke kterým dívky v našem souboru vyjadřovaly nejčastěji averzi, se často shodovaly s nálezy Fraňkové (2000) u předškolních dětí. Jednalo se o pokrmy méně vhodné pro dětský jídelníček, některé druhy zeleniny a pokrmy z luštěnin.

V dotazníku a v rozhovoru jsme se dále zaměřili na postoje k pokrmům typu fast food, které vedle nízké nutriční hodnoty¹³ přinášejí specifickou kulturu stolování. Ve sledovaném souboru dívek převažovaly preference tohoto typu jídla, i když nedosahovaly vysokých hodnot jako skupiny jiné (například ovoce). Mezi jednotlivými pokrmy fast food typu jsme našli lineární korelace, které ukazují na souvislosti v preferencích. V rozhovoru dívky uvedly, že motivací k návštěvě tohoto restauračního zařízení je hračka, kterou dostanou k dětskému menu. V motivaci hračkou byl statisticky významný rozdíl mezi skupinami. Mladí klienti jsou takto získávání od útlého věku, a jak jsme uvedli v teoretické části této práce, pro vznik preference je mimo jiné podstatná opakovaná expozice. V této oblasti by bylo vhodné informovat rodiče o rizicích spojených s tímto typem stravování.

Dále jsme předpokládali rozdíl v počtu položek, které dívky označily za neznámé. S věkem se podle očekávání signifikantně snižoval počet položek takto označených. Rozšiřování jídelníčku v tomto věku nejčastěji souvisí se školním stravováním, kde je prostor pro korekci nevhodných stravovacích návyků, které si žák přináší z domácího prostředí.

Mimo nutričních preferencí a averzí nás zajímaly stravovací zvyklosti dívek ve škole a v domácím prostředí, zaměřili jsme se na vynechávání hlavních jídel, volbu potravin ke snídani, školní svačině, společné stolování v rodině, konzumaci light výrobků, pomoc s přípravou jídla a zejména na problémy s jídlem. Z výpovědí dívek i rodičů vyplývá, že se v mladším a zejména středním školním věku vyskytují dívky,

¹² vyjma šlehačky, u které nebylo zřejmé, zda dívky zvažovaly sladkou variantu

¹³ Do této skupiny můžeme volně zařadit nápoje typu cola, jejich negativní účinky na zdraví jsme popsali v Kapitole 2.4

Nákup slazených nápojů ve škole vysoce koreloval s položkou „pravidelně nesnídá“, zde se jedná o rizikovou skupinu, u které se formují nevhodné stravovací návyky. Mnohorozměrné škálování ukázalo souvislost mezi proměnnými jako jsou slaná školní svačina, pravidelní docházka do školní jídelny, příprava školní svačiny rodiči. Tuto skupinu můžeme nazvat jako „tradiční“. Opakem je skupina zahrnující související proměnné jako jsou preference sladkého ke snídani a svačině, nákup sladkostí a slazených nápojů ve škole a společné večere dětí bez rodičů. Tato oblast by měla být předmětem nutriční výchovy.

Významný rozdíl mezi skupinami byl ve volbě neslazených nápojů, jejich konzumace se s věkem zvyšovala. Tento trend by měl být ve školním prostředí podpořen zásobníky na vodu. Dostupnost těchto nápojů zvýší jejich konzumaci. Například Koivisto a kol. (1994) ověřili, že pokud jsou šestiletým a sedmiletým žákům opakovaně podávány k obědu neslazené nápoje a mléko, zvýší se konzumace těchto nápojů.

Dále jsme sledovali docházku do školní jídelny a spokojenost se školním stravováním. Se zvyšujícím se věkem přibývalo dívek, které se ve školní jídelně pravidelně stravují. V obou věkových skupinách převažovala nespokojenost s prostředím a klimatem ve školní jídelně. Školní stravování má v prevenci podstatný význam, může mít dobrý vliv na utváření výživových zvyklostí a umožňuje rozšíření zkušeností s větší škálou jídel a úpravami potravy. Může pomáhat korigovat některé nevhodné návyky nebo špatné stravovací zvyklosti rodiny. Přítomnost ostatních dětí může fungovat jako sociální model, pomáhající překonat neofobii (Fraňková, 2000). Limitem je často prostředí a celková atmosféra ve školní jídelně. Zejména přechod z prostředí školky, kde celkovou situaci kolem jídla lze hodnotit jako klidnější, více zaměřenou na individuální potřeby dítěte, je pro žákyně prvních tříd náročný. Zvýšený hluk spolu s nepříliš estetickým prostředím ve školní jídelně vytvářejí specifickou psychosociální situaci, která může mít přes snahu o vyvážený, kvalitní jídelníček negativní vliv na mladé strážníky, v tomto směru by bylo vhodné informovat zřizovatele a vedení škol.

Dále jsme se zaměřili na některé problémy ve stravování žáků, které mohou v tomto vývojovém období předznamenávat rozvoj PPP v pozdějším věku (Sinton, 2006 in Fischer, et al., 2009; Nicholls, Russell, 2009). Pouze třetina rodičů

odpověděla, že jejich dítě „s jídlem nezlobí“. V případě problémů s jídlem se v mladší věkové skupině jednalo převážně o nezralé zacházení s jídlem (odbíhání od jídla, konzumace po složkách apod.). U relativně vysokého procenta (zhruba čtyřiceti procent) dívek se objevily problémy s přijímáním nových pokrmů. Pliner a Salvy (2006) k tomu uvádí, že neofobie je častá i po 3. roce života, zejména u dívek. Na její překonání má významný vliv sociální facilitace (Birch, Fischer, 1988).

Z hlediska rizika rozvoje PPP nás zajímaly dietní tendence, jejich výskyt u preadolescentních dívek potvrzují některé zahraniční studie (Maloney, 1989; Hill a kol., 1990; Schreiber et al., 1996; Smolak a Levine, 1994; Striegel-Moore, et al., 1995; Thelen et al., 1992; Wood et al., 1996). Ojedinéle výzkumy realizované v našich podmínkách ukazují, že dietní tendence jsou patrné již u jedenáctiletých (Krch a Csémy, 2005). Vzhledem k rozdílnému chápání tohoto pojmu i ve starších věkových skupinách jsme se zaměřili na porozumění tomuto pojmu. V námi sledovaném souboru většina dívek v obou věkových skupinách dokázala vysvětlit alespoň jeden význam pojmu dieta, pouze jedna dívka ve věku osm let uvedla, že ji sama držela. Jednalo se však o ojedinělý případ. Výsledky ukazují, že preadolescentní dívky vědí, jak dosáhnout nižší tělesné hmotnosti, některé z nich toto chování vídají u svých rodičů, dietování však zatím realizují pouze ojedinéle. Preventivní působení v této oblasti je problematické, některé studie potvrdily, že edukace o výživě může vést k nezdravé zaměřenosti dívek na stravování a k rozvoji dietování. Za vhodnější považujeme nutriční výchovu zaměřenou na rodiče.

Rodiče ovlivňují vývoj preferencí, návyků a schopnost dítěte samostatně regulovat příjem potravy (Fraňková a kol., v tisku). Ke správným jídelním návykům patří také kultura stolování a příjemná rodinná atmosféra u stolu. V našem výzkumném souboru více jak třetina mladších dívek a skoro polovina starších večeří společně s rodiči. Údaje jsou vyšší, než které uvádí Fraňková (1997) u souboru dětí předškolního věku¹⁴. Tento trend patrně souvisí s měnícím se režimem staršího dítěte. Některé dívky uvedly, že večeří celá rodina nebo sami u televize, nebo každý člen domácnosti ve svém pokoji. Tento typ stolování mimo absence komunikace může podle Hornbachera (1998) vést u starších ke konzumaci jídel s vysokým obsahem uhlohydrátů, soli a tuku, s nízkou schopností uspokojit pocit hladu, což vede

¹⁴ V této studii se jednalo o výzkum zahrnující velký vzorek (N=900) dětí z Prahy a venkova

k přejídání. Z hlediska prevence PPP by bylo vhodné co nejvíce začlenit společné stravování do života rodiny již od útlého věku dětí. Krch a kol. (2005) ve studii žákyň staršího školního věku našli ve skupině dívek, které byly ohroženy mentální bulimií, mimo jiných charakteristik také absenci rodinného stolování. Nemůžeme tvrdit, že existuje přímý vztah mezi rodinným stolováním a rozvojem PPP, ale jeho absence může ukazovat na další nevhodné jídelní zvyklosti v rodině a problémy v soužití. Společné stolování má řadu pozitivních dopadů na psychologické zdraví a pocit subjektivní pohody (Franko et al., 2008), může zvýšit rodinnou komunikaci (Foulkerson, et al., 2006).

Řada výzkumných studií ukázala vliv vzdělání rodičů na výběr a preferenci jídel a jídelní chování (Fraňková, 1997, Fraňková a kol., 2000; v tisku). Ve stravování rodiny v našem souboru převažovala kuchyně “podle vlastního receptáře” a tradiční česká kuchyně. Se vrůstajícím vzděláním matky se výběr typu kuchyní rozšiřoval. Rozdíly mezi skupinami v závislosti na vzdělání matky byly vysoce signifikantní. V mladší věkové skupině a u matek s vysokoškolským vzděláním se též ojediněle objevily rodiny s preferencí vegetariánství a veganství. Preference těchto trendů mnohdy maskuje narušené stravovací zvyklosti u dospělých, v dětském věku může být při nevhodně vyváženém jídelníčku riziková.

Vliv reklamy na stravovací zvyklosti jsme zmínili již výše. Reklamní průmysl proklamuje, že je možné zkonsumovat zvýšené množství potravin bez důsledků, jako je například nárůst tělesné hmotnosti. Konzumace nízkotučných potravin se v některých rodinách, i kde členové nemají problémy s nadváhou stává standardem. Volba těchto potravin není samozřejmě vhodná pro děti a žáky, kteří potřebují přiměřené množství tuku nejen jako zdroj energie, ale také pro správný růst a vývoj, využití vitaminů rozpustných v tucích nebo pro tvorbu některých hormonů. Konzumace těchto výrobků od dětství může zakládat na obavách z tuku a následném dietním chování, které dívky mohou zaměňovat za normální režim. Vágnerová (2005) uvádí, že chování rodičů je v tomto vývojovém období považováno za normu. V naší studii zhruba deset procent rodin uvedlo, že se snaží „vše odlehčit“. Ve studii Hrachovinová a kol.(2003), která se zaměřila na dospělé ženy, toto procento dosahovalo hodnoty 35,3. Jak jsme již uvedli v teoretické části, dietní chování matky má vliv na stravovací zvyklosti dcery (Pike, Rodin, 1991 in Birch, Fischer, 1998;

Tiggemann, Lowes, 2002; Francis, Birch, 2005, Hill, Pallin, 1998, Smolak et al., 1999). Podobně česká studie Krcha a Drábkové (in Krch a kol., 1999) ukázala, že u studentek středních škol, které vykazovaly narušené jídelní postoje, byl signifikantně vyšší výskyt obezity a diety v rodinách.

5.2 Body image

Ve studii jsme se dále zaměřili na body image. Jak jsme již uvedli v teoretické části práce (Kapitola 3.2), nespokojenost s vlastním tělem je rizikový faktor, předcházející další psychopatologii. Preferenci štíhlosti u preadolescentů potvrzuje i řada zahraničních studií (Ricciardelli, McCabe, 2003; Lowes, Tiggemann, 2003; Collins, 1991; Davidson et al. 2000; DeLeel, 2009). Internalizace štíhlého ideálu vede dle Wertheim et al. (2009) ke zvýšení sociálního srovnávání a má přímý vliv na rozvoj nespokojenosti s vlastním tělem.

Preference štíhlosti, která je často dáována do souvislosti s rozvojem dietního chování a jídelních poruch, se podle některých autorů začíná projevovat již kolem pátého roku (Wertheim et al., 2009, Cave, 2009). Podobně i naše studie z roku 2000 ukázala, že v chápání tělesných rozměrů člověka dochází k velkému pokroku od pátého roku života současně s uvědomováním si a prožíváním vlastního těla. Kolem šestého roku začínají dívky kriticky hodnotit tělesné rozměry, zřetelná je preference štíhlých postav, objevují se kulturní stereotypy v pohledu na nadváhu (Fraňková, Chudobová, 2000, Chudobová, 2001, 2003).

V naší studii zaměřené na preadolescentní dívky převažovala preference štíhlých figur. Rozdíl mezi věkovými skupinami byl signifikantní ve volbě ideálních tělesných rozměrů, kdy dívky v mladší věkové skupině volily štíhlejší figury než ve starší věkové skupině. Podobné závěry našim zjištěním přinesla longitudinální studie Sandse et al. (1997), která ukázala, že u dívek v průběhu času dochází ke změně preference ideálu směrem k silnějším tělesným rozměrům. Posun k realističtějším tělesným rozměrům může souviset s vývojem a možná též s intervencí v prostředí školy (problematika zdraví a zdravého životního stylu je součástí povinného curricula 1.-3. tříd). Dále jsme sledovali nespokojenost s vlastním tělem, v mladší věkové skupině si přálo vypadat jako štíhlejší figura 42,9 % dívek, ve

starší věkové skupině to bylo 35,7 %. Naopak 20 % starších dívek si přálo silnější tělesné rozměry. Trend je srovnatelný s nálezy Collinsové (1991) a Schura et al. (2000 in Rašticová, 2009) u skupiny 9-12 letých.

U obou věkových skupin se vedle preference silnější figury objevilo i negativní verbální hodnocení otylosti. Tato variabilita postojů je v souladu s našimi staršími zjištěními u vzorku předškolních dívek (Chudobová, Fraňková, 2000; Chudobová, 2001, 2003). Přijetí kulturních stereotypů vůči lidem s nadváhou v dětském věku potvrzují i některé zahraniční studie (Paxton et al., 1991; Tiggemann, Penington, 1990; Maloney, et al., 1989; Hill, Silver, 1995; Tiggemann, Wilson-Barrett, 1998). V této oblasti by bylo vhodné začlenit metody zaměřené na formování zdravého body image a práci s předsudky vůči lidem s nadváhou, zejména v mladších vývojových fázích.

Porovnali jsme stravovací zvyklosti dívek, které preferovaly štíhlé figury. V této skupině se objevily některé charakteristiky (vynechávání hlavních jídel, pouze ovoce ke svačině), které zatím neodpovídají dietnímu režimu (dívkou nevedly záměrné snižování tělesné hmotnosti), ale mohou být v pozdějších fázích rizikové.

Ve studii jsme dále sledovali spokojenost rodičů s vlastní tělesnou hmotností. Nespokojenost s vlastním tělem nebo dietní tendence u rodičů mohou predikovat rozvoj dietního chování u dívek (Francis a Birch, 2005, Hill and Pallin, 1998, Hill et al., 1990, Smolak et al., 1999). Naopak tělesná spokojenost matky a vyšší BMI jsou protektivními faktory vzniku mentální anorexie (Nicholls, Russell, 2009). V námi sledovaném souboru si matky přály snížit svou tělesnou hmotnost v průměru o 3,23 Kg. Naše výsledky jsou srovnatelné s nálezy Hrachovinové a kol. (2005) a Huňkové a kol. (2001) u dospělých žen. U otců bylo přání zhubnout v průměru o 2,36 Kg.

Dále nás zajímala spokojenost rodičů s tělesnou hmotností jejich dcery. Výsledky ukázaly, že v převážné většině případů jsou rodiče s tělesnou hmotností dítěte spokojeni. V některých případech rodiče uvedli, že by jejich dcera (s tělesnou hmotností v normě) měla přibrat či zhubnout. Podobné výsledky zaznamenal Hill et al. (1992), v této studii tato nespokojenost s věkem narůstala. V souvislosti s nespokojeností s tvarem a hmotností těla dítěte se mohou objevit negativní komentáře rodičů, které mohou vést k nespokojenosti s vlastním tělem (Smolak, et al.,

1999; Tremblay, Lariviere, 2009). V rámci prevence se jeví jako vhodné edukovat nejen dívky o tělesných změnách v průběhu vývoje, ale i jejich rodiče.

5.3 Sebeocenění, sebehodnocení vlastních schopností

Ve studii jsme dále sledovali sebeocenění a sebehodnocení schopností, které v negativní formě souvisejí s rozvojem nespokojeností s vlastním tělem v pozdějším věku (Folk et al., 1993; Lawrence a Thelen, 1995; Wood et al., 1996; Buton et al., 1996; O'Dea, 2002). Použili jsme škálu PAQ Rohnerovy rodinné diagnostiky (Vágnerová, Matějček, 1992). Výzkum realizovaný v České republice potvrzuje snížené sebeocenění u 10-11 letých žáků s nadváhou (Fraňková a kol., v tisku). V našem souboru starších dívek jsme podobně našli hodnoty svědčící pro snížené sebeocenění a sebehodnocení vlastních schopností a zvýšenou závislost. Vágnerová (2005) uvádí, že ve středním školním věku bývají žáci kritičtější, proto se může objevovat častěji negativní sebeocenění.

K námi zjištěným skutečnostem je potřeba přistupovat kriticky, Fraňková našla nesoulad mezi českým překladem a originálem škály, pro jednoznačné potvrzení našich závěrů je potřebné další ověření (Fraňková a kol., v tisku). Přesto se jeví jako vhodné zařadit techniky zaměřené na tyto fenomény do programu prevence.

5.4 Diskuse k metodice studie

Při interpretaci zjištěných skutečností musíme brát v potaz některá omezení, která vyplývají z metodiky výzkumu a použitých metod. V našem výzkumu jsme pracovali s dívkami v různých vývojových obdobích, bylo nutné nejprve ověřit vhodnost námi zvolené testové baterie v mladší věkové skupině. K získání dat o stravovacích zvyklostech dívek jsme použili rozhovor, který se nejčastěji užívá u mladších respondentů. Jeho výhodou je, že zlehčuje nastolení vztahu mezi výzkumníkem a respondentem, umožňuje větší flexibilitu při kladení otázek. V mladších vývojových obdobích jsou výsledky ovlivněny způsobem, jakým jsou otázky kladeny, formou, kterou jsou prezentovány a kontextem (setkání s autoritou), ve kterém rozhovor probíhá (Schwarz a kol., 1991). V oblasti problémového jídelního chování jsme se

z tohoto důvodu rozhodli nepoužít dětskou verzi Eating attitudes test¹⁵, protože obsahuje některé otázky, které mohou být pro děti sugestivní a návodné. Jak poznamenávají Huon a kol. (1997), některé zahraniční studie přinášející data o dietních tendencích u mladších žáků mohou být tímto zkresleny. Použitelnost škály figur u mladší věkové skupiny jsme ověřili již dříve (Fraňková, Chudobová, 2001). K použití dotazníkových metod v dětském věku se obecně uvádí, že je lze standardně použít od 10 let věku, protože mladší děti nejsou dostatečně sebekritické a nedovedou své projevy objektivně hodnotit. Přesto může tento typ metod přinést přínosné informace o tom, jak subjektivně hodnotí dítě danou oblast.

Vyšetření trvalo na cca 40-45 min., testovou baterii tedy bylo možné užít v rámci jedné vyučovací hodiny. Mladší dívky byly vyšetřovány jednotlivě, u starších bylo možné pracovat v menších skupinkách. Z technických důvodů nebyl u všech dívek stanoven BMI, v tomto případě jsme vycházeli z údajů od rodičů. U některých dívek tento údaj chyběl. Vzhledem k tomu, že nám šlo o získání podnětů pro prevenci v prostředí školy a nesledovali jsme primárně závislost BMI a ostatních proměnných, zařadili jsme i tyto dívky do souboru.

Testovou baterii jsme se snažili sestavit tak, aby byl co nejvíce eliminován faktor únavy. Studie byla realizována v období, kdy můžeme předpokládat adaptaci žákyň prvních tříd na režim školy. Proměnou, kterou nebylo možné plně kontrolovat, byl čas administrace a vyladění subjektu. Jak ukazují některé zahraniční studie, vyladění respondenta může ovlivnit jeho postoje (Birch et al., 1990 in Trew et al., 2006). Při vyšetření v ranních hodinách, kdy dívky přicházejí do školy nasnídané, je nižší pravděpodobnost ovlivnění výkonu v Dotazníku chuťových preferencí a averzí. Tento čas nebylo možné vzhledem k zdlouhavosti vyšetření a velikosti vzorku standardně dodržet.

Další problém se vyskytl při administraci dotazníků pro rodiče, kde návratnost dosahovala pouze 40,6%. Přes naši snahu motivovat zájem rodičů ke spolupráci na výzkumu (informační leták) se nepodařilo zajistit vyšší participaci na studii. Odmítnutí účasti ve studii se možná vyskytovalo právě u skupin, které by byly z hlediska cíle a účelu studie zajímavé.

¹⁵ Viz Kapitola 2.6 Teoretická část

Míra pravdivosti údajů je dalším limitem. V naší studii jsme pro zvýšení platnosti výpovědí použili metodu triangulace. Výsledky ukázaly, že přes nízkou návratnost dotazníků a tedy zahrnutí jen části souboru, se údaje získané u rodičů i dívek ve velké míře shodovaly.

Dalším úskalím naší studie je srovnatelnost a zobecnitelnost dat. Soubor respondentů je sice dostatečný pro analýzu dat, není však reprezentativní pro populaci žákyň mladšího a středního školního věku. Specifičnost vzorku je také dána tím, že v hlavním městě je vyšší dostupnost potravin a jídel, což mohlo podstatně ovlivnit výsledky studie. Také socioekonomický status rodin nebyl sledován a mohl se významně podílet na výsledcích. V námi sledovaném souboru byl nižší výskyt rodičů se základním vzděláním, což je dáno tím, že jsme pracovali s pražským vzorkem, kde můžeme předpokládat vyšší vzdělanost rodičů. Rodiče s vyšším vzděláním také mohli být více motivováni k participaci na studii.

Přes existující metodologické limity můžeme shrnout některé podněty, které přinesla naše studie pro primární prevenci. Cílem našeho sdělení je podat informaci o možnostech preventivního působení na vzdělávacích úrovních ISCED 0-2.¹⁶ Vycházíme ze studia literatury a závěrů šetření zaměřených na vztah k vlastnímu tělu u dívek předškolního věku (Fraňková, Chudobová, 2000) a stravovacích zvyklostí, body image a sebehodnocení u dívek mladšího školního a středního školního věku.

5.5 Možnosti intervence na úrovni 0 dle klasifikace ISCED

V tomto období se jako optimální jeví zejména nespecifická forma prevence, zaměřená na harmonický rozvoj osobnosti předškoláka. Dítě může být rozvíjeno v oblasti sociálních kompetencí, sebedůvěry, sebejistoty (Slavíková, 2000), například pomocí metodiky „Zdravá mateřská škola“¹⁷ (Havlíňová, Havlová, 1995).

V oblasti stravovacích zvyklostí se jedná o období, kdy se tyto vzorce podobně jako jídelní preference teprve upevňují, školka může významně pomoci při korekci

¹⁶ Mezinárodní standardní klasifikace vzdělávání - ISCED (International Standard Classification of Education). ISCED 0 odpovídá preprimárnímu vzdělávání – období mateřské školy, ISCED 1 zahrnuje první stupeň, ISCED 2 – zahrnuje druhý stupeň a nižší sekundární vzdělávání

¹⁷ Některé cíle projektu jsme uvedli v Kapitole 1.4.4.2

nevhodných stravovacích návyků, které si dítě přináší z rodiny. Některé podněty k nutriční výchově v tomto vývojovém období podala již Fraňková (2000).

V oblasti formování zdravého body image mohou pedagogové v tomto vývojovém období zařadit do běžného kurikula cvičení zaměřená na přijetí rozdílů v tvaru a tělesné hmotnosti, zvýšení odolnosti vůči kultu štíhlosti a zejména zvýšení tolerance k odlišnostem a práci s předsudky vůči lidem s nadváhou. Práce s dětmi se může opírat o zahraniční metodiku Shapesville (Mills, et al., 2003), která byla ověřena jako účinná pro práci s dětmi ve věku 5-9 let.

V předškolním věku (i v pozdějších vývojových fázích) považujeme za klíčovou intervenci zaměřenou na rodiče. Vzhledem k dennímu kontaktu pedagogů s rodiči je možno navázat úzkou spoluprací. Školka by plnila funkci poradenského pracoviště, pedagog by mohl upozorňovat na některé problémové oblasti a předávat informace například formou písemných informačních materiálů či spolupracovat s externisty (psychology) při realizaci odborných workshopů. Sdělení by měla být zaměřena zejména na oblast stravovacích zvyklostí (rozvoj jídelních preferencí, práce s averzemi a neofobií, význam společného stravování a kultury jídla, zásady zdravého životního stylu apod.). Podkladem by mohla být již zmíněná publikace Fraňkové (2000) a materiály Poradenského centra Výživa dětí. Jako vhodné se dále ukazuje informovat rodiče o rizikových faktorech rozvoje jídelních poruch a nespokojenosti s vlastním tělem, a pokud to bude možné (například formou workshopu s odborníkem externistou), nabídnout možnost práce s vlastními jídelními postoji a body image. Informace poskytnuté rodičům by měly být předávány s ohledem na to, že u některých predisponovaných jedinců může informovanost naopak vést ke zvýšenému zaměření na tělo, přehnanému dodržování zásad „správného stravování“ a zdravého životního stylu, což může být naopak rizikové. V neposlední řadě by preventivní působení mělo zahrnovat oblast komunikace a vztahů v rodině.

5.6 Primární prevence na vzdělávací úrovni ISCED 1 a 2

Jádrem preventivní strategie by měla být vedle spolupráce s rodinou komplexní změna prostředí a klimatu ve škole. Preventivní strategie by měla začít analýzou školního prostředí, a to zejména v oblastech emočního klimatu ve třídách,

závadnosti prostředí z hlediska formování nevhodných jídelních zvyklostí, rozbořem postojů a odborné připravenosti pedagogických pracovníků. Školy mohou navázat na projekt „Zdravé mateřské školy“ a začlenit zásady programu Zdravá škola nebo nově vzniklého programu Světové zdravotnické organizace Škola zdravé výživy¹⁸.

Jako zásadní se jeví zejména změny prostředí žáků. Školy v této oblasti mohou pomoci tím, že umožní kvalitní školní stravování (zejména zváží možnosti změny prostředí a atmosféry v jídelnách, které by dívky v námi sledovaném souboru upřednostnily před změnou jídelníčku), odstraní automaty na sladkosti a slazené nápoje, které si žáci ve středním školním věku začínají kupovat. Zvýšenou preferenci sacharidů, kterou potvrdilo naše šetření i výzkum Poradenského centra Výživa dětí (Moravcová, on line, cit. 2010), je možné uspokojit tím, že bude žákům umožněn přístup k ovoci. V této oblasti je slibný nový program MŠMT Ovoce do škol¹⁹ zaměřený na žáky 1.-5. tříd, který se vedle bezplatné distribuce ovoce a zeleniny do škol také zaměřuje jeho začlenění do výuky a na kontakt s rodinou. V zahraničí Blanchette and Brug (2005) potvrzují, že školní program na zvýšení konzumace ovoce musí zahrnovat edukaci žáků. Také spolupráci s rodinou považujeme za podstatnou vzhledem k tomu, jakou roli hrají v etiologii stravovacích poruch. Recentní studie Krølnera (2009) ověřila, že bez podpory rodiny nedošlo u 11 letých žáků ke zvýšení konzumace ovoce a zeleniny, které škola v rámci zlepšení školního stravování žákům nabízela.

Naše studie ukázala, že ve středním školním věku narůstá preference neslazených nápojů, ta by měla být podpořena i u mladších žáků, například umístěním zásobníků na školní chodby. Jak uvádí řada studií, opakovaná expozice nového pokrmu (nápoje) vede ke zvýšení preference (Zajonc, 1968 in Yelomans, 2006, Birch et al. 1987 in Klinier, Salvy, 2006, Bertino in Worobey et al., 2006), školy by proto měly v tomto ohledu poskytovat vhodné podmínky.

Specifický program prevence by měl být podle našeho názoru zacílen již na žáky 5. tříd. Dle výstupů naší studie dochází ve středním školním věku ke změnám nutričních zvyklostí, jedná se též o období, které bezprostředně předchází rizikovému

¹⁸ viz Kapitola 1.4.4.2 Teoretické části

¹⁹ Projekt zahrnuje didaktické hry se zaměřením na problematiku ovoce a zeleniny, praktické činnosti na školním pozemku, v laboratoři, práci s texty a audiovizuálními pomůckami, artererapeutické prvky, začlenění pohybové aktivity a dále Dny zdraví na škole, exkurze, školní projekty a soutěže, osvětové přednášky. (on-line, cit. 2010).

období dospívání. Součástí preventivního působení často bývá edukace. Zahraniční studie ukazují, že děti a dospívající mají dobré znalosti o výživě a vyrovnané energetické bilanci, ale stravovací zvyklosti tomu neodpovídají (Birch, Fischer, 1998; Brown, 2000 in Trew et al., 2006). Domníváme se, že edukace by měla být zaměřena zejména na rodiče, kterým by v tomto vývojovém období měla být podána informace o významu pravidelnosti v jídle (v naší studii se ukázalo, že k rozvolňování jídelního režimu dochází zejména ve středním školním věku), nevhodnosti některých typů jídla v dětském jídelníčku (například fast food, restaurace rychlého občerstvení aj.), stravovacích zvyklostí rodiny (společné stolování apod.), neúčinnosti dietování (Field, et al. 2003), apod. Rodiče by se mohli účastnit workshopů a pracovat společně s dětmi například na technikách arteterapie nebo diskutovat v samostatných skupinách s terapeuty. Součástí programu (workshopu) by mohlo být společné stolování, které by mohlo nastínit některé problematické oblasti. Tyto by byly následně konzultovány s odborníky, podobně jak tomu je v přístupu vícerodinné terapie PhDr. Eislera (2003).

V nutriční výchově žáků vnímáme jako méně vhodné techniky zaměřené na rozlišování „dobrých“ a nevhodných potravin, které jsou někdy zařazovány v souvislosti s prevencí obezity. Některé zahraniční studie ukázaly, že programy cíleně zaměřené na edukaci žáků o zdravém stravování mohou při nevhodné koncepci podpořit a naopak zvýšit zaměřenost na jídlo a držení diet a tak přispět k posílení patologie. Z hlediska prevence PPP je potřeba naučit žáky konzumovat pestrou stravu (obsahující i energeticky bohaté potraviny a tuky) v přiměřeném množství a rytmicitě a podpořit tak formování normálních postojů k jídlu, které dle Fraňkové a Dvořákové – Janů vedou „k uspokojení fyziologických potřeb a přitom plní psychologickou a sociální funkci jídla“. Nevedou „ani k přejídání ani k zavrhování potravy nebo znehodnocování jídla nevhodným potravním chováním.“ (2003, s. 189).

V oblasti body image se ukázalo, že dívky středního školního věku mají realistický pohled na ideální tělesné proporce, proto specifickou práci zaměřenou na toto téma můžeme přesunout na období staršího školního věku, kde můžeme předpokládat vyšší výskyt nespokojenosti s vlastním tělem. V rámci nespecifické prevence lze u žáků středního školního věku vedle rozvoje přiměřené pohybové aktivity, která má významnou souvislost se spokojeností s vlastním tělem (Snyder

a Kivlin 1975 in Grogan, 2000), začlenit relaxační postupy nebo prvky taneční terapie či biosyntézy a bioenergetiky (Bechyňová, Chudobová, 2005).

Výhodné může být propojení některých styčných ploch s prevencí návykových látek (např. nácviky sociálních dovedností) a prevencí obezity (zejména některé prvky zaměřené na podporu přiměřené sportovní aktivity). Podobně programy, které nejsou přímo zaměřené na PPP, ale učí strategie zvládnání stresu, zlepšují sebeocení a redukuje depresivní symptomatiku, mohou mít pozitivní vliv na PPP (Neumark-Sztainer, 2006). Žákům by měla být umožněna seberealizace v kvalitních (nejlépe nevykonových) volnočasových aktivitách.

Vzhledem k tomu, že dlouhodobější intervence zvyšuje efektivitu programu primární prevence (Shaw, et al., 2009), by bylo vhodné, aby program měl návaznost ve starším školním věku. V tomto vývojovém období by hlavními tématy byla podpora realistického body image, zvýšení mediální gramotnosti, diskuse o vývojových změnách v období dospívání a nácvik sociálních dovedností. Vzhledem k významu vlivu vrstevníků by bylo vhodné do programu začlenit „peer“ prvky. Při koncipování projektu lze převzít některé prvky programu *Výchova ke zdraví* (Krch, Marádová, 2003) nebo pro práci s mediálními obrazy program *Body talk* (cit. 2009) či některý ze zahraničních projektů, například *Healthy Body Image: Teaching Kids to Eat and Love Their Bodies Too!* (Kater, et al., 2002)²⁰.

Na základní škole je vedle práce se žáky a rodiči nezbytná edukace pedagogů o poruchách stravování, jejich projevech a etiologii (informace viz publikace Krch a kol., 1999, nebo metodická příručka programu *Výchova ke zdraví*). Sami pedagogové by neměli trpět závažnou jídelní poruchou a měli by mít možnost pracovat s vlastními postoji například vůči žákům s nadváhou.

Program prevence by měl být realizován psychologem a dalšími odborníky s psychologickým výcvikem a zkušenostmi z oblasti prevence a nutričního poradenství. V případě výskytu problematických postojů k jídlu v rodině nebo PPP by na program měl mít návaznost ve formě cílené prevence.

Spolu s programem by měla probíhat evaluace, která by kromě klasických dotazníkových metod a rozhovorů měla zahrnovat práci s jídelními záznamy. Po třech

²⁰ Viz Kapitola 3.7 Teoretické části

měsících by na každém stupni navazoval jednorázový workshop, opakující hlavní cíle programu, jídelní režim žáků by byl opět monitorován.

Projekt je zamýšlen pro práci s děvčaty, některé tématické bloky a techniky (například téma výživa a práce s jídelními záznamy, nácvik sociálních dovedností apod.) jsou vhodné i pro chlapce.

V případě výskytu PPP, a pedagog je často tím, kdo poruchu odhalí, by měli pedagogové škol mít k dispozici databázi kontaktů na odborníky v daném regionu (přehled některých kontaktů je uveden na portálu Ideální, on-line. cit. 2010).

Lze shrnout, že školní program prevence nemůže ovlivnit osobnostní rysy nebo patologické vztahy v rodině. Může ale pozitivně zvýšit znalosti, změnit postoje a (méně často) vést k modifikaci chování (Levine, Smolak, 2006, Langmesser, 2009). Pro účinnější prevenci je podstatné začlenit co nejvíce změny v prostředí žáka. Neumark-Sztainer (2006) k tomu uvádí, že modifikace školního prostředí má pozitivní vliv i na žáky, kteří se programu prevence přímo nezúčastnili.

Závěr

Cílem naší studie bylo zmapovat nutriční zvyklosti, body image a sebehodnocení, tedy oblasti, které ve své patologické formě mají souvislost s rozvojem PPP v pozdějším věku. Vývojové období, na než jsme se zaměřili, je ohraničené vstupem dítěte do základní školy a tělesnými změnami v období dospívání.

Studie ukázala nutriční preference a averze k vybraným potravinám, jídlům a nápojům. Ze srovnání věkových skupin vyplývá, že dívky vstupují do 1. třídy s relativně upevněnými postoji k jídlu. Střední školní věk je přípravou na dospívání, znamená více samostatnosti v rozhodování o volbě jídelníčku, rozšiřuje se spektrum zkušeností s jídly, původně vysoká oblíba některých potravin a nápojů se snižuje a dochází k nárůstu averzí. Rodina má v mladším i středním školním věku významný vliv na formování jídelních zvyklostí, znovu se ukázalo, že vzdělání matky má vliv na selekci, přípravu a podávání jídel. Studie dále ukázala, že dívky v námi sledovaném vývojovém období dobře rozumí pojmu dieta, ale čtenější výskyt nevhodného nebo patologického jídelního chování se v námi sledovaném souboru nepotvrdil. Zaznamenali jsme pouze některé tendence, které mohou v jídelní problémy v pozdějším věku vyústit. V oblasti body image se objevila preference štíhlosti, která se však s věkem snižovala a posouvala se k realističtějším rozměrům. Zda je tato skutečnost výsledkem vývoje či intervencí, které probíhají na školách, ukáže další výzkum. Ve skupině starších dívek jsme dále zjistili zvýšené negativní sebeocenění a negativní sebehodnocení schopností, které patrně souvisí s nadcházejícím obdobím dospívání.

Námi zjištěné skutečnosti ukazují, že z hlediska nutriční výchovy a prevence PPP se jako podstatné jeví zaměření zejména na předškolní věk, kdy se postoje k jídlu začínají formovat a střední školní věk, kdy dochází ke změnám nutričních zvyklostí. V oblasti body image je vhodné se zaměřit na nejmladší věkové skupiny a dále na starší školní věk, kde můžeme předpokládat zvýšený výskyt nespokojenosti s vlastním tělem.

Studie otevřela z hlediska dalšího výzkumu některé oblasti, které by zasluhovaly hlubší zkoumání. Jedná se zejména o nárůst nutričních averzí s věkem,

posun k realističtějším tělesným rozměrům, výskyt negativního sebehodnocení ve středním školním věku a dále ověření námi navržených podnětů pro primární prevenci v praxi.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. ADDESSI E.; GALLOWAY, A.T.; VISALBERGHI, E.; BIRCH L.L. Specific social influences on the acceptance of novel foods in 2-5-year-old children. *Apetite*. 2005, vol. 45, 3, p. 264-271. ISSN 0195-6663.
2. ANDERSON, D.A.; LAVENDER, J.M.; MILNES, S.M.; SIMMONS, A.M. Assessment of eating disturbances in children and adolescents. In Smolak, L.; Thompson, J.K. (eds.) *Body image, eating disorders, and obesity in youth: Assessment, prevention, and treatment*. Washington, DC: American Psychological Association, 2nd ed., 2009, p. 47-76. ISBN 978-1-4338-0405-2.
3. BARANOWSKI, M.J.; HETHERINGTON, M.M. Testing the efficacy of an eating disorder prevention program. *Journal of Eating Disorders*. 2001, vol. 29, 2, p.119-124. ISSN 0276-3478.
4. BIRCH, L.L. Development of food acceptance patterns. *Development psychology*. 1990, vol. 26, 4, p. 515-519. ISSN 1939-0599.
5. BIRCH, L.L.; FISCHER, J.O. Development of eating behaviors among children and adolescents. *Pediatrics*. 1998, vol.101, 3, p. 539-549. ISSN 0031-4005.
6. BLANCHETTE, L.; BRUG, J. Determinants of fruit and vegetable consumption among 6-12-year-old children and effective interventions to increase consumption. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*. 2005, vol. 18, 6, p. 421-2. ISSN 1365-277X.
7. BUTTON, E.J, SONUGA-BARKE, E.J., DAVIES, J. A prospective study of self-esteem in the prediction of rating problems in adolescent schoolgirls: questionnaire findings. *British Journal of Clinical Psychology*. 1996, vol. 35, 2, p. 193-203. ISSN 0144-6657.
8. BYELY, L.; ARCHIBALD, A.B.; GRABER, J.; BROOKS-GUNN, J. A prospective study of familiar and social influences on girls' body image and dieting. *International Journal of Eating Disorders*. 2000, vol.28, 2, p. 155-164. ISSN 1098-108X.
9. CAINE-BISH, N.L.; SCHEULE, B. Gender differences in food preferences of school-aged children and adolescents. *Journal of School Health*. 2009, vol. 79, 11, p. 532-540. ISSN 0022-4391.
10. CASH, T.F.; PRUZINSKY, T. (eds.). *Body image : a handbook of theory, research, and clinical practice*. New York: Guilford Press, 2002. 530 s. ISBN 1-57230-777-3.

11. CAVE, K.E. Influences of disordered eating in prepubescent children. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*. 2009, vol.47, 2, p. 21-4, ISSN 0279-3695.
12. CLARK, L.; TIGGEMANN, M. Sociocultural and individual psychological predictors of body image in young girls: A prospective study. *Developmental Psychology*. 2008, vol. 44, 4, p. 1124-1134. ISSN 1939-0599.
13. COLLINS, M.E. Body figure perceptions and preferences among preadolescent children. *International Journal of Eating Disorders*. 1991, 10, p. 199-208. ISSN 0276-3478.
14. CROOK, M. *V zajištění image těla*. Ostrava: Oldag, 1995. 136s. ISBN 80-85954-02-8.
15. D'ANCI, K.E.; KANAREK, R.B. *Dietary sugar and behavior*. In WOROBEY, J.; TEPPER, B.J.; KANAREK, R. *Nutrition and behavior. A multidisciplinary approach*. Oxfordshire: Cabi. 2006, p. 272. ISBN – 10: 0-85199-674-4.
16. DAVIDSON, K.K.; BIRCH, L.L. Weight status, parent reaction, and self-concept in five-years-old viros. *Pediatrics*. vol. 107, p. 46-53. ISSN 0031-4005.
17. DAVISON, K.K.; MARKEY, C.N.; BIRCH, L.L. A longitudinal examination of patterns in girls weight concerns and body dissatisfaction from ages 5 to 9 years. *International Journal of Eating Disorders*. 2003, 33, p. 320-332. ISSN 0276-3478.
18. DE LEÓN, M.C.; RUIZ, E.J. A pilot study of the clinical and statistical significance of program to reduce eating disorder risk factors in children. *Eating and Weight Disorders*. 2008, vol.13, 3, p.111 – 118. ISSN 1590-1262.
19. DeLEEL, M. L.; HUGHES, T. L.; MILLER, J.A.; HIPWELL, A.; THEODORE, L. A. Prevalence of eating disturbance and body image dissatisfaction in young girls: An examination of the variance across racial and socioeconomic groups. *Psychology in the Schools, Special issue: Obesity in the schools*. 2009, vol. 46, 8, p. 767-775. ISSN 1520-6807
20. DITTMAR, H.; HALLIWELL, E.; IVE, S. Does Barbie make girls want to be thin? The effect of experimental exposure to images of dolls on the body image of 5- to 8- year old girls. *Developmental Psychology*. 2006, vol. 42, 2, p. 283-292. ISSN 1939-0599.
21. DOHNT, H.K.; TIGGEMANN, M. Promoting positive body image in young girls: an evaluation of Shaperville. *European Eating Disorders Review*. 2007, vol. 16, 3, p. 222 – 233. ISSN 1072-4133.

22. DRAGOMIRECKÁ, E.; ŠELEPOVÁ, P.; PAPEŽOVÁ, H.; HOLUB, J. Příspěvek k epidemiologii poruch příjmu potravy. *Česká a Slovenská Psychiatrie, Supplementum 1*. 2005, 101, p. 55-56. ISSN 1212-0383.
23. EDMUNDS, H.; HILL, A.J. Dieting and the family context of eating in young adolescent children. *International Journal of Eating Disorders*. 1999, vol. 25, 4, p. 435-440. ISSN 1098-108X.
24. EISLER, I. Účinnost individuální a rodinné psychoterapie u mentální anorexie. *Česká a Slovenská Psychiatrie*. 2003, vol. 99. p. 11. ISSN 1212-0383.
25. ELLIOTT, J., PLACE, M. Dítě v nesnázích: Prevence, příčiny, terapie. 5. kap.: Poruchy příjmu potravy. Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0182-0.
26. ERIKSON, E.H. *Dětství a společnost*. Praha: Argo, 2002. 387 s. ISBN 80-7203-380-8.
27. FAIBURN, Ch. G.; HARRISON, P.J. Eating disorders. *Lancet*. 2003, vol. 361, p. 407-417. ISSN 0099-5355.
28. FIELD, A.E.; AUSTIN, S.B.; TAYLOR, C.B.; MALSPEIS, S.; ROSNER, B.; ROCKETT, H.R.; GILLMAN, M.W.; COLDITZ, G.A. Relation Between Dieting and Weight Change Among Preadolescents and Adolescents. *Pediatrics*. 2003, Vol. 112, 4, p. 900-906, ISSN 0031-4005.
29. FINGERET, M.; WARREN, C.S.; CEPEDA-BENITO, A.; GLEAVES, D.H.. Eating Disorder Prevention Research: A Meta-Analysis. *Eating Disorders The Journal of Treatment & Prevention*. 2006, vol. 14, 3, p.191-213. ISSN 1064-0266.
30. FISHER, J.O.; SINTON, M.M.; BIRCH, L.L. Early parental influence and risk for the emergence of disordered eating. In: Smolak, L. (Ed.); Thompson, J. K. (Ed.) *Body image, eating disorders, and obesity in youth: Assessment, prevention, and treatment*. 2.vydání. Washington, DC: American Psychological Association, 2009, p. 17-33. ISBN 978-1-4338-0405-2.
31. FLANNERY – SCHRÖEDER, E.C., CHRISLER, J.C. Body esteem, eating attitudes, and gender-role orientation in three age groups of children. *Current Psychology*. 1996, 15, p. 235 – 248. ISSN 1046-1310.
32. FOLK, L.; PEDERSEN, J.; CULLARI, S. Body satisfaction and self-concept of third and sixth-grade students. *Perceptual and Motor Skills*. 1993, 76, p. 547-553. ISSN 0031-5125.
33. FOULKERSON, J.A.; NEUMARK-SZTAINER, D.; STORY, M. Adolescent and parent views of family meals. *Journal of the American Dietetic Association*. 2006, 106, p. 526-532. ISSN 0002-8223.

34. FRAIBERGOVÁ, S.H. *Magické roky: jak pochopit a řešit problémy raného dětství*. Praha: Triton, 2002. 260s. ISBN 80-7254-270-2.
35. FRANCIS, L.A. BIRCH, B.B. Maternal influences on daughters' restrained eating behavior. *Health Psychology*. 2005, vol. 24, 6, p. 548-554. ISSN 1930-7810.
36. FRANKO, D.L.; THOMPSON, D.; AFFENITO, S.G.; BARTON, B.A.; STRIEGEL-MOORE, R.H. What mediates the relationship between family meals and adolescent health issues? *Health Psychology*. 2008, vol. 27, 2, p. 109-117. ISSN 1930-7810.
37. FRAŇKOVÁ, S. *Výživa a psychické zdraví*. Praha: ISV, 1996. 271s. ISBN 80-85866-13-7.
38. FRAŇKOVÁ, S., BIČÍK, V. *Srovnávací psychologie a základy etologie*. Praha: Karolinum, 1999. 295 s. ISBN 80-7184-835-2.
39. FRAŇKOVÁ, S.; DVOŘÁKOVÁ-JANŮ, V. *Psychologie výživy a sociální aspekty jídla*. Praha: Karolinum, 2003. 256 s. ISBN 80-246-0548-1.
40. FRAŇKOVÁ, S.; CHUDOBOVÁ, P. Development of body image in preschool girls. *Homeostasis*. 2000, 40, p. 161-169. ISSN 0960-7560.
41. FRAŇKOVÁ, S.; ODEHNAL, J.; PAŘÍZKOVÁ, J. *Výživa a vývoj osobnosti dítěte*. Praha: HZ Editio, 2000. 198 s. ISBN 80-86009-32-7.
42. FRAŇKOVÁ, S. Výživa a psychický vývoj dítěte. In Pařízková, J.; Lisá, L. *Obezita v dětství a dospívání, terapie a prevence*. Praha: Galén. 2007. 239 s. ISBN 978-80-7262-466-9.
43. FREEMAN, CH. Zdravotní komplikace mentální anorexie a bulimie a jejich léčba. In Krch, D. (Ed.) *Poruchy příjmu potravy, vymezení a terapie*. Praha: Grada Publishing, 1999, p. 172-185. ISBN 80-7169-627-7.
44. GARDNER, R.M.; FRIEDMAN, B.N.; JACKSON, N.A. Methodological concerns when using silhouettes to measure body image. *Perceptual and Motor Skills*. 1998, 86, p. 387-395. ISSN 0031-5125.
45. GARDNER, R.M. Methodological issues assessment of the perceptual component of body image disturbance. *British Journal of Psychology*. 1996, 87, p. 327-37. ISSN 0007-1269.
46. GARDNER, R.M.; SORTER, R.G. A KOL. Developmental changes in children's body image. *Journal of Social Behavior & Personality*. 1997, 12, p. 1019-1037. ISSN 0886-1641.

47. GOLDFIELD, A.; CHRISLER, J.C. Body stereotyping and stigmatization of obese persons by first graders. *Perceptual and Motor Skills*. 1995, vol. 81, 3, p. 909-910. ISSN 0031-5125.
48. GROGAN, S. *Body image: psychologie nespokojenosti s vlastním tělem*. Praha: Grada Publishing, 2000. 184 s. ISBN 80-7169-907-1.
49. GUSTAFSSON, S.A.; EDLUND, B.; KJELLIN, L.; NORRING, C. Risk and protective factors for disturbed eating in adolescent girls – aspects of perfectionism and attitudes to eating and weight. *European Eating Disorders Review*. 2009, vol. 17, 5, p. 380-389, ISSN 1072-4133.
50. HAVLÍNOVÁ, M., HAVLOVÁ, J.(eds.) *Zdravá mateřská škola*. Praha: Portál. 1995, 141 s. ISBN 80-7178-048-0.
51. HAVLÍNOVÁ, M (ed.) *Program podpory zdraví ve škole*. Praha: Portál. 1998, 275 s. ISBN 80-7178-263-7.
52. HERMANOVÁ, G.; HERMAN, E.; PRAŠKO, J.; HOVORKA, J. Poruchy příjmu potravy a narcismus v médiích. *Česká a Slovenská psychiatrie, Supplementum 1*. 2003, vol. 99, p. 44. ISSN 1212-0383.
53. HILL, A.J. Pre-adolescent dieting: implications for eating disorders. *International Review of Psychiatry*. 1993, 5, p. 87-100. ISSN 1369-1627.
54. HILL, A.J.; OLIVER, S.; ROGERS, P.J. Eating in the adult world: The rise of dieting in childhood and adolescence. *British Journal of Clinical Psychology*. 1992, 31, p.95-105. ISSN 0144-6657.
55. HILL, A.J.; SILVER, E.K. Fat, friendless and unhealthy: 9-year-old children's perception of body shape and stereotypes. *International Journal of Obesity*. 1995, 19, p.423-430. ISSN 0307-0565.
56. HILL, A.J.; WEAVER, C.; BLUNDELL, J.E. Dieting concerns of 10-year-old girls and their mothers. *British Journal of Clinical psychology*. 1990, 29, p. 346-348. ISSN 0144-6657.
57. HORNBACHER, M. *Na dně: příběh jedné anorexie a bulimie*. Ostrava: Domino, 1998. 291 s. ISBN 80-86128-25-3.
58. HORT, V.; HRDLIČKA, M.; KOCOURKOVÁ, J.; MALÁ, E. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 2.vyd. Praha: Portál, 2000. 490s. ISBN 978-80-7367-404-5.
59. HÖSCHL C.; LIBIGER J.; ŠVESTKA J. *Psychiatrie*. 2. vyd. Praha: Tigris, 2002. 883 s. ISBN 80-900130-7-4.

60. HRACHOVINOVÁ, T.; CHUDOBOVÁ, P. Body image a možnosti jeho měření (se zaměřením na neklinickou populaci). *Československá psychologie*. 2004, vol. 48, 6, p. 499-509. ISSN 0009-062X.
61. HRACHOVINOVÁ, T.; CSÉMY, L.; CHUDOBOVÁ, P. Psychologický kontext spokojenosti s vlastním tělem u VŠ studentů. *Československá psychologie*. 2005, vol. 49, 1, p. 9-18. ISSN 0009-062X.
62. HRACHOVINOVÁ, T.; CSÉMY, L.; KRCH, F.D. jídelní preference pacientek s poruchou příjmu potravy. *Česká a slovenská psychiatrie, Supplementum 1*. 2003, 99, p. 41. ISSN 1212-0383.
63. HUŇKOVÁ, J., DOSTÁLOVÁ, J., OŠANCOVÁ, K. Jaké pokrmy preferují vysokoškolští studenti v menzách? *Výživa a potraviny*. 2001, 3, p.83-84. ISSN 1211-846X.
64. HUON, G.F.; GODDEN, V.M.; BROWN, B.L. Reports of dieting among children : Effect of interview style and approach to information collection. *British Journal of Clinical Psychology*. 1997, 36, p. 33-40. ISSN 0144-6657.
65. CHUDOBOVÁ, P. Problematika prevence PPP: Primární prevence poruch příjmu potravy: přehled a srovnání vybraných českých a zahraničních preventivních programů. *Česká a Slovenská psychiatrie, Supplementum 1*. 2005, 101, p. 43. ISSN 1212-0383.
66. CHUDOBOVÁ, P.; FRAŇKOVÁ, S. Rizikové faktory pro vznik nespokojenosti s vlastním tělem u dětí. *Česká a Slovenská psychiatrie, Supplementum 1*. 2005, 101, p. 43. ISSN 1212-0383.
67. CHUDOBOVÁ, P. Vývoj body image u dívek předškolního věku. *Česká a Slovenská psychiatrie, Supplementum 1*. 2003, 99, p. 41. ISSN 1212-0383.
68. CHUDOBOVÁ, P.; PAPEŽOVÁ, H.; SEKOT, M.; KLECANDA, A. Možnosti a limity léčby pacientů s poruchami příjmu potravy formou denního stacionáře v České republice a v zahraničí. *Česká a Slovenská Psychiatrie*. 2005, vol. 101, 4, p. 213-217. ISSN 1212-0383.
69. CHISUWA, N.; O'DEA, J.A. Body image and eating disorders amongst japanese adolescents: A review of the literature. *Appetite*. 2009. ISSN 0195-6663.
70. IRVING, L.M.; NEUMARK-SZTAINER, D. Integrating the prevention of eating disorders and obesity: Feasible or futile? *Preventive Medicine: An International Journal Devoted to Practice and Theory*. 2002, vol. 34, 3, p. 299-309. ISSN 0091-7435.
71. KATER, K.J.; ROHWER, J.; LONDRE, K. Evaluation of an upper elementary school program to prevent body image, eating, and weight concerns. *Journal of school Psychology*. 2002, 72, p. 199-204. ISSN 0022-4391.

72. KILLEN, J., TAYLOR, C.B., HAMMER, L.D., LITT, I., WILSON, D.M., RICH, T., HAYWARD, C. SIMMONDS, B., KRAEMER, H., VARADY, A. An attempt to modify unhealthful eating attitudes and weight regulation practices of young girls. *International Journal of eating disorders*. 1993, 13, p. 369-384. ISSN 0276-3478.
73. KOCOURKOVÁ, J., KOUTEK, J., HORT, V. Sebeпоškozování u pacientů s poruchami příjmu potravy. *Česká a Slovenská psychiatrie, Supplementum 1*. 2003, 99, p. 41. ISSN 1212-0383.
74. KOFF, E.; SANGIANI, P. Effect of coping style and negative body image on eating disturbance. *Journal of Adolescent Health*. 1997, 14, p. 433-439, ISSN 1054-139X.
75. KOIVISTO, U.; EDLUND, B.; SJÖDÉN, P. Exposure to milk or water at preschool lunch for 3 months influences children's choice of elementary school lunch drink 4 months later. *Appetite*. vol 23, 3, 1994. p. 265-273. ISSN 0195-6663.
76. KOSTANSKI, M.; GULLONE, E. Dieting and body image in the Child's World: Conceptualization and Behavior. *Journal of Genetic Psychology*. 1999, 160, p. 488 – 498. ISSN 0022-1325.
77. KRCH, F.D. (Ed.) *Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie*. Praha: Grada Publishing, 1999. 238s. ISBN 80-7169-627-7.
78. KRCH, F.D. Jídelní postoje a chování českých chlapců a dívek. *Praktický Lékař*. 2000, vol. 80, 7, p. 400-403. ISSN 0032-6739.
79. KRCH, F.D. Mentální anorexie. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-598-9.
80. KRCH, F.D. Bulimie: Jak bojovat s přejídáním. Praha: Grada, 2003. 170 s. ISBN 80-247-0527-3.
81. KRCH, F.D. *KBT poruch příjmu potravy*. In: Praško, J.; Možný, P.; Šlepecký, M. (Eds.) *Kognitivně – behaviorální terapie psychických poruch*. Praha: Triton, 2007, 1063 s., ISBN 978-80-7254-865-1.
82. KRCH, F.D., CSÉMY L., DRÁBKOVÁ H. Rizikové jídelní chování a postoje českých adolescentů (školní studie). *Česká a slovenská psychiatrie*. 2003, vol. 99, 8, p. 415 – 422. ISSN 1212-0383.
83. KRCH, F.D., CSÉMY, L. Dietní postoje a zvyklosti dětí staršího školního věku. *Česká a Slovenská Psychiatrie, Supplementum 1*. 2005, 101, p. 23-24. ISSN 1212-0383.
84. KRCH, F. D.; MARÁDOVÁ, E. *Výchova ke zdraví: Poruchy příjmu potravy*. Praha: VÚP, 2003.

85. KRØLNER, R.; DUE, P.; RASMUSSEN, M.; TRAB D.; MOGENS, H.; BJØRN, E.; KLEPP, K.; LYNCH, J. Does school environment affect 11-year-olds' fruit and vegetable intake in Denmark? *Social Science & Medicine*. 2009, vol. 68, 8, p. 1416-1424. ISSN 0277-9536.
86. KURIC, J. a kol. *Ontogenetická psychologie*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1986. 179 s. ISBN 80-214-1844-3.
87. LANGMEIER, J.; LANGMEIER, M.; KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 2. vyd., Praha: Grada, 1998. 343 s. ISBN 80-7169-195-X.
88. LANGMESSER, L.; VERSCHEURE, S. Are eating disorder prevention programs effective? *Journal of Athletic Training*. 2009, vol. 44, 3, p. 304–305. ISSN 1938-162X.
89. LAWRENCE, CH.M.; THELEN, M.H. Body image, dieting, and self-concept: Their relation in African-American and Caucasian children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 1995, Vol. 24, 1, p. 41-49. ISSN 0047-228X.
90. LAZAROU, CH.; KALAVANA, T.; MATALAS, A. The influence of parents' dietary beliefs and behaviours on children's dietary beliefs and behaviours: The CYKIDS study. *Appetite*. 2008, vol. 51, 3, p. 690-696, ISSN 0195-6663 .
91. LEON, G.R.; FULKERSON, J.A.; PERRY, C.L.; EARLY-ZALD, M.B. Prospective analysis of personality and behavioral vulnerabilities and gender influences in the later development of disordered eating. *Journal of Abnormal Psychology*. 1995, vol. 104, 1, p. 140-149. ISSN 1939-1846.
92. LEVINE, M.P.; SMOLAK, L. Recent developments and promising directions in the prevention of negative body image and disordered eating in children and adolescents. In: SMOLAK, L.; THOMPSON, J.K.(ed.) *Body image, eating disorders, and obesity in youth: Assessment, prevention, and treatment*. 2.vyd., Washington, DC: American Psychological Association, 2009. p. 215-238. ISBN 978-1-4338-0405-2.
93. LEVINE, M.P.; SMOLAK, L. Primary prevention of body image disturbances and disordered eating in childhood and early adolescence. In: THOMPSON, J.K.; SMOLAK, L. (ed.); *Body image, eating disorders, and obesity in youth: Assessment, prevention, and treatment*. Washington, DC: American Psychological Association, 2001. p. 237-260. ISBN 1-55798-758-0.
94. LOWES, J.; TIGGEMENN, M. Body dissatisfaction, dieting awareness and the impact of parental influence in young children. *British Journal of Health Psychology*. 2003, 8, p. 135-147. ISSN 1359-107X.
95. LYTLE, L.A.; SEIFERT, S.; GREENSTEIN, J.; MCGOVERN, P. How do children's eating patterns and food choices change over time? Results from a

- cohort study. *American Journal of Health Promotion*. 2000, vol. 14, 4, p.222-228. ISSN 0890-1171.
96. MALONEY, M.J.; MCGUIRE, J.; DANIELS, S.R.; SPECKER, B. Dieting Behavior and Eating Attitudes in Children. *Pediatrics*. 1989, 84, p. 482 – 486. ISSN 1098-4275.
 97. MALONEY, M.; KRANZOVÁ, R. *O poruchách příjmu potravy*. Praha: NLN, 1997. 153 s. ISBN 80-7106-248-01997.
 98. MCVEY, G.; TWEED, S.; BLACKMORE, E. Dieting among preadolescent and young adolescent females. *Canadian Medical Association Journal*. 2004, vol. 170, 10, p. 1559-1561. ISSN 1488-2329.
 99. MENDELSON, B.K.; WHITE, D.R. Relation between body-esteem and self-esteem of obese and normal children. *Perceptual and Motor Skills*. 1982, vol. 54, 3, p. 899-905. ISSN 0031-5125.
 100. MILLS, A.; OSBORN, B.; NEITZ, E. *Shapesville*. Carlsbad: Gurze Books, 2003. ISBN 0-936077-47-6.
 101. MIOVSKÝ, M.; ČERMÁK, I.; CHRZ, V. (eds.). *Kvalitativní přístup a metody ve vědách o člověku*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. 447 s. ISBN 80-244-1159-8.
 102. MORRIS, A.M.; KATZMAN, D.K. The impact of the media on eating disorders in children and adolescents. *Journal of Pediatrics & Child Health*. 2003, vol. 8, 5, p. 287–289. ISSN 10344810.
 103. MUNOZ, R.F.; MRAZEK, P.J.; HAGGERTY, R.J. Institute of Medicine report on prevention of mental disorders: Summary and commentary. *American Psychologist*. 1996, vol. 51, 11, p. 1116-1122. ISSN 1935-990X.
 104. NEUMARK-SZTAINER, D.; SHERWOOD, N.; COLLER, T., HANNAN, P.J. Promoting media literacy and advocacy skills: A community-based intervention to enhance body acceptance and prevent unhealthy weight control behaviors among pre-adolescent girls. *Journal of the American Dietetic Association*. 2000, 100, p. 1466-1473. ISSN 0002-8223.
 105. NICKLAUS, S. Development of food variety in children. *Appetite*. 2009, vol. 52, 1, p. 253-255. ISSN 0195-6663.
 106. NICHOLLS, D.; LASK, B. Poruchy příjmu potravy v dětství a rané adolescence In Krch, D. (Ed.) *Poruchy příjmu potravy, vymezení a terapie*. Praha: Grada Publishing, 237 s., 1999. ISBN 80-7169-627-7.
 107. NICHOLLS, D. E.; RUSSELL, M. Childhood risk factors for lifetime anorexia nervosa by age 30 in a national birth cohort. *Journal of the American*

Academy of Child & Adolescent Psychiatr., 2009, vol.48, 8, p. 791-799. ISSN 1527-5418.

108. NORMANN, K. The impact of lifestyles and food knowledge on the food patterns of German children. *International Journal of Consumer Studies*. 2009, vol. 33, 4, p. 382-391. ISSN 1470-6431.
109. NOVÁK, M. Přispívají obrazy štíhlých ženských postav v médiích k rozvoji poruch příjmu potravy? *Česká a Slovenská psychiatrie*. 2007, vol. 103, 8, p. 393-401. ISSN 1803-6597.
110. O'DEA, J.: The new self-esteem approach for the preventiv of body image and rating problems in children and adolescence, *Healthy Weight Journal.*, vol. 16, 6, 2002, p. 89- 94. ISSN 1075-0169.
111. O'DEA, J.: Activities to improve body image and prevent eating problems in children-a self esteem approach. *Primary Educator*. 2001, vol 7, issue 2, p. 3-7. ISSN 1324-4825.
112. O'DEA, J.; MALONEY, D. Preventing eating and body image problems in children and adolescents using The health promoting schools framework. *Journal of school Health*. 2000, 70, p. 18-22. ISSN 0022-4391.
113. OHZEKI, T.; OTAHARA, H.; HANAKI, K.; MOTOZUMI, H.; SHIRAKI, K. Eating Attitudes Test in Boys and Girls Aged 6 – 18 Years: Decrease in Concerns with Eating in Boys and the Increase in Girls with Their Ages. *Psychopathology*. 1993, 26, p.117-121. ISSN 0254-4962.
114. OLIVER, K.K.; THELLEN, M.H. Children's perceptions of peer influence on eating concerns. *Behavior Therapy*, 1996, vol. 27, 1, p. 25-39. ISSN 0005-7894.
115. OHRING, R.; GRABER, J.A., BROOKS-GUNN, J. Girls' recurrent and concurrent body dissatisfaction: Correlates and consequences over 8 years. *Journal of Eating Disorders*. 2002, vol. 31, 4, p. 404-415. ISSN 1098-108X.
116. OTAHARA, H.; OHZEKI, T.; HANAKI, K.; MOTOZUMI, H.; SHIRAKI, K. Abnormal perception of body weight is not solely observed in pubertal girls: incorrect body image in children and its relationship to body weight. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1993, 87, p. 218 – 222. ISSN 0001-690X.
117. PAPEŽOVÁ, H. Usilování o virtuální realitu. Problematika primární prevence poruch příjmu potravy. *Prevence*. 2008, vol. 5, 4, p. 14-15. ISSN 1214-8717.
118. PAPEŽOVÁ, H. Poruchy příjmu potravy a mezioborová spolupráce. *Postgraduální medicína*. 2005, vol. 7, 1, p. 94-100. ISSN 1212-4184.
119. PAŘÍZKOVÁ, J.; LISÁ, L.; BLÁHA, P.; FRAŇKOVÁ, S.; HAINEROVÁ, I.; HLAVATÁ, K.; KOLÁŘ, P.; KUČERA, M.; KUNEŠOVÁ, M. *Obezita*

v *dětství a dospívání*. Praha: Galén Karolinum, 239 s., 2007. ISBN 978-80-7262-466-9.

120. PAXTON, S.J.; EISENBERG, M.E.; NEUMARK-SZTAINER, D. Prospective predictors of body dissatisfaction in adolescent girls and boys: A five-year longitudinal study. *Developmental Psychology*. 2006, vol. 42, 5, p. 888-899. ISSN 1939-0599.
121. PAXTON, S.J.; WERTHEIM, E.H.; GIBBONS, K.; SZMUKLER, G.I.; HILLIER, L.; PETROVICH J.L. Body image satisfaction, dieting, beliefs and weight loss behaviors in adolescent girls and boys. *Journal of Youth and Adolescence*. 1991, 20, p.361-379. ISSN 0047-2891.
122. PIRAN, N. Prevention of eating disorders: directions for future research. *Psychopharmacology Bulletin*. 1997, 33,3, p. 419-423. ISSN 0048-5764.
123. PIAGET, J.; INHELDEROVÁ, B. *Psychologie dítěte*. Praha: Portál, 1997. 144 s. ISBN 80-7178-146-0.
124. PHILLIPSE, K.A. Suicidality in Body Dysmorphic Disorder. *Primary psychiatry*. 2007, vol. 14, 12, p. 58–66. ISSN 1082-6319.
125. PLINER, P.; SALVY, S.J. Food neophobia in humans. In SHEPHERD, R.; RAATS, M. *The psychology of food choice*. 2006, Oxfordshire: Cabi. p. 399. p. 75-92. ISBN 0-85199-032-0,
126. PROBST, M. Vztah k vlastnímu tělu u poruch příjmu potravy: vymezení a terapie. In Krch, D. (Ed.) *Poruchy příjmu potravy, vymezení a terapie*. Praha: Grada Publishing, 1999, p. 172-185. ISBN 80-7169-627-7.
127. RABOCH, J.; ANDERS, M.; PRAŠKO; J., HELLEROVÁ, P. *Psychiatrie. Doporučené postupy psychiatrické péče II*. Praha: Infopharm, 2006. 204 s. ISBN 80-239-8501-9.
128. RICCIARDELLI, L.A.; MCCABE, M.P. Children's body image concerns and eating disturbance: A review of the literature. *Clinical Psychology Review*. 2001, vol. 21, 3, p. 325-344. ISSN 0272-7358.
129. RICHARDS, M.H.; CASPER, R.C.; LARSON, R. Weight and eating Concerns Among Pre- and Young Adolescent Boys and Girls. *Journal of Adolescent Health Care*. 1990, 11, p. 203 – 209. ISSN 1054-139X.
130. ROLLAND, K.; FARNILL, D.; GRIFFITHS, R.A. Children's perception of their current and ideal body sizes and body mass index. *Perceptual and Motor Skills*. 1996, 2, p. 651-6, ISSN 0031-5125.
131. ROLLAND, K., FARNILL, D.; GRIFFITHS, R.A. Children's Body figure perceptions and eating attitudes among Australian schoolchildren aged 8 to 12

- years. *International Journal of Eating Disorders*. 1997, 21, p.273-278. ISSN 0276-3478.
132. ROZIN, P. The integration of biological, social, cultural and psychological influences on food choice In SHEPHERD, R.; RAATS, M. *The psychology of food choice*. 2006, Oxordshire: Cabi. p. 19-39. ISBN 0-85199-032-0.
 133. SANDS, R.; TRICKER, J.; SHERMAN, CH.; ARMATAS, CH. Disordered eating patterns, body image, self-esteem, and physical activity in preadolescent school children. *International Journal of Eating Disorders*. 1997, vol. 21, 2, p. 159-166. ISSN 1098-108X.
 134. SANDS, E. R.; WARDLE, J. Internalization of ideal *body shapes* in 9–12-year-olds *girls*. *International Journal of Eating Disorders*. 2003, 33, p. 193–204, ISSN 1098-108X.
 135. SCIME, M.; COOK-COTTONE, C. Primary prevention of eating disorders: A constructivist integration of mind and body strategies. *International Journal of Eating Disorders*. 2008, vol. 41, 2, p. 134 – 142, ISSN 1098-108X.
 136. SHAPIRO S.; NEWCOMB, M.; LOEB, T.B. Fear of fat, disregulated-restrained eating, and body esteem: Prevalence and gender differences among eight- to ten-year old children. *Journal of Clinical Child Psychology*. 1997, vol. 26, 4, p. 358-365, ISSN 0047-228X.
 137. SHAW, H.; STICE, E.; BECKER, C. Preventing eating disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 2009, vol. 18, 1, p. 199-207. ISSN 10564993.
 138. SHISLAK, C.M.; RENGER, R.; SHARPE, T.; CRAGO, M.; MCKNIGHT, K.M.; GRAY, N.; BRYSON, S.; ESTES, S.; PARNABY, O.G.; KILLEN, J.; TAYLOR, C.B. Development and evaluation of the McKnight risk factor survey for assessing potential risk and protective factors of disordered eating in preadolescent and adolescent. *International Journal of Eating Disorders*. 1999, vol.25, 2, p. 195-214, ISSN 0276-3478.
 139. SCHREIBER, G.; ROBINS, M.; STRIEGEL – MOORE, R.; OBARZANEK, E.; MORRISON, J.; WRIGHT, D. Weight modification efforts reported by black and white preadolescent girls: national heart, lung, and blood institute growth and health study. *Pediatrics*. 1996, 98, p. 63-70, ISSN 0031-4005 .
 140. SCHWARTZ, N.; STRACK, F.; HIPPLER, H.J.; BISHOP, G. The impact od administration mode on response effect in survey measurement. *Applied Cognitive Psychology*. 1991, vol. 5, 3, p. 193-212, ISSN 0888-4080.
 141. SCHWARZCHILD, M. Alienated youth: Help from families and schools. *Professional Psychology: Research and Practice*. 2000, vol 31, 1, p. 95-96. ISSN 0735-7028.

142. SMOLAK, L.; LEVINE, M.P. Toward an empirical basis for primary prevention eating problems with elementary school children. *Eating disorders: The Journal of Treatment and Prevention*. 1994, vol. 2, 4, p.293-307. ISSN 1532-530X.
143. SMOLAK, L.; LEVINE, M.P.; SCHREMER, F. Parental input and weight concerns among elementary school children. *International Journal of Eating Disorders*. 1999, vol. 25, 3, p. 263-272. ISSN 0276-3478.
144. SMOLAK, L., LEVINE, M.P., SCHERMER, F. Lessons from lessons: An evaluation of an elementary school prevention program. In Vandereycken, W.; Noordenbos, G. *The Prevention of eating disorders*. London: The Athlone press. 1998. 232 s. ISBN 0-485-24014-9.
145. SMOLÍK, P.: *Duševní a behaviorální poruchy. Průvodce klasifikací, nástin nosologie, diagnostika*. Praha: Moxdorf, 2001. 2.vyd. 506s. ISBN 80-85912-18-X.
146. SLAWTA, J.; BENTLEY, J.; SMITH, J.; KELLY, J.; SYMAN-DEGLER, L.: Promoting healthy lifestyles in children: A pilot program of be a fit kid. *Health Promotion Practice*. 2008, vol. 9, 3, p. 305-312. ISSN 1524-8399.
147. STEIN, A.; WOOLLEY, H.; COOPER, S.; WINTERBOTTOM, J.; FAIRBURN, CH.G.; CORTINA-BORJA, M. Eating habits and attitudes among 10-year-old children of mothers with eating disorders: Longitudinal study. *British Journal of Psychiatry*. 2006, vol. 189, 4, p. 324-329. ISSN 1472-1465.
148. STEWART, S.D.; MENNING, CH.L. Family structure, nonresident father involvement, and adolescent eating patterns. *Journal of Adolescent Health*. 2009, vol. 45, 2, p. 193-201. ISSN 1054-139X.
149. STICE, E.; ROHDE, P.; GAU, J.; SHAW, H. An effectiveness trial of a dissonance-based eating disorder prevention program for high-risk adolescent girls. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2009, vol. 77, 5, p. 845-854. ISSN 0022-006X .
150. STICE, E. A prospective test of the dual-pathway model of bulimic pathology: mediating effect of dieting and negative affect. *Journal of Abnormal Psychology*. 2001, vol.110, 1, p. 124-135. ISSN 1939-1846.
151. STICE, E.; BEARMAN, S.K.; Body-image and eating disturbances prospectively predict increases in depressive symptoms in adolescent girls: A growth curve analysis. *Developmental Psychology*. 2001, vol. 37, 5, p. 597-607. ISSN 1939-0599.
152. STICE, E.; SHAW, H. Eating disorder prevention programs: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*. 2004, vol. 130, 2, p. 206-227. ISSN 1939-1455.

153. STICE, E.; SHAW, H.E. Role of body dissatisfaction in the onset and maintenance of eating pathology: A synthesis of research findings. *Journal of Psychosomatic Research*. 2002, vol. 53, 5 p. 985-993. ISSN 0022-3999.
154. STICE, E.; SHAW, H.; MARTI, C. N. A meta-analytic review of eating disorder prevention programs: Encouraging findings. *Cita Annual Review of Clinical Psychology*. 2007, vol.3, p. 207-231. ISSN 1548-5943.
155. STIPEK, D.; DE LA SOTA, A.; WEISHAUP, L. Live lessons: an embedded classroom approach to preventing high-risk behaviors among preadolescents. *The Elementary School Journal*. 1999, vol.99, 5, 433-451. ISSN 0013-5984.
156. STRIEGEL-MOORE, R.H.; SCHREIBER, G.; PIKE, K.; WILFLEY, D.; RODIN, J. Drive for thinness in black and white preadolescent girls. *International Journal of Eating Disorders*. 1995, vol. 18, 1, p. 59-69. ISSN 0276-3478.
157. THELEN, M.; POWELL, A.; LAWRENCE, C.; KUHNERT, M. Eating and body image concerns among children. *Journal of Clinical Child Psychology*. 1992, vol. 21, 1, p.41-46. ISSN 0047-228X.
158. THEODORE, R.F.; THOMPSON, J.;WALDIE, K.E.; WALL, C.; BECROFT, D.; ROBINSON, E.; WILD, CH.J.; CLARK, P.M.; MITCHELL, E.A. Dietary patterns and intelligence in early and middle childhood. *Intelligence*. 2009, vol.37, 5, p. 506-513. ISSN 0160-2896.
159. THOMPSON, J.K. *Body image, Eating Disorders and Obesity*. Washington: American Psychological Association, 1996. 515 s. ISBN 1-55798-324-0.
160. TIGGEMANN, M.; WILSON-BARRETT, E. Children's figure ratings: Relationship to self-esteem and negative stereotyping. *International Journal of Eating Disorders*. 1998, vol. 23, 1, p. 83-88. ISSN 0276-3478.
161. TIGGEMANN, M.; PENNINGTON, B. The development of gender differences in body-size satisfaction. *Australian Psychologist*. 1990, vol. 25, 3, p. 306-311. ISSN 0005-0067 .
162. TIGGEMANN, M., LOWES, J. Predictors of maternal control over childrens eating behavior. *Appetite*. 2002, vol.. 39, 1, p. 1-7. ISSN 0195-6663.
163. TEPPER, B.J. Bio-behavioral and psychosocial influences on nutrition In WOROBEY, J.; TEPPER, B.J.; KANAREK, R. *Nutrition and behavior. A multidisciplinary approach*. Oxfordshire: Cabi. 2006, p. 272. ISBN – 10: 0-85199-674-4.
164. TREMBLAY, L.; LARIVIERE, M. The influence of puberty onset, body mass index, and pressure to be thin on disordered eating behaviors in children and adolescents. *Eating Behaviors*. 2009, vol. 10, 2, p. 75-83. ISSN 1471-0153.

165. TREW, K.; CLARK, CH.; McCARTNEY, G.; BARNETT, J.; MULDOON, O. *Adolescents, food choice and vegetarianism*. In Shepherd, R.; Raats, M. *The psychology of food choice*. 2006, Oxordshire: Cabi. p. 399. ISBN 0-85199-032-0, p. 247-262.
166. TURNBUL, J.K., HEASLIP, S., McLEOD, H.A. : Pre-school children's attitudes to fat and normal male and female stimulus figures. *International Journal of Obesity*. 2000, 24, 1705-1706. ISSN 0307-0565.
167. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie I*, Praha: Karolinum, 1996. 353 s. ISBN 80-7184-317-2.
168. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie / Dětství a dospívání*. Praha: Karolinum, 2005. 467 s. ISBN 80-246-0956-8.
169. VÁGNEROVÁ, M.; MATĚJČEK, Z. *Rohnerova metoda rodinné diagnostiky*. Ostrava: Microdata. 1992.
170. VANDER-WAL, J.S.; THELEN, M.H. Eating and body image concerns among obese and average – weight children. *Addict Behavior*. 2000, vol. 25, 5, p. 775-8. ISSN 0306-4603.
171. VANDEREYCKEN, W.; NOORDENBOS, G. (ed.) *The Prevention of Eating Disorders*. London: Athlone.Press, 1998, 232 s. ISBN 0-485-24014-9.
172. VANDEREYCKEN, W. A MEERMANN, R. Anorexia nervosa: Is prevention possible? *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 1984, vol. 14, 3, p. 191-205, ISSN 1541-3527.
173. VEREECKEN,C.; LEGIEST, E.; DE BOURDEAUDHUIJ, I.; MAES, L. Associations between general parenting styles and specific food-related parenting practices and children's food consumption.; *American Journal of Health Promotion*. 2009, vol. 23, 4, p. 233-240. ISSN 0890-1171.
174. WARDLE, J.; HERRERA, M.L.; COOKE, L.; GIBSON, E.L. Modifying children's food preferences: the effects of exposure and reward on acceptance of an unfamiliar vegetable. *European Journal of Clinical Nutrition*, 2003 vol. 57, 2, p. 341-8. ISSN 0954-3007.
175. WERTHEIM, E.H.; PAXTON, S.J.; BLANEY, S. Body image in girls. In: Smolak, L.; Thompson, J.K. (eds.) *Body image, eating disorders, and obesity in youth: Assessment, prevention, and treatment*. Washington, DC: American Psychological Association, 2nd ed., 2009, p. 47-76. ISBN 978-1-4338-0405-2.
176. WHITE, J.H.: The prevention of eating disorders: A review of the research on risk faktors with implication for practise. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*. 2000, vol.13, 2, p. 76-88. ISSN 10736077 .

177. WOOD, K.C.; BECKER, J.A.; THOMPSON J.K. Body image dissatisfaction in preadolescent children. *Journal of Developmental Psychology*. 1996, vol. 17, 1, p. 85-100. ISSN 0193-3973.
178. YELOMANS, M.R. The role of learning in development of food preferences. In SHEPHERD, R.; RAATS, M. *The psychology of food choice*. 2006, Oxordshire: Cabi. p. 40-52. ISBN 0-85199-032-0.

Internetové zdroje

179. ANABELL. Oficiální stránky sdružení. [on-line]. Dostupné na [www: www.anabell.cz](http://www.anabell.cz) [cit. 2009-06-20].
166. BĚLKA, J. Co je program Škola podporující zdraví. [on-line]. Dostupné na: <http://www.program-spz.cz/cs/co-je-program-spz>. [cit. 2008-12-01].
180. FRAŇKOVÁ, S. Postoje k jídlu a osobnost dětí předškolního věku s rizikem vývoje poruch příjmu potravy. [on-line]. Konference RCS. 20004. http://veda.fsv.cuni.cz/doc/KonferenceRCS/psych_frankova.doc [cit. 2008-15-01].
181. HAVLÍN, T. Francie přijala zákon proti nezdravému hubnutí. [on-line]. Dostupné na [www:http://zpravy.idnes.cz/francie-prijala-zakon-proti-nezdravemu-hubnuti-f54-/zahranicni.asp?c=A080416_113848_zahranicni_tha](http://zpravy.idnes.cz/francie-prijala-zakon-proti-nezdravemu-hubnuti-f54-/zahranicni.asp?c=A080416_113848_zahranicni_tha) [cit. 2010-01-20].
182. HRAVĚ ŽIJ ZDRAVĚ. Oficiální stránky projektu. [on-line]. <http://www.hravezijzdrave.cz> [cit. 2010-01-8].
183. CHCEŠLI BÝT ÚSPĚŠNÝ, MUSÍŠ BÝT ZDRAVÝ. Informace o projektu [on-line]. <http://www.zujih.cz/index.php?id=199> [cit. 2010-01-8].
184. KERNOVÁ, V.: Projekt Libereckého kraje – Zrcadlo výživy. [on-line]. Dostupné na [www.: http://www.szu.cz/tema/podpora-zdravi/zrcadlo-vyzivy](http://www.szu.cz/tema/podpora-zdravi/zrcadlo-vyzivy) [cit. 2009-06-08].
185. KULHÁNEK, J. Ortorexie, bigorexie, drunkorexie. [on-line]. Dostupné na [www: http://www.idealni.cz/ortorexie--bigorexie--drunkorexie_clanek_show.asp?id=2251#ixzz0hxx3xqy0](http://www.idealni.cz/ortorexie--bigorexie--drunkorexie_clanek_show.asp?id=2251#ixzz0hxx3xqy0) [cit. 2010-03-03].
186. MARTYKÁNOVÁ, L.; PISKÁČKOVÁ, Z. Orthorexie a bigorexie - méně známé formy poruch příjmu potravy. *Výživa a potraviny*, 2010. [on-line]. Dostupné na: <http://www.vyzivaspol.cz/clanky-casopis/orthorexie-a-biorexie-mene-zname-formy-poruch-prijmu-potravy.html> [cit. 2010-3- 3].
187. MORAVCOVÁ, A.; kolektiv autorů. Výsledky průzkumu „Jak jedí české děti?“ [on-line]. Dostupné na [www: http://www.vyzivadeti.cz/pro-skoly/jak-jedi-ceske-deti/vysledky-pruzkumu-jak-jedi-ceske-deti.html](http://www.vyzivadeti.cz/pro-skoly/jak-jedi-ceske-deti/vysledky-pruzkumu-jak-jedi-ceske-deti.html) [cit. 2010-1- 4].

188. NEDEJ SE, HEJBEJ SE. Informace o projektu. [on-line]. http://eagri.cz/public/eagri/file/42139/Strategie_OVOCE_12_2009_p_2.pdf [cit. 2010-03-03].
189. NEZVAL, J. Školní mléko. [on-line]. Dostupné na [www: http://www.msmt.cz/vzdelavani/skolni-mleko](http://www.msmt.cz/vzdelavani/skolni-mleko) [cit. 2009-9-10].
190. OVOCE DO ŠKOL. Text projektu. [on-line]. http://eagri.cz/public/eagri/file/42139/Strategie_OVOCE_12_2009_p_2.pdf [cit. 2010-01-8].
191. PORTÁL IDEÁLNÍ. Oficiální stránky projektu. [on-line]. Dostupné na [www: http://www.idealni.cz](http://www.idealni.cz) [cit. 2010-2-5].
192. PORTÁL RVP. Oficiální stránky. [on-line]. Dostupné na [www: http://rvp.cz](http://rvp.cz) [cit. 2010-01-02].
193. PRATT, B.M., WOOLFENDEN, S.R. Interventions for preventing eating disorders in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*, 2002 [on-line]. Dostupné na [www: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12076457](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12076457) [cit. 2007-08-20].
194. PROGRAM BODY TALK Body Talk učí děti zdravému sebevědomí. [on-line]. Dostupné na [www: http://babinet.cz/podlupou-4837-body-talk-uci-deti-zdravemu-sebevedomi.html](http://babinet.cz/podlupou-4837-body-talk-uci-deti-zdravemu-sebevedomi.html) [cit. 2009-11-15].
195. PYRAMIDÁČEK. Oficiální stránky projektu. [on-line]. Dostupné na [www: www.pyramidacek.cz](http://www.pyramidacek.cz) [cit. 2010-01-8].
196. RAŠTICOVÁ, M. Prediktory nespokojenosti s vlastním tělem a souvislost s depresí v adolescenci. *E-psychologie*, 2009, vol. 3, 1, ISSN 1802-8853 [online]. Dostupné na [www: http://e-psycholog.eu/clanek/39](http://e-psycholog.eu/clanek/39) [cit. 2009-12-20].
197. SHAPESVILLE. Ukázka z pracovního sešitu pro děti. [on-line]. Dostupné na [www: http://books.google.cz/books?id=iiEeDCQocJcC&printsec=frontcover&dq=Shapesville&source=bl&ots=nehZVuxsze&sig=ujLibAV1owM-FsgZurEQLjci4kA&hl=cs&ei=yhFzS8-mBpCwnQPVybiZCw&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=6&ved=0CDMQ6AEwBQ#v=onepage&q=&f=false](http://books.google.cz/books?id=iiEeDCQocJcC&printsec=frontcover&dq=Shapesville&source=bl&ots=nehZVuxsze&sig=ujLibAV1owM-FsgZurEQLjci4kA&hl=cs&ei=yhFzS8-mBpCwnQPVybiZCw&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=6&ved=0CDMQ6AEwBQ#v=onepage&q=&f=false) [cit. 2009-03-10].
198. VÁCHALOVÁ, S. Program primární prevence. [on-line]. Dostupné na [www: http://www.ivyjstevtom.ic.cz/](http://www.ivyjstevtom.ic.cz/) [cit. 2009-10-01].
199. VÝŽIVA DĚTÍ. Oficiální stránky projektu. [on-line]. Dostupné na [www: http://www.vyzivadeti.cz/](http://www.vyzivadeti.cz/) [cit. 2009-08-20].
200. VÝŽIVA HROU. Oficiální stránky projektu. [on-line]. <http://www.vyzivahrou.cz/> [cit. 2010-01-8].

201. WHO. [on-line]. Dostupné na www:
http://www.who.int/nutrition/topics/nut_school_aged/en/index.html [cit. 2010-01-8].
202. WIKIPEDIA : the free encyclopedia [on-line]. St. Petersburg (Florida) : Wikimedia Foundation. Heslo prevence. [on-line]. Dostupné na www:
<http://cs.wikipedia.org/wiki/Prevence> [cit. 2009-09-15].
203. ZDRAVÁ 5. Oficiální stránky projektu. [on-line]. Dostupné na www:
<http://www.zdrava5.cz> [cit. 2010-01-8].

Ostatní zdroje

204. *Duševní poruchy a poruchy chování : popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka: mezinárodní klasifikace nemocí - 10. revize.* Praha: Psychiatrické centrum, 2006. 3. vyd. 251 s. ISBN 80-85121-11-5.
205. ELLINGEROVÁ, M. *Poruchy příjmu potravy – informovanost žáků základních a středních škol.* Diplomová práce (Mgr.). Masarykova Univerzita v Brně. Pedagogická fakulta. Brno, 2008. Vedoucí práce PhDr. Mgr. Lucie Procházková, Ph.D.
206. FRAŇKOVÁ, S.; NOVOTNÁ, P.; MALICOVÁ, E. K některým problémům osobnosti dítěte s nadváhou. *Psychologie pro praxi.* V tisku.
207. FRAŇKOVÁ, S. *Preference a averze vůči vybraným jídlům u českých dětí předškolního věku.* Sborník z vystoupení účastníků 6. zasedání Vědecké rady Institutu Danone. Praha, 1997.
208. GREGOROVÁ, M. *Poruchy příjmu potravy v dětství a v adolescenci.* Diplomová práce (Mgr.). Masarykova Univerzita v Brně. Brno, 2007. Pedagogická fakulta. Vedoucí práce PhDr. Dagmar Přinosilová, Ph.D.
209. CHUDOBOVÁ, P. *Body image u dívek předškolního věku.* Praha, 2001. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova v Praze. Filozofická fakulta. Vedoucí diplomové práce Doc. PhDr. Slávka Fraňková, DrSc.
210. KUSEL, A. *Primary prevention of eating disorders through media literacy training of girls.* Disertační práce (Ph.D.). California School of Professional Psychology, San Diego, 1999 In: THOMPSON, J.K.; SMOLAK, L. (ed.); *Body image, eating disorders, and obesity in youth: Assessment, prevention, and treatment.* Washington, DC: American Psychological Association, 2001.p. 237-260. ISBN 1-55798-758-0.
211. LUKÁČOVÁ, D. *Prevence poruch příjmu potravy jako součást podpory zdraví adolescentů.* Praha, 2009. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova

v Praze. Pedagogická fakulta. Vedoucí bakalářské práce PaedDr. Eva Marádová, CSc.

212. NOVÁKOVÁ, R. *Vývoj vnímání vlastního těla u žáků mladšího školního věku jako prevence poruch příjmu potravy*. Praha, 2008. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova v Praze. Pedagogická fakulta. Vedoucí diplomové práce PaedDr. Eva Marádová, CSc.
213. MARÁDOVÁ, EVA *Výchova ke zdravým stravovacím návykům ve školním kurikulu a v přípravě učitelů*. Příspěvek na semináři Psychologie výživy. Katedra psychologie FFUK, 2005.
214. *Metodický pokyn k primární prevenci sociálně patologických jevů u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních*. Praha: Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR, 2007, č. j. 20 006/2007 – 51.
215. NOORDENBOS, G. *A critical review of different approaches to the prevention of eating disorders. Paper to present at the New York International Conference on Eating Disorders 26.-28. April 1996*.
216. ODEHNALOVÁ, L. *Primární prevence v oblasti poruch příjmu potravy*. Bakalářská práce (Bc.). Masarykova Univerzita v Brně. Brno, 2008. Pedagogická fakulta. Vedoucí práce PhDr. Mgr. Tomáš Čech, Ph.D.
217. PROCHÁZKOVÁ, D. *Prevence poruch příjmu potravy*. Diplomová práce (Mgr.). Masarykova Univerzita v Brně. Pedagogická fakulta. Brno, 2008. Vedoucí práce PhDr. Dagmar Přinosilová, Ph.D.
218. SLAVÍKOVÁ, I. *Školní preventivní program pro mateřské a základní školy a školská zařízení*. Poklady ke vzdělávacímu kurzu, 2000.
219. *Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů primární prevence užívání návykových látek*. Praha: MŠMT, 2005.
220. *Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů primární prevence užívání návykových látek*. Praha: MŠMT, 2008.
221. ŠTIPČÁKOVÁ, E. *Metodická příručka k prevenci poruch příjmu potravy pro pedagogy pracující na druhém stupni základní školy*. Brno, 2006. Diplomová práce (Mgr.). Masarykova Univerzita v Brně. Pedagogická fakulta. Vedoucí práce MUDr. Petr Kachlík, Ph.D.

Příloha č. 1: Jídelní preference a averze

Tabulky ukazují četnosti a relativní četnosti postojů k jednotlivým položkám Dotazníku chuťových preferencí a averzí (Fraňková, 2000)²¹. U položek kde nebyl nalezen statisticky významný rozdíl mezi skupinami uvádíme hodnoty pro celý soubor. U položek, kde byla signifikace potvrzena je uveena tabulka, znázorňující trend pro jednotlivé skupiny a graf pro mladší a starší věkovou skupinu.

1) Ovoce

Tabulka 1-1: Jahody

		Frekvence	Procenta	Procenta - škála
Platné hodnoty	výrazná preference	94	94,9	95,9
	bez výraznější obliby	2	2,0	2,0
	averze	2	2,0	2,0
	Celkem	98	99,0	100,0
	Chybějící hodnoty	1	1,0	
	Celkem	99	100,0	

Tabulka 1-2: Meruňky

		Frekvence	Procenta	Procenta - škála
Platné hodnoty	výrazná preference	75	75,8	75,8
	bez výraznější obliby	13	13,1	13,1
	averze	11	11,1	11,1
	Celkem	99	100,0	100,0

Tabulka 1-3: Jablka

		Frekvence	Procenta	Procenta - škála
Platné hodnoty	výrazná preference	86	86,9	86,9
	bez výraznější obliby	9	9,1	9,1
	averze	4	4,0	4,0
	Celkem	99	100,0	100,0

Tabulka 1-4: Meloun

		Frekvence	Procenta	Procenta - škála
Platné hodnoty	výrazná preference	88	88,9	88,9
	bez výraznější obliby	6	6,1	6,1
	averze	5	5,1	5,1
	Celkem	99	100,0	100,0

²¹ Sloupec „Procenta“ počítá i relativní četnost odpovědí „neznám“. Sloupec „Procenta škála“ obsahuje relativní četnosti pouze u nutričních preferencí a averzí.

2) Zelenina

Tabulka 1-5: Mrkev syrová

		Frekvence	Procenta	Procenta - škála
Platné hodnoty	výrazná preference	68	68,7	71,6
	bez výraznější obliby	9	9,1	9,5
	averze	18	18,2	18,9
	nezná	4	4,0	100
	Celkem	99	100,0	

Tabulka 1-6: Mrkev vařená

		Frekvence	Procenta	Procenta - škála
Platné hodnoty	výrazná preference	30	30,3	31,9
	bez výraznější obliby	19	19,2	20,2
	averze	45	45,5	47,9
	nezná	5	5,1	100
	Celkem	99	100,0	

Tabulka 1-7: Květák

		Frekvence	Procenta	Procenta - škála
Platné hodnoty	výrazná preference	47	47,5	47,5
	bez výraznější obliby	16	16,2	16,2
	averze	36	36,4	36,4
	Celkem	99	100,0	100,0

Tabulka 1-8: Kapusta

		Frekvence	Procenta	Procenta - škála
Platné hodnoty	výrazná preference	21	21,2	23,6
	bez výraznější obliby	10	10,1	11,2
	averze	58	58,6	65,2
	nezná	10	10,1	100
	Celkem	99	100,0	

Tabulka 1-9: Rajske jablko

		Frekvence	Procenta	Procenta - škála
Platné hodnoty	výrazná preference	77	77,8	81,9
	bez výraznější obliby	6	6,1	6,4
	averze	11	11,1	11,7
	nezná	5	5,1	100
	Celkem	99	100,0	

Tabulka 1-10: Paprika

		Frekvence	Procenta	Procenta - škála
Platné hodnoty	výrazná preference	73	73,7	73,7
	bez výraznější obliby	11	11,1	11,1
	averze	15	15,2	15,2
	Celkem	99	100,0	100,0

Tabulka 1-11: Hlávkový salát

		Frekvence	Procenta	Procenta - škála
Platné hodnoty	výrazná preference	55	55,6	61,8
	bez výraznější obliby	15	15,2	16,9
	averze	19	19,2	21,3
	nezná	10	10,1	10,0
	Celkem	99	100,0	

Tabulka 1-12: Brokolice

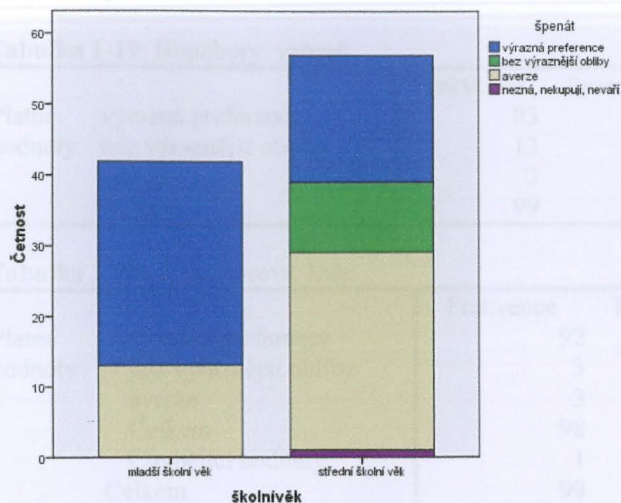
		Frekvence	Procenta	Procenta - škála
Platné hodnoty	výrazná preference	39	39,4	41,5
	bez výraznější obliby	10	10,1	10,6
	averze	45	45,5	47,9
	nezná	5	5,1	10,0
	Celkem	99	100,0	

Tabulka 1-13: Kedlubna

		Frekvence	Procenta	Procenta - škála
Platné hodnoty	výrazná preference	68	68,7	70,8
	bez výraznější obliby	10	10,1	10,4
	averze	18	18,2	18,8
	nezná	3	3,0	10,0
	Celkem	99	100,0	

Tabulka 1-14: Špenát

Třída		Frekvence	Procenta	Procenta - škála
1	výrazná preference	17	81	81
	averze	4	19	19
2	výrazná preference	12	57,1	57,1
	averze	9	42,9	42,9
3	výrazná preference	5	27,8	27,8
	bez výraznější obliby	3	16,7	16,7
	averze	10	55,6	55,6
4	výrazná preference	6	31,6	31,6
	bez výraznější obliby	3	15,8	15,8
	averze	10	52,6	52,6
5	výrazná preference	7	35	36,8
	bez výraznější obliby	4	20	21,1
	averze	8	40	42,1
	nezná	1	5	



Tabulka 1-15: Okurka kyselá

Platné hodnoty	školní věk	Frekvence	Procenta	Procenta - škála
výrazná preference	mladší školní věk	70	70,7	72,2
bez výraznější obliby	mladší školní věk	13	13,1	13,4
averze	mladší školní věk	14	14,1	14,4
nezná	mladší školní věk	2	2,1	
Celkem				

3) Ořechy, slané pochutiny

Tabulka 1-16: Ořechy

Platné hodnoty	školní věk	Frekvence	Procenta	Procenta - škála
výrazná preference	mladší školní věk	78	78,8	78,8
bez výraznější obliby	mladší školní věk	13	13,1	13,1
averze	mladší školní věk	8	8,1	8,1
Celkem		99	100,0	100,0

Tabulka 1-17: Burské oříšky

Platné hodnoty	školní věk	Frekvence	Procenta	Procenta - škála
výrazná preference	mladší školní věk	76	76,8	78,4
bez výraznější obliby	mladší školní věk	11	11,1	11,3
averze	mladší školní věk	10	10,1	10,3
nezná	mladší školní věk	2	2,0	100
Celkem		99	100,0	

Tabulka 1-18 : Brambůrky, tyčinky

Platné hodnoty	školní věk	Frekvence	Procenta	Procenta - škála
výrazná preference	mladší školní věk	84	84,8	86,6
bez výraznější obliby	mladší školní věk	11	11,1	11,3
averze	mladší školní věk	2	2,0	2,1
nezná	mladší školní věk	2	2,0	100
Celkem		99	100,0	

4) Přílohy

Tabulka 1-19: Brambory vařené

		Frekvence	Procenta	Procenta - škála
Platné hodnoty	výrazná preference	83	83,8	83,8
	bez výraznější obliby	13	13,1	13,1
	averze	3	3,0	3,0
	Celkem	99	100,0	100,0

Tabulka 1-20: Bramborová kaše

		Frekvence	Procenta	Procenta - škála
Platné hodnoty	výrazná preference	92	92,9	93,9
	bez výraznější obliby	3	3,0	3,1
	averze	3	3,0	3,1
	Celkem	98	99,0	100,0
	Chybějící hodnoty	1	1,0	
Celkem		99	100,0	

Tabulka 1-21: Knedlíky houskové

		Frekvence	Procenta	Procenta - škála
Platné hodnoty	výrazná preference	83	83,8	85,6
	bez výraznější obliby	11	11,1	11,3
	averze	3	3,0	3,1
	nezná	1	1,0	100
	Celkem	98	99,0	
	Chybějící hodnoty	1	1,0	
Celkem		99	100,0	

Tabulka 1-22: Knedlíky bramborové

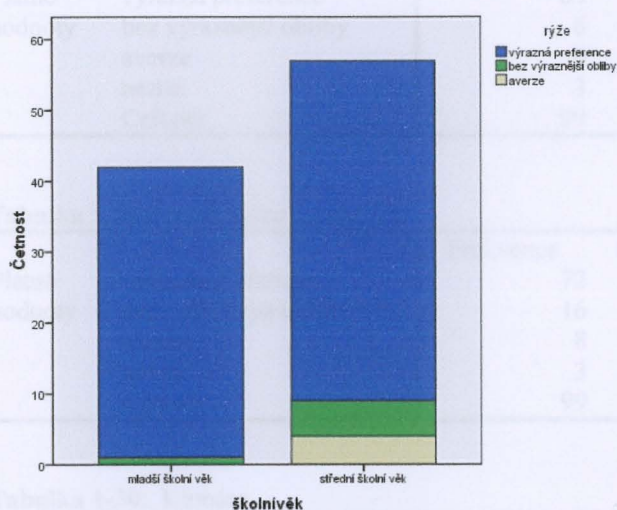
		Frekvence	Procenta	Procenta - škála
Platné hodnoty	výrazná preference	91	91,9	92,9
	bez výraznější obliby	4	4,0	4,1
	averze	3	3,0	3,1
	nezná	1	1,0	100
	Celkem	99	100,0	

Tabulka 1-23 : Vlašský salát

		Frekvence	Procenta	Procenta - škála
Platné hodnoty	výrazná preference	28	28,3	48,3
	bez výraznější obliby	8	8,1	13,8
	averze	22	22,2	37,9
	nezná	41	41,4	100
	Celkem	99	100,0	

Tabulka 1-24 : Rýže

Třída		Frekvence	Procenta	Procenta - škála
1	výrazná preference	21	100	100
2	výrazná preference	20	95,2	95,2
	bez výraznější obliby	1	4,8	4,8
3	výrazná preference	13	72,2	72,2
	bez výraznější obliby	1	5,6	5,6
	averze	4	22,2	22,2
4	výrazná preference	15	78,9	78,9
	bez výraznější obliby	4	21,1	21,1
5	výrazná preference	20	100	100



5) Jídla typu fast food

Tabulka 1-25 : Hranolky

		Frekvence	Procenta	Procenta - škála
Platné hodnoty	výrazná preference	85	85,9	86,7
	bez výraznější obliby	9	9,1	9,2
	averze	4	4,0	4,1
	nezná	1	1,0	100
	Celkem	99	100,0	

Tabulka 1-26: Hamburger

		Frekvence	Procenta	Procenta - škála
Platné hodnoty	výrazná preference	61	61,6	63,5
	bez výraznější obliby	13	13,1	13,5
	averze	22	22,2	22,9
	nezná	2	2,0	100
	Celkem	98	99,0	
Chybějící hodnoty		1	1,0	
Celkem		99	100,0	

Tabulka 1-27: Pizza

		Frekvence	Procenta	Procenta – škála
Platné hodnoty	výrazná preference	87	87,9	89,7
	bez výraznější obliby	4	4,0	4,1
	averze	6	6,1	6,2
	nezná	1	1,0	100
	Celkem	98	99,0	
	Chybějící hodnoty	1	1,0	
Celkem		99	100,0	

Tabulka 1-28: Párek v rohlíku

		Frekvence	Procenta	Procenta - škála
Platné hodnoty	výrazná preference	84	84,8	87,5
	bez výraznější obliby	6	6,1	6,2
	averze	6	6,1	6,2
	nezná	3	3,0	100
	Celkem	99	100,0	

Tabulka 1-29: Párek vařený, opečený

		Frekvence	Procenta	Procenta - škála
Platné hodnoty	výrazná preference	72	72,7	75
	bez výraznější obliby	16	16,2	16,7
	averze	8	8,1	8,3
	nezná	3	3,0	100
	Celkem	99	100,0	

Tabulka 1-30: Klobása

		Frekvence	Procenta	Procenta - škála
Platné hodnoty	výrazná preference	52	52,5	53,6
	bez výraznější obliby	11	11,1	11,3
	averze	34	34,3	35,1
	nezná	2	2,0	100
	Celkem	99	100,0	

6) Luštěniny

Tabulka 1-31: Hrášek zelený

		Frekvence	Procenta	Procenta - škála
Platné hodnoty	výrazná preference	66	66,7	68,8
	bez výraznější obliby	11	11,1	11,5
	averze	19	19,2	19,8
	nezná	3	3,0	100
	Celkem	99	100,0	

Tabulka 1-32: Hrachová polévka

		Frekvence	Procenta	Procenta - škála
Platné hodnoty	výrazná preference	49	49,5	52,7
	bez výraznější obliby	10	10,1	10,8
	averze	34	34,3	36,6
	nezná	6	6,1	100
	Celkem	99	100,0	

Tabulka 1-33: Čočka

		Frekvence	Procenta	Procenta - škála
Platné hodnoty	výrazná preference	51	51,5	53,7
	bez výraznější obliby	15	15,2	15,8
	averze	29	29,3	30,5
	nezná	4	4	100
	Celkem		100	

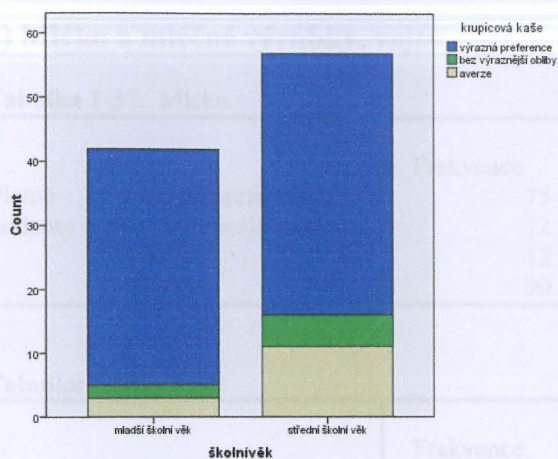
Tabulka 1-34: Hrachová kaše

		Frekvence	Procenta	Procenta - škála
Platné hodnoty	výrazná preference	28	28,3	30,8
	bez výraznější obliby	15	15,2	16,5
	averze	48	48,5	52,7
	nezná	8	8,9	
	Celkem			

7) Pokrmy s kašovitou texturou

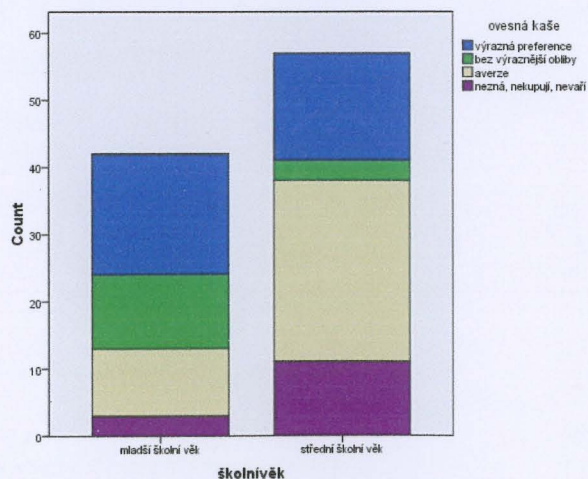
Tabulka 1-35: Krupicová kaše

Třída		Frekvence	Procenta	Procenta - škála
1	výrazná preference	17	81	81
	bez výraznější obliby	2	9,5	9,5
	averze	2	9,5	9,5
2	výrazná preference	20	95,2	95,2
	averze	1	4,8	4,8
3	výrazná preference	72,2	72,2	72,2
	averze	5	27,8	27,8
4	výrazná preference	13	68,4	68,4
	bez výraznější obliby	4	21,1	21,1
	averze	2	10,5	10,5
5	výrazná preference	15	75	75
	bez výraznější obliby	1	5	5
	averze	4	20	20



Tabulka 1-36: Ovesná kaše

Třída		Frekvence	Procenta	Procenta - škála
1	výrazná preference	7	33,3	38,9
	bez výraznější obliby	8	38,1	44,4
	aversion	3	14,3	16,7
	nezná	3	14,3	
2	výrazná preference	11	52,4	52,4
	bez výraznější obliby	3	14,3	14,3
	aversion	7	33,3	33,3
3	výrazná preference	7	38,9	43,8
	aversion	9	50	56,2
	nezná	2	11,1	
4	výrazná preference	3	15,8	20
	bez výraznější obliby	1	5,3	6,7
	aversion	11	57,9	73,3
	nezná	4	21,1	
5	výrazná preference	6	30	40
	bez výraznější obliby	2	10	13,3
	aversion	7	35	46,7
	nezná	5	25	



8) Mléko a mléčné výrobky, vejce

Tabulka 1-37: Mléko

		Frekvence	Procenta	Procenta - škála
Platné hodnoty	výrazná preference	75	75,8	75,8
	bez výraznější obliby	12	12,1	12,1
	averze	12	12,1	12,1
	Celkem	99	100,0	100,0

Tabulka 1-38: Jogurt

		Frekvence	Procenta	Procenta - škála
Platné hodnoty	výrazná preference	84	84,8	84,8
	bez výraznější obliby	12	12,1	12,1
	averze	3	3,0	3,0
	Celkem	99	100,0	100,0

Tabulka 1-39: Tvaroh

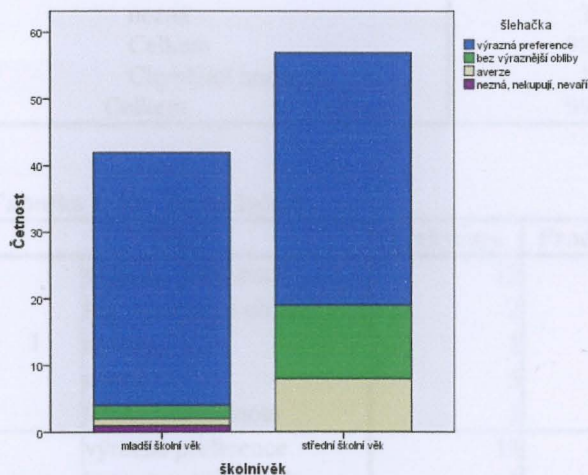
		Frekvence	Procenta	Procenta - škála
Platné hodnoty	výrazná preference	64	64,6	64,6
	bez výraznější obliby	23	23,2	24,2
	averze	11	11,1	11,2
	nezná	1	1,0	1,0
	Celkem	99	100,0	100,0

Tabulka 1-40: Kefír

		Frekvence	Procenta	Procenta - škála
Platné hodnoty	výrazná preference	36	36,4	57,1
	bez výraznější obliby	8	8,1	12,7
	averze	19	19,2	30,2
	nezná	36	36,4	100
	Celkem	99	100,0	

Tabulka 1-41: Šlehačka

Třída		Frekvence	Procenta	Procenta - škála
1	výrazná preference	18	85,7	90
	bez výraznější obliby	1	4,8	5
	averze	1	4,8	5
	nezná	1	4,8	
2	výrazná preference	20	95,2	95,2
	bez výraznější obliby	1	4,8	4,8
3	výrazná preference	13	72,2	72,2
	bez výraznější obliby	4	22,2	5,3
	averze	1	5,6	5,6
4	výrazná preference	14	73,7	73,7
	bez výraznější obliby	1	5,3	5,3
	averze	4	21,1	21,1
	nezná			
5	výrazná preference	11	55	55
	bez výraznější obliby	6	30	30
	averze	3	15	15



Tabulka 1-42: Máslo

		Frekvence	Procenta	Procenta - škála
Platné hodnoty	výrazná preference	76	76,8	77,6
	bez výraznější obliby	11	11,1	11,2
	averze	11	11,1	11,2
	Celkem	98	99,0	100,0
	Chybějící hodnoty	1	1,0	
Celkem		99	100,0	

Tabulka 1-43: Sýry tvrdé

		Frekvence	Procenta	Procenta - škála
Platné hodnoty	výrazná preference	56	56,6	58,9
	bez výraznější obliby	17	17,2	17,9
	averze	22	22,2	23,2
	nezná	4	4,0	100

	Frekvence	Procenta	Procenta - škála
výrazná preference	56	56,6	58,9
bez výraznější obliby	17	17,2	17,9
averze	22	22,2	23,2
nezná	4	4,0	100
Celkem	99	100,0	

Tabulka 1-44: Sýry tavené

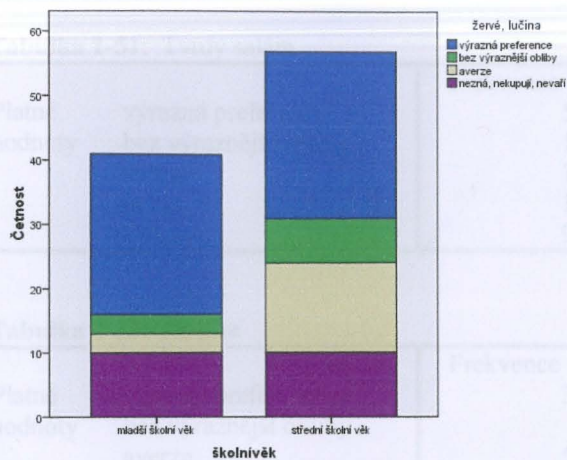
	Frekvence	Procenta	Procenta - škála
Platné hodnoty			
výrazná preference	61	61,6	64,2
bez výraznější obliby	11	11,1	11,6
averze	23	23,2	24,2
nezná	4	4,0	100
Celkem	99	100,0	

Tabulka 1-45: Sýr smažený

	Frekvence	Procenta	Procenta - škála
Platné hodnoty			
výrazná preference	71	71,7	74,7
bez výraznější obliby	8	8,1	8,4
averze	16	16,2	16,8
nezná	3	3,0	100
Celkem	98	99,0	
Chybějící hodnoty	1	1,0	
Celkem	99	100,0	

Tabulka 1-46: Žervé, lučina

Třída	Frekvence	Procenta	Procenta - škála	
1	výrazná preference	12	57,1	80
	bez výraznější obliby	2	9,5	13,3
	averze	1	4,8	6,7
	nezná	5	23,8	
	Chybějící hodnota	1	4,8	
2	výrazná preference	13	61,9	81,2
	bez výraznější obliby	1	4,8	6,2
	averze	2	9,5	12,5
	nezná	5	23,8	
3	výrazná preference	7	38,9	46,7
	bez výraznější obliby	2	11,1	13,3
	averze	6	33,3	40
	nezná	3	16,7	
4	výrazná preference	9	47,4	64,3
	bez výraznější obliby	1	5,3	7,1
	averze	4	21,1	28,6
	nezná	5	26,3	
5	výrazná preference	10	50	55,6
	bez výraznější obliby	4	20	22,2
	averze	4	20	22,2
	nezná	2	10	



Tabulka 1-47: Vejce

		Frekvence	Procenta	Procenta - škála
Platné hodnoty	výrazná preference	74	74,7	74,7
	bez výraznější obliby	12	12,1	12,1
	averze	13	13,1	13,1
	Celkem	99	100,0	100,0

Tabulka 1-48: Majonéza, tatarka

		Frekvence	Procenta	Procenta - škála
Platné hodnoty	výrazná preference	68	68,7	70,1
	bez výraznější obliby	14	14,1	14,4
	averze	15	15,2	15,5
	nezná	2	2,0	100
	Celkem	99	100,0	

9) Maso, uzeniny

Tabulka 1-49: Šunka

		Frekvence	Procenta	Procenta - škála
Platné hodnoty	výrazná preference	85	85,9	87,6
	bez výraznější obliby	4	4,0	4,1
	averze	8	8,1	8,2
	Celkem	97	98,0	100,0
	Chybějící hodnoty	2	2,0	
	Celkem	99	100,0	

Tabulka 1-50: Měkký salám

		Frekvence	Procenta	Procenta - škála
Platné hodnoty	výrazná preference	67	67,7	79,8
	bez výraznější obliby	10	10,1	11,9
	averze	7	7,1	8,3
	nezná	14	14,1	100
	Celkem	98	99,0	
	Chybějící hodnoty	1	1,0	
	Celkem	99	100,0	

Tabulka 1-51: Tvrdý salám

		Frekvence	Procenta	Procenta - škála
Platné hodnoty	výrazná preference	58	58,6	69
	bez výraznější obliby	13	13,1	15,5
	averze	13	13,1	15,5
	nezná	15	15,2	100
	Celkem	99	100,0	

Tabulka 1-52: Jitrnice

		Frekvence	Procenta	Procenta - škála
Platné hodnoty	výrazná preference	33	33,3	34,7
	bez výraznější obliby	8	8,1	8,4
	averze	54	54,5	56,8
	nezná	4	4,0	100
	Celkem	99	100,0	

Tabulka 1-53: Jelítka

		Frekvence	Procenta	Procenta - škála
Platné hodnoty	výrazná preference	17	17,2	23,6
	bez výraznější obliby	11	11,1	15,3
	averze	44	44,4	61,1
	nezná	27	27,3	100
	Celkem	99	100,0	

Tabulka 1-54: Maso hovězí

		Frekvence	Procenta	Procenta - škála
Platné hodnoty	výrazná preference	67	67,7	70,5
	bez výraznější obliby	12	12,1	12,6
	averze	16	16,2	16,8
	nezná	4	4,0	100
	Celkem	99	100,0	

Tabulka 1-55: Kuřecí pečené, dušené

		Frekvence	Procenta	Procenta - škála
Platné hodnoty	výrazná preference	63	63,6	66,3
	bez výraznější obliby	21	21,2	22,1
	averze	11	11,1	11,6
	nezná	4	4,0	100
	Celkem	99	100,0	

Tabulka 1-56: Husa, kachna

		Frekvence	Procenta	Procenta - škála
Platné hodnoty	výrazná preference	63	63,6	67
	bez výraznější obliby	12	12,1	12,8
	averze	19	19,2	20,2
	nezná	5	5,1	100
	Celkem	99	100,0	

Tabulka 1-57: Čína

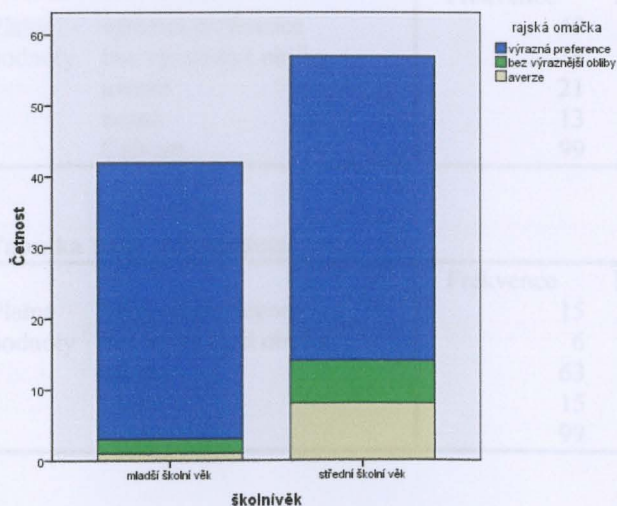
		Frekvence	Procenta	Procenta - škála
Platné hodnoty	výrazná preference	71	71,7	78,9
	bez výraznější obliby	5	5,1	5,6
	averze	14	14,1	15,6
	nezná	9	9,1	100
	Celkem	99	100,0	

Tabulka 1-58: Svíčková na smetaně

		Frekvence	Procenta	Procenta - škála
Platné hodnoty	výrazná preference	79	79,8	82,3
	bez výraznější obliby	6	6,1	6,2
	averze	11	11,1	11,5
	nezná	3	3,0	100
	Celkem	99	100,0	

Tabulka 1-59: Rajská omáčka

Třída		Frekvence	Procenta	Procenta - škála
1	výrazná preference	19	90,5	90,5
	bez výraznější obliby	1	4,8	4,8
	averze	1	4,8	4,8
2	výrazná preference	20	95,2	95,2
	averze	1	4,8	4,8
3	výrazná preference	15	83,3	83,3
	averze	1	5,6	5,6
		2	11,1	11,1
4	výrazná preference	12	63,2	63,2
	bez výraznější obliby	3	15,8	15,8
	averze	4	21,1	21,1
5	výrazná preference	16	80	80
	bez výraznější obliby	2	10	10
	averze	2	10	10



Tabulka 1-60: Řízek vepřový

		Frekvence	Procenta	Procenta - škála
Platné hodnoty	výrazná preference	72	72,7	75
	bez výraznější obliby	12	12,1	12,5
	averze	12	12,1	12,5
	nezná	2	2,0	100
	Celkem	98	99,0	
	Chybějící hodnoty	1	1,0	
Celkem		99	100,0	

Tabulka 1-61: Řízek kuřecí

		Frekvence	Procenta	Procenta - škála
Platné hodnoty	výrazná preference	92	92,9	92,9
	averze	6	6,1	6,1
	nezná	1	1,0	1,0
	Celkem	99	100,0	100,0

Tabulka 1-62: Guláš

		Frekvence	Procenta	Procenta - škála
Platné hodnoty	výrazná preference	77	77,8	80,2
	bez výraznější obliby	12	12,1	12,5
	averze	7	7,1	7,3
	nezná	3	3	100
	Celkem	99	100,0	

Tabulka 1-63: Sekaná

		Frekvence	Procenta	Procenta - škála
Platné hodnoty	výrazná preference	60	60,6	63,2
	bez výraznější obliby	27	27,3	28,4
	averze	8	8,1	8,4
	nezná	4	4,0	100
	Celkem	99	100,0	

Tabulka 1-64: Uzené vařené

		Frekvence	Procenta	Procenta - škála
Platné hodnoty	výrazná preference	49	49,5	57
	bez výraznější obliby	16	16,2	18,6
	averze	21	21,2	24,4
	nezná	13	13,1	100
	Celkem	99	100,0	

Tabulka 1-65: Játra dušená

		Frekvence	Procenta	Procenta - škála
Platné hodnoty	výrazná preference	15	15,2	17,9
	bez výraznější obliby	6	6,1	7,1
	averze	63	63,6	75,0
	nezná	15	15,2	100
	Celkem	99	100,0	

Tabulka 1-66: Ledvinky dušené

		Frekvence	Procenta	Procenta - škála
Platné	výrazná preference	8	8,1	11,1
hodnoty	bez výraznější obliby	8	8,1	11,1
	averze	56	56,6	77,8
	nezná	27	27,3	100
	Celkem	99	100,0	

Tabulka 1-67: Sádlo

		Frekvence	Procenta	Procenta - škála
Platné	výrazná preference	14	14,1	16,3
hodnoty	bez výraznější obliby	10	10,1	11,6
	averze	62	62,6	72,1
	nezná	13	13,1	100
	Celkem	99	100,0	

Tabulka 1-68: Paštika

		Frekvence	Procenta	Procenta - škála
Platné	výrazná preference	59	59,6	62,8
hodnoty	bez výraznější obliby	9	9,1	9,6
	averze	26	26,3	27,7
	nezná	4	4,0	100
	Celkem	98	99,0	
	Chybějící hodnoty	1	1,0	
	Celkem	99	100,0	

Tabulka 1-69: Ryba vařená, přírodní

		Frekvence	Procenta	Procenta - škála
Platné	výrazná preference	42	42,4	54,1
hodnoty	bez výraznější obliby	13	13,1	15,3
	averze	38	38,4	30,6
	nezná	6	6,1	100
	Celkem		100	

Tabulka 1-70: Ryba smažená, filé

		Frekvence	Procenta	Procenta - škála
Platné	výrazná preference	53	53,5	54,1
hodnoty	bez výraznější obliby	15	15,2	15,3
	averze	30	30,3	30,6
	nezná	1		
	Celkem			

Tabulka 1-71: Sardinky

		Frekvence	Procenta	Procenta - škála
Platné	výrazná preference	22	8,1	11,1
hodnoty	bez výraznější obliby	7	8,1	11,1
	averze	44	56,6	77,8
	nezná	26	27,3	100
	Celkem		100	

10) Těstoviny

Tabulka 1-72: Špagety, těstoviny

		Frekvence	Procenta	Procenta - škála
Platné hodnoty	výrazná preference	93	93,9	93,9
	bez výraznější obliby	5	5,1	5,1
	averze	1	1,0	1,0
	Celkem	99	100,0	100,0

Tabulka 1-73: Slané nudle

		Frekvence	Procenta	Procenta - škála
Platné hodnoty	výrazná preference	60	60,6	64,5
	bez výraznější obliby	17	17,2	18,3
	averze	16	16,2	17,2
	nezná	6	6,1	100
Celkem			100	

11) Pečivo

Tabulka 1-74: Chléb

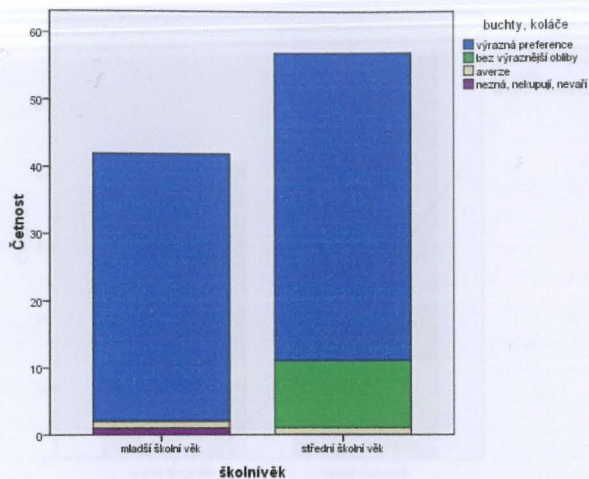
		Frekvence	Procenta	Procenta - škála
Platné hodnoty	výrazná preference	88	88,9	88,9
	bez výraznější obliby	9	9,1	9,1
	averze	2	2,0	2,0
	Celkem	99	100,0	100,0

Tabulka 1-75: Koblíhy, vdolky

		Frekvence	Procenta	Procenta - škála
Platné hodnoty	výrazná preference	83	83,8	83,8
	bez výraznější obliby	9	9,1	9,1
	averze	7	7,1	7,1
	Celkem	99	100,0	100,0

Tabulka 1-76: Buchty a koláče

Třída		Frekvence	Procenta	Procenta - škála
1	výrazná preference	19	90,4	95
	averze	1	4,8	5
	nezná	1	4,8	
2	výrazná preference	21	100	100
3	výrazná preference	16	88,9	88,9
	bez výraznější obliby	2	11,1	11,1
4	výrazná preference	14	73,7	73,7
	bez výraznější obliby	4	21,1	21,1
	averze	1	5,3	5,3
5	výrazná preference	16	80	80
	bez výraznější obliby	4	20	20



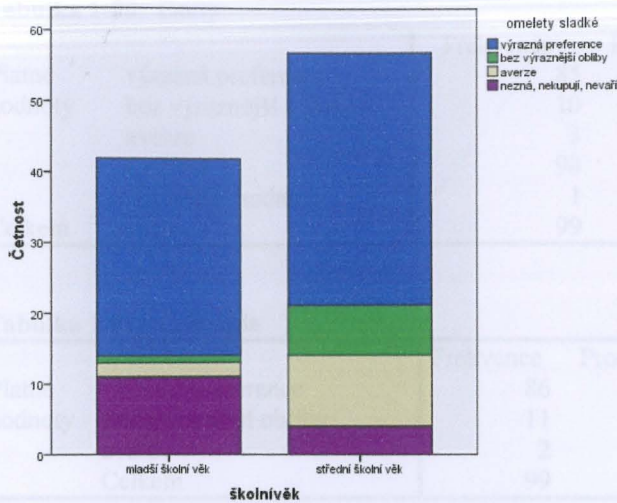
12) Sladké pokrmy, pochutiny

Tabulka 1-77: Knedlíky ovocné

		Frekvence	Procenta	Procenta - škála
Platné hodnoty	výrazná preference	78	78,8	83
	bez výraznější obliby	5	5,1	5,3
	averze	11	11,1	11,7
	nezná	5	5,1	100
	Celkem	99	100,0	

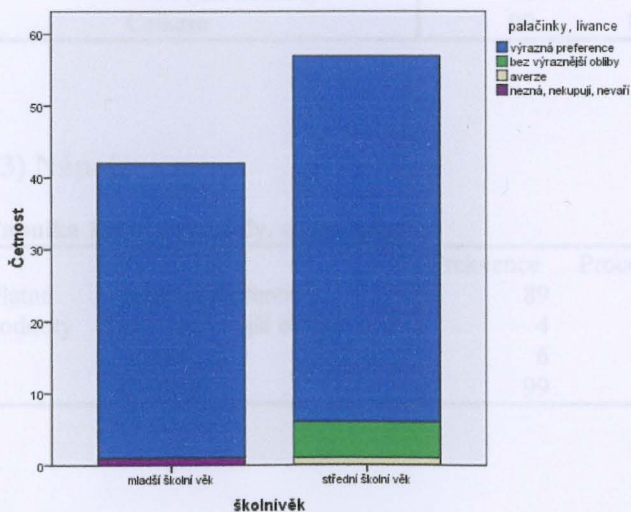
Tabulka 1-78: Omelety sladké

Třída		Frekvence	Procenta	Procenta-škála
1	výrazná preference	14	66,7	93,3
	bez výraznější obliby	1	4,8	6,7
	nezná	6	28,6	
2	výrazná preference	14	66,7	87,5
	bez výraznější obliby	2	11,1	12,5
	averze	16	22,2	
	nezná	5	23,8	
3	výrazná preference	11	61,1	64,7
	bez výraznější obliby	2	11,1	11,8
	averze	4	22,2	23,5
	nezná	1	5,6	
4	výrazná preference	13	68,4	72,2
	bez výraznější obliby	3	15,8	16,7
	averze	2	10,5	11,1
	nezná	1	5,3	
5	výrazná preference	12	60	66,7
	bez výraznější obliby	2	10	11,1
	averze	4	20	22,2
	nezná	2	10	



Tabulka 1-79: Palačinky, lívance

Třída		Frekvence	Procenta	Procenta -škála
1	výrazná preference	21	100	100
	bez výraznější obliby	20	95,2	100
	nezná	1	4,8	
2	výrazná preference	18	100	100
3	výrazná preference	16	84,2	84,2
	bez výraznější obliby	2	10,5	10,5
	averze	1	5,3	5,3
4	výrazná preference	16	84,2	84,2
	bez výraznější obliby	2	10,5	10,5
	averze	1	5,3	5,3
5	výrazná preference	17	85	85
	bez výraznější obliby	3	15	15



Tabulka 1-80: Dorty

		Frekvence	Procenta	Procenta - škála
Platné hodnoty	výrazná preference	85	85,9	86,7
	bez výraznější obliby	10	10,1	10,2
	averze	3	3,0	3,1
	Celkem	98	99,0	100,0
	Chybějící hodnoty	1	1,0	
Celkem		99	100,0	

Tabulka 1-81: Čokoláda

		Frekvence	Procenta	Procenta - škála
Platné hodnoty	výrazná preference	86	86,9	86,9
	bez výraznější obliby	11	11,1	11,1
	averze	2	2,0	2,0
	Celkem	99	100,0	100,0

Tabulka 1-82: Bonbóny

		Frekvence	Procenta	Procenta - škála
Platné hodnoty	výrazná preference	82	82,8	82,8
	bez výraznější obliby	14	14,1	14,1
	averze	3	3,0	3,0
	Celkem	99	100,0	100,0

Tabulka 1-83: Sušenky

		Frekvence	Procenta	Procenta - škála
Platné hodnoty	výrazná preference	91	91,9	91,9
	bez výraznější obliby	8	8,1	8,1
	Celkem	99	100,0	100,0

Tabulka 1-84: Zmrzlina

		Frekvence	Procenta	Procenta - škála
Platné hodnoty	výrazná preference	91	91,9	92,9
	bez výraznější obliby	7	7,1	7,1
	Celkem	98	99,0	100,0
	Chybějící hodnoty	1	1,0	
	Celkem	99	100,0	

13) Nápoje

Tabulka 1-85: Limonády, sladké nápoje

		Frekvence	Procenta	Procenta - škála
Platné hodnoty	výrazná preference	89	89,9	89,9
	bez výraznější obliby	4	4,0	4,0
	averze	6	6,1	6,1
	Celkem	99	100,0	100,0

Tabulka 1-86: Nápoje typu cola

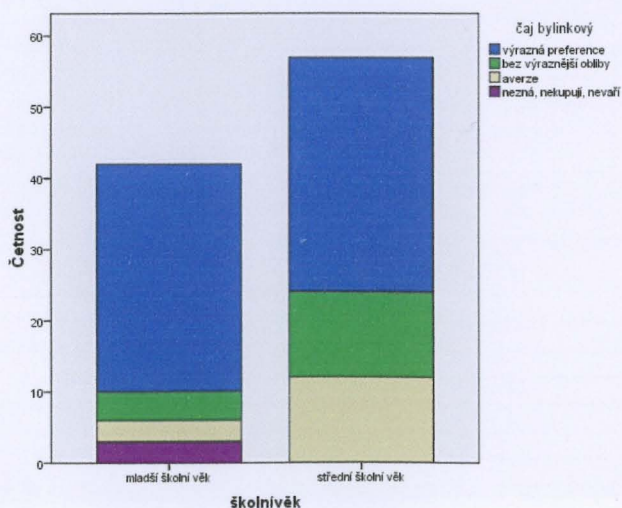
		Frekvence	Procenta	Procenta – škála
Platné hodnoty	výrazná preference	82	82,8	89,9
	bez výraznější obliby	9	9,1	4
	averze	7	7,1	6,1
	nezná	1	1,0	100
	Celkem	99	100,0	

Tabulka 1-87: Kakao, čokoládové nápoje

		Frekvence	Procenta	Procenta – škála
Platné hodnoty	výrazná preference	85	85,9	85,9
	bez výraznější obliby	6	6,1	6,1
	averze	8	8,1	8,1
	Celkem	99	100,0	100,0

Tabulka 1-88: Čaj bylinkový

Třída		Frekvence	Procenta	Procenta – škála
1	výrazná preference	16	76,2	76,2
	bez výraznější obliby	3	14,3	14,3
	averze	2	9,5	9,5
2	výrazná preference	16	76,2	88,9
	bez výraznější obliby	1	4,8	5,6
	averze	1	4,8	5,6
	nezná	3	14,3	
3	výrazná preference	12	66,7	66,7
	bez výraznější obliby	3	16,7	16,7
	averze	3	16,7	16,7
4	výrazná preference	10	52,6	52,6
	bez výraznější obliby	3	15,8	15,8
	averze	6	31,6	31,6
5	výrazná preference	11	55	55
	bez výraznější obliby	6	30	30
	averze	3	15	15



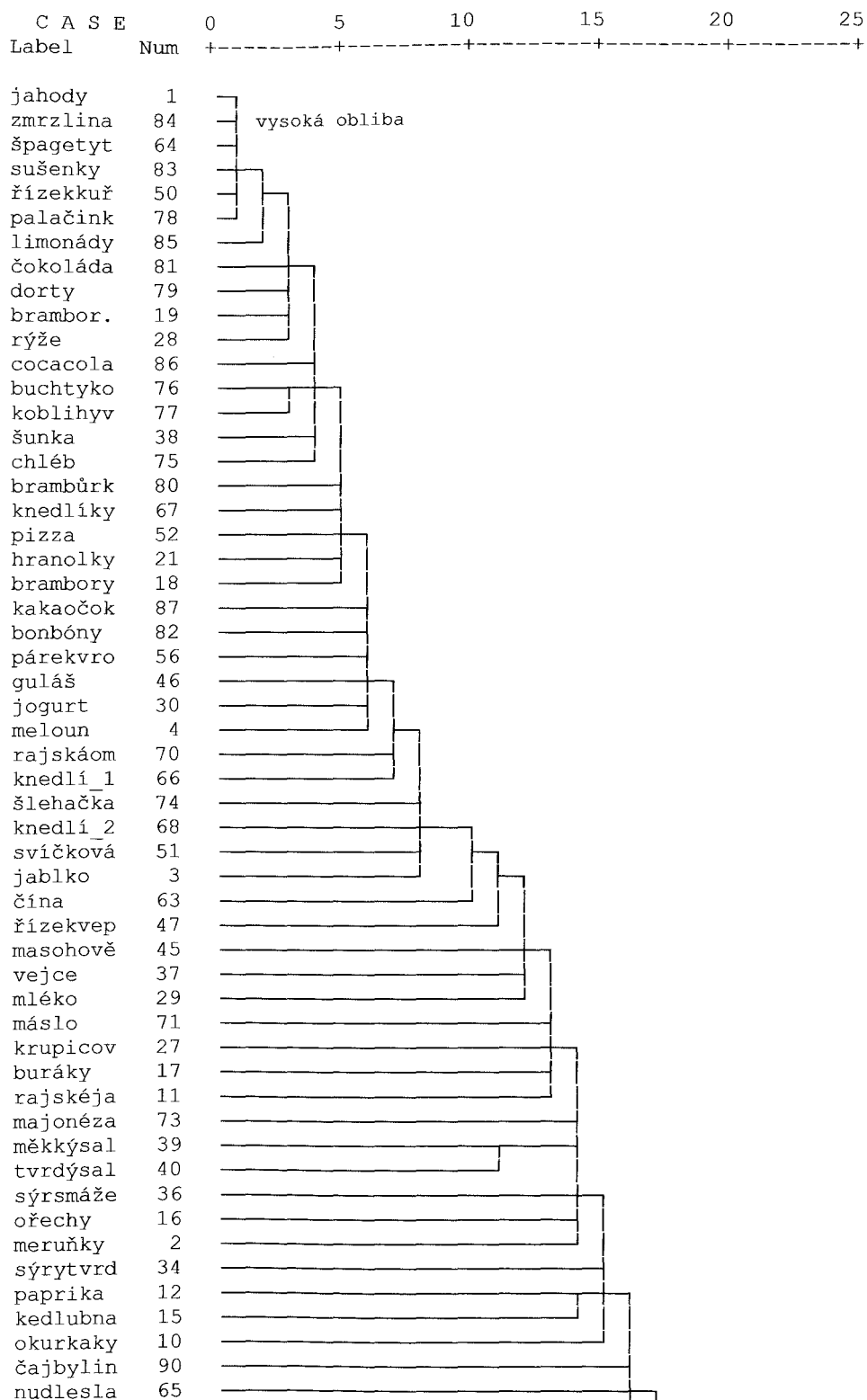
Tabulka 1-89: Čaj bylinkový

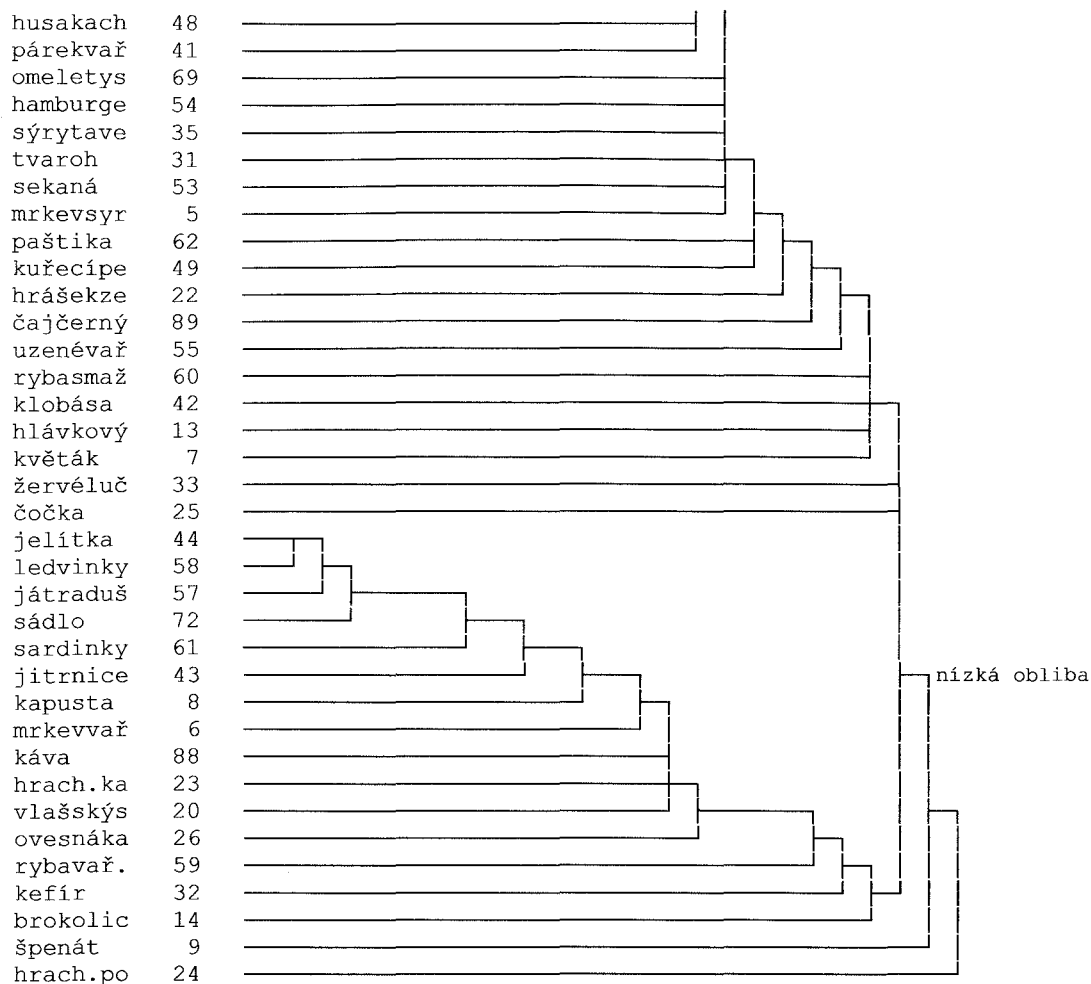
		Frekvence	Procenta	Procenta – škála
Platné hodnoty	výrazná preference	65	65,7	67,7
	bez výraznější obliby	16	16,2	16,7
	averze	15	15,2	15,6
	nezná	3	3,0	100
	Celkem	99	100,0	

Tabulka 1-90: Káva

		Frekvence	Procenta	Procenta – škála
Platné hodnoty	výrazná preference	19	19,2	20,9
	bez výraznější obliby	18	18,2	19,8
	averze	54	54,5	59,3
	nezná	8	8,1	
	Celkem			

Příloha 2: Dendrogram – grafické vyjádření spojování proměnných do skupin, v našem případě ukazuje na podobnost vysokých preferencí k položkám Dotazníku chuťových preferencí a averzí. Na vodorovné ose je vynesena vzdálenost slučovaných klastrů. Hodnoty platí pro celý soubor.





Zkratka	Název		
brambor.	brambor. kaše	nudlesla	nudleslané
brambory	bramboryvařené	okurkaky	okurkakys
brambůrk	brambůrkytyčky	omeletys	omeletysladké
brokolic	brokolice	ovesnáka	ovesnákaše
buchtyko	buchtykoláče	palačink	palačinky lívance
čajbylin	čajbylinkový	párekvař	párekvař. opeč
čajčerný	čajčerný zelený	párekvro	párekvrohlíku
hamburge	hamburger	rajskáom	rajskáomáčka
hlávkový	hlávkový salát	rajskéja	rajskéjablko
hrach. ka	hrach. kaše	rybasmaž	rybasmaž. file
hrach. po	hrach. polévka	rybavař.	rybavař. přír
hrášek ze	hrášek zelený	řízekkuř	řízekkuřecí
husakach	husakachna	řízekvep	řízekvepřový
játraduš	játradušená	svíčková	svíčková nasmetaně
kakaočok	kakaočokopití	sýrsmáže	sýrsmážený
knedlí_1	knedlíky houskové	sýrytave	sýrytavené
knedlí_2	knedlíky ovocné	sýrytverd	sýrytverdé
knedlíky	knedlíky bramborové	špagetyt	špagetytěstoviny
koblihyv	koblihyvdolky	tvrdýsal	tvrdýsalám
krupicov	krupicová kaše	uzeně vař	uzeně vařené
kuřecí pe	kuřecí peč. duš	vlašský s	vlašský salát
ledvinky	ledvinky dušené	žervéluč	žervélučina
limonády	limonády sladk		
majonéza	majonéza tatarka		
masohově	masohovězí		
měkkýsal	měkkýsalám		
mrkev syr	mrkev syrová		
mrkev vař	mrkev vařená		

Příloha 3.1 Dotazník chuťových preferencí a averzí (Fraňková, 1997)

Jméno dítěte:

- + - mám rád (a)
 +/- - je mi to jedno, sním to, ale nemusím mít
 - - nejím, nemám rád(a)
 0 - neznám, nikdy nejedl(a)

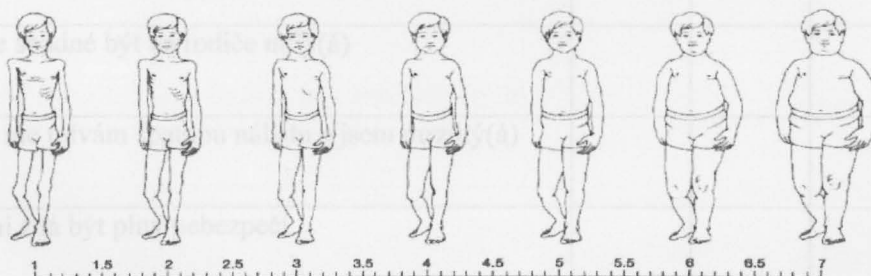
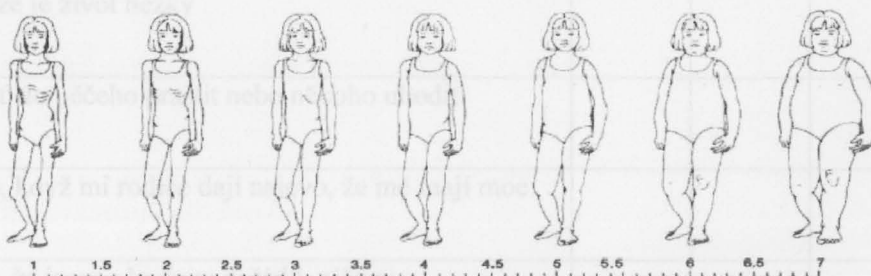
potravina/jídlo	+	+/-	-	0	potravina/jídlo	+	+/-	-	0	potravina/jídlo	+	+/-	-	0
1 jahody					36 sýr smažák					71 máslo				
2 meruňky					37 vejce					72 sádlo				
3 jablko					38 šunka					73 majonéz, tatark				
4 meloun					39 měkký salám					74 šlehačka				
5 mrkev syrová					40 tvrdý salám					75 chléb				
6 mrkev vařená					41 párek, vař., opeč					76 buchty, koláče				
7 květák					42 klobása					77 koblihy, vdolky				
8 kapusta					43 jitrnice					78 palač., lívance				
9 špenát					44 jelítka					79 dorty				
10 okurka kys					45 maso hovězí					80 brambůrky, tyč				
11 rajské jablko					46 guláš					81 čokoláda				
12 paprika					47 řízek vepř.					82 bonbony				
13 hlávkový sal					48 husa, kachna					83 sušenky				
14 brokolice					49 kuřecí peč., duš.					84 zmlina				
15 kedlubna					50 řízek kuř.					85 limonády, sladk				
16 ořechy					51 svíčková na sm.					86 coca-cola				
17 buráky					52 pizza					87 kakao, čoko pití				
18 bram vařené					53 sekaná					88 káva				
19 bram kaše					54 hamburger					89 čaj černý, zel.				
20 vlašský salát					55 uzené vařené					90 čaj bylinkový				
21 hranolky					56 párek v rohlíku									
22 hrášek zelený					57 játra duš.									
23 hrach kaše					58 ledvinky duš.									
24 hrach polév					59 ryba vař., přír.									
25 čočky					60 ryba smaž., file									
26 oves kaše					61 sardinky									
27 krupic kaše					62 paštika									
28 rýže					63 čína									
29 mléko					64 špagety, těst.									
30 jogurt					65 nudle slané									
31 tvaroh					66 knedlíky housk									
32 kefir					67 knedl bram									
33 žervé, lučina					68 knedl ovoce									
34 sýry tvrdé					69 omelety sladké									
35 sýry tavené					70 rajská omáčka									

Příloha 3.2 Škála siluet (Collinsonová, 1991)

Popis metody viz Kapitola 3, Empirická část, respondentkám byly položeny následující otázky:

- Který obrázek je ti nejvíce podobný? (dítěti je předložena škála dívek)
- Který obrázek ukazuje, jak by jsi chtěla vypadat? (dívka vybírá ze stejné škály jako v bodě 1);
- Atraktivní dívčí figura pro opačné pohlaví: Který obrázek si myslíš, že ukazuje dívku, která by se nejvíce líbila chlapcům? (dítě vybírá ze stejné škály jako v bodě 1);
- Atraktivní chlapecká figura: Který obrázek si myslíš, že ukazuje chlapce, který by se nejvíce líbil dívkám? (škála figur opačného pohlaví)

Škála figur:



Příloha 3.3 PAQ Rohnerovy rodinné diagnostiky (Vágnerová, Matějček, 1992)

Jméno:

Třída:

PLATÍ O MNĚ

	téměř vždy, určitě ano	někdy, spíše ano	málo- kdy, spíše ne	téměř nikdy, určitě ne
1 Myslím na to, jak udělat nějakou lumpárnu				
2 Když jsem nemocný(á), jsem rád(á), když mě někdo polituje				
3 Jsem na sebe opatrný(á), aby se mi nic nestalo				
4 Myslím si, že dokážu udělat to, co chci stejně dobře jako každý jiný(jiná)				
5 Dělá mi těžkosti projevít ostatním lidem, co cítím				
6 Jsem nešťastný(á), nebo mě navzteká, když se mi něco nedaří				
7 Myslím si, že je život hezký				
8 Mívám chuť do něčeho praštit nebo někoho uhodit				
9 Jsem rád(á), když mi rodiče dají najevo, že mě mají moc rádi				
10 Myslím si, že jsem a budu napořád k ničemu				
11 Mám pocit, že nedokážu udělat něco dobře				
12 Je pro mne snadné být na rodiče milý(á)				
13 Pro nic za nic mívám špatnou náladu a jsem mrzutý(á)				
14 Život se mi zdá být plný nebezpečí				
15 Dovedu se tak navztekát, že něco vyhodím nebo rozbiju				

PLATÍ O MNĚ

	téměř vždy, určitě ano	někdy, spíše ano	málo- kdy, spíše ne	téměř nikdy, určitě ne
16 Když se dostanu do těžkostí, vyřeším si své problémy nejraději sám(a)				
17 Když se setkám s někým, koho neznám, mívám dojem, že je lepší než já				
18 To, co chci, si dokážu sám(a) docela dobře vybojovat				
19 Mám pocit, že si těžko hledám kamarády a nedovedu si je dobře udržet				
20 Vyvede mě z míry, když se mi něco nedaří				
21 Myslím si, že je na světě dobře a hezky				
22 Dovedu si dělat legraci z lidí, kteří provádějí hlouposti				
23 Jsem rád(a), když se mi někdo milý hodně věnuje				
24 Myslím si, že jsem docela správný chlapec (děvče) a že by si to o mě mohli ostatní také myslet				
25 Myslím si, že jsem „budižkničemu“ a že za nic nestojím				
26 Nedělá mi těžkosti ukázat naší rodině, že je mám rád(a)				
27 Jednou jsem veselý(á) a šťastný(á), pak zase smutný(á) a nešťastný(á). Střídají se u mě takovéhle krajní nálady.				
28 Pro mě je svět nepěkný a smutný				
29 Mračím se a všelijak se šklebím, když mám vztek				

PLATÍ O MNĚ

	téměř vždy, určitě ano	někdy, spíše ano	málo- kdy, spíše ne	téměř nikdy, určitě ne
30 Jsem rád(a), že když mám s něčím potíže, někdo mě přijde povzbudit				
31 Jsem se sebou docela spokojený(á)				
32 Mám pocit, že spoustu věcí, které se snažím dělat, nedokážu				
33 Dělá mi těžkosti, když se někomu, koho mám rád(a), snažím ukázat, co opravdu cítím				
34 Nemám ve zvyku se rozčilovat nebo být otrávený(á)				
35 Svět je pro mne nebezpečný				
36 Dělá mi těžkosti kontrolovat se, těžko ovládám své nálady				
37 Dělá mi dobře, když jsem nemocný(á), nebo mě něco bolí a rodiče jsou z toho celí pryč				
38 Bývám sám(sama) ze sebe nešťastný(á)				
39 Myslívám si, že v tom, co dělám, jsem fakticky dobrý(á)				
40 Dovedu svým kamarádům (kamarádkám) dát najevo, že je mám doopravdy rád(a)				
41 Lehko mě vyvede z míry, když narazím na nějaké těžké problémy				
42 Život je pro mě dobrá věc				

Pozn. Námi sledovaná subškála Negativní sebeocenění zahrnuje položky číslo 3,10,17,24,31,38, subškála Negativní sebeocenění schopností – položky 4,11,18,25,32,39. Závislost: 2,9,16,23,30,37.

Příloha 3.4 Dotazník pro rodiče (Fraňková, 1997)

Vážení rodiče,

v rámci výzkumných úkolů katedry psychologie Filozofické fakulty University Karlovy sledujeme vývoj osobnosti dítěte. Velký význam přikládáme jeho výživě, životu v rodině i v sociálním prostředí (např. ve škole). V současné době jsou již menší školáci vystaveni velkým rizikům, např. návykovým látkám (drogám, nikotinu), avšak velkým problémem jsou i poruchy výživy, jež mohou narušit fyzický a psychický vývoj a ohrozit i život dítěte či dospívajícího. Včasná prevence by mohla tyto děti a mladé lidi zachránit. K tomu je třeba poznat příznaky a možné příčiny, které často unikají pozornosti rodičů a učitelů. To znamená, že chceme poznat faktory, které se podílejí na utváření osobnosti dítěte včetně jeho postojů k jídlu, jídelního chování, zvyklosti v rámci života rodiny a školy.

Obracíme se na Vás s prosbou o vyplnění následujícího dotazníku. Jsme si vědomi toho, že je velmi obsáhlý a obsahuje řadu položek, o kterých budete muset přemýšlet. Avšak domníváme se, že Vám může dát příležitost k tomu, abyste se hlouběji zamysleli nad Vaším dítětem, jeho povahou, zájmy, zvyklostmi, vztahem k jídlu doma i mimo domov (ve školní jídelně, restauraci a jinde). Možná, že si ujasníte, co o Vašem dítěti víte, co jste nepovažovali za důležité, v čem by se mělo změnit Vaše výchovné působení a výživa dítěte nebo i celé rodiny.

Dotazník jsme upravili tak, aby Vám nedal zbytečně mnoho práce a aby nebylo nutno podrobně vypisovat Vaše názory, ale pokud to půjde, jen podtrhnout slova (položky), které se týkají dítěte. Dotazník je samozřejmě důvěrný, nikde nebude uvedeno jméno ani Vaše, ani dítěte.

Spolupráce s Vámi pomůže nejen naší výzkumné práci, ale bude podkladem pro výchovná a výživová doporučení a tvorbu programů k prevenci pozdějších poruch výživy.

Za výzkumný kolektiv

Mgr. Petra Chudobová

..

Jméno dítěte:

Datum vyplnění:

- Datum narození dítěte: Věk: **Současná váha/výška:**
- Musí dítě dodržovat nějakou dietu? ANO NE (pokud ano jakou):

- Myslíme, že dítě má ¹: normální váhu – mělo by přibrat – zhubnout

MATKA: Věk: Současná váha/výška: Ideální váha:

- Dodržuje nějakou dietu? ANO NE (pokud ano jakou, prosím popište):

- Vzdělání matky ²²: základní odborné nebo vyučení bez maturity – odborné s maturitou- středoškolské s maturitou- vysokoškolské

OTEC: Věk: Současná váha/výška: Ideální váha:

- Dodržuje nějakou dietu? ANO NE (pokud ano jakou, prosím popište):

- Vzdělání otce ¹: základní odborné nebo vyučení bez maturity – odborné s maturitou- středoškolské s maturitou- vysokoškolské

- Dítě žije ve společné domácnosti s matkou i otcem – dítě žije s matkou – dítě žije s otcem – ve společné domácnosti druh/družka – další příbuzní

ŽIVOT RODINY – „jak jíme“ – můžete potrhout i více možností

- Dáváme přednost – tradiční česká kuchyně - podle vlastního receptáře – vegetariánská – veganská – makrobiotická – jižní (italská, řecká) – od všeho něco – „máme rádi Čínu“ – jiná-popište:

- Společně jí rodina jen vyjímečně – společně občas (o víkendech, svátcích) – obvykle jí jen matka společně s dítětem- dítě jí obvykle společně se sourozenci – rodina obědvá nebo večere často společně - jiné poznatky:

- Obvyklý čas večere (doplňte):

- Dítě jí stejnou skladbu jídla (např. večere) jako oba rodiče – stejnou jako otec- stejnou jako matka- stejnou jako sourozenci (rodiče jedí jinou skladbu jídla)

- Pitný režim: dáváme přednost – voda a minerální vody – slazené nápoje – ovocné šťávy a džusy- čaje černé, ovocné, zelené, bylinkové

- Kupujeme light výrobky – ano vždy, vše se snažíme „odhlehčit“ – kupujeme často- vyjímečně- nevyhledáváme, nekupujeme

- Často kupujeme hotová teplá jídla (Čína, pizza)– polévky v sáčku, polotovary

- Chodíme rádi do restaurace i s dítětem: pokud ano, jak často za měsíc:

- Chodíme rádi do cukrárny s dítětem: pokud ano, jak často za měsíc:

- Chodíme rádi do fast food restaurací : pokud ano, jak často za měsíc:

DÍTĚ A JÍDLO

- Dítě má ve zvyku jíst převážně: pomalu-loudavě- „stourá“ se v jídle-hraje si s jídlem- snaží se jíst postupně po složkách (např. nejdřív maso, pak omáčka, pak knedlíky)- vysloveně zlobí s jídlem- jí podle toho, co má rádo-jí podle nálady – odbíhá často od jídla – má rádo nová jídla – má nedůvěru vůči novým neznámým pokrmům – jí bezproblémově – obvykle s chutí- obvykle s výbornou chutí- spíše překotně – často přerušuje jídlo pitím – má období, kdy mu nechutná – delší dobu trpí nechutenstvím- k jídlu musíme nutit- nechce jíst snídaně-jí více, než potřebuje- nejraději má snídaně-obědy-večere-stejněměrně všechno- o jeho jídelních zvyklostech moc nevíme-jiné poznatky:

- Dítě pomáhá(alespoň občas): s nákupem potravin ANO NE –s přípravou jídla ANO NE – s prostríráním ANO NE – s mytím nádobí ANO NE – zajímá se o to, z čeho se skládá jídlo ANO NE

²² prosím pozorně přečtěte celý text, poté podtrhněte, s čím souhlasíte, doplňte prosím další údaje dle uvážení

DÍTĚ, ŠKOLA A JÍDLO VE ŠKOLE (POKUD NAVŠTĚVUJE ŠKOLNÍ JÍDELNU):

Rádo chodí do školy – nerado chodí do školy – jak kdy, někdy ano, někdy ne – má rádo spolužáky – má svého kamaráda (kamarádku) – má více kamarádů ve škole – kamarády má spíše mimo školu – rádo si hraje s dětmi – kontakt s dětmi podle nálady – podle zdravotního stavu – raději se straní dětí – nemá rádo větší počet dětí – má rádo učitele (učitelky) – má rádo jen některé – učitelé jsou pro něj autoritou – bojí se učitelů – často doma vypráví o škole – o škole nemluví (nebo jen málokdy) – o jeho vztahu ke škole nevíme – o jeho vztahu ke spolužákům nevíme – jiné poznámky:

Má rádo jídlo ve školní jídelně – nemá rádo – jak kdy, něco ano, něco ne – o jídle ve školní jídelně nemluví – kritizuje chování spolužáků ve školní jídelně – nerado chodí do školní jídelny – ke školnímu stravování nemá vyhraněný vztah – chuť k jídlu záleží na chování jiných dětí – spolužáci mu mohou zkazit chuť k jídlu – rádo převážně všechno – ve škole mu velice chutná – učitelka (kuchařka) nutí dítě jíst to, co nemá rádo – o jeho vztahu k jídlu ve škole nevíme – dítě si přikupuje nápoje (limonádu Coca-cola – mléko – kávu) – kupuje si samo svačiny – kupuje si samo obědy a školní jídelnu navštěvuje jen zřídka – vůbec ne – jí častěji doma – jí pravidelně doma – naše další poznatky:

AKTIVNÍ ZÁLIBY DÍTĚTE: (podtrhněte všechno, co se týká Vašeho dítěte):

Rádo čte knížky pro děti – obliba: pohádek – dobrodružných příběhů – knih o zvířatech – o přírodě – rádo čte všechno – nerado čte – rádo naslouchá hovorům dospělých – zajímá se o zájmy rodičů – poslech rozhlasu – poslech televize (programy pro děti a mládež – pro dospělé) – obliba televizních (nebo rozhlasových) reklam – kino – hraní stolních her – „vyrábění“ nějakých věcí – pletení – háčkování – šití na panenky – hry s panenkami – pomoc otci nebo matce s „kutilstvím“ (opravy domácích přístrojů, žárovek, auta, motorky aj.) – vaření – zahradničení – modelování (letadla, auta, lodě aj.) – procházky s dospělými – pohybové hry venku s dětmi – pohybové hry venku s dospělými – pobyt na horách (horské túry podle možnosti dítěte) – pobyt v lese – táboření – cestování u nás – do zahraničí – houbaření – sběr lesních plodin – plavání - míčové hry (kopaná – košíková – vybíjená a jiné míčové hry) – tenis – bruslení – lyžování – jízda na saních - na kole – na koni – tanec- balet – gymnastika (rytmika) – cvičení v Sokole nebo v jiné sportovní organizaci – Skauting – poslech hudby – hra na nějaký hudební nástroj – zpěv – kreslení – modelování (práce s hlínou, plastelinou, keramika) – přednášení básniček – hraní divadla – živá zvířata (vlastní chov doma) – návštěvy zoologických zahrad – má rádo návštěvy hradů, zámků, kulturních památek – divadel (i loutkových) – učení se cizí řeči – jiné záliby:

DÍTĚ A POHYB

Naše dítě bychom podle jeho pohybové aktivity popsali takto (i více možností): nemá rádo pohyb – pohyblivost je závislá na aktuálním zdravotním stavu – je klidné – někdy je apatické, až zasmušilé – dává přednost hrám a zábavám bez velké tělesné námahy – občas je aktivní, občas pasivní – podle nálady – podle přání dospělých – samo vybízí dospělé k pohybové aktivitě, pohybovým hrám – nemá rádo, musí-li přerušit hru – je normálně aktivní – je čilé, převážně aktivní – je mimořádně aktivní – „šijí s ním čerti“ – je velice temperamentní – chvíli neposedí – je hyperaktivní (pouze podle vyjádření lékaře!) – je pohybově nadané – jiná charakteristika:

CO BYSTE ŘEKLI O JEHO POVAZE: Je hodně citlivé – citově vyrovnané – citově spíše chladné – povídavé – uzavřené – přemýšlivé – snadno navazuje kontakty s dětmi – dospělými – stydlivé – nerado mluví v přítomnosti dospělých – rychle si zvyká na nové prostředí – má potíže s přivyknáním na nové prostředí – na neznámé lidi – jiné vlastnosti:

Abstrakt

Ve studii jsme se zaměřili na stravovací zvyklosti, jídelní preference a averze, body image a sebehodnocení, tedy na faktory, které ve své patologické formě patří k významným rizikovým faktorům poruch příjmu potravy a jsou považovány za klíčové komponenty primární prevence. Z analýzy rozhovorů a dotazníkových metod u souboru dívek mladšího a středního školního věku (N=101) vyplynulo, že dívky vstupují do 1. tříd s relativně upevněným systémem postojů k jídlu. Ke změnám dochází ve středním školním věku, kdy se rozšiřuje spektrum zkušeností s jídly, původně vysoká obliba některých potravin a nápojů se snižuje a dochází k nárůstu averzí. Výraznější patologické jídelní chování se v námi sledovaném souboru nepotvrdilo, zaznamenali jsme pouze některé trendy, které mohou v jídelní problémy v pozdějším věku vyústit. V oblasti body image se objevila preference štíhlosti, která se však s věkem snižovala a posouvala se k realističtějším rozměrům. V souboru dívek středního školního věku jsme zjistili negativní sebeocenění a sebehodnocení schopností. V závěru práce jsme podali některé náměty pro prevenci jídelních poruch.

Klíčová slova: poruchy příjmu potravy, stravovací zvyklosti, nutriční preference, averze, body image, vývoj, primární prevence, mladší a střední školní věk.

Abstract

The aims of this study are dietary habits, eating preferences and aversions, body image and self-esteem, the factors which in its pathological form belong to one of the major risk factors and are considered as a key component of prevention of eating disorders in childhood. The analysis of interviews and questionnaire methods for the younger group of girls and middle school age girls (N = 101) showed that girls enter the 1st classes with relatively consistent system of eating preferences and aversions. The changes are in middle school age when the range of experience with meals extends, preferences are reduced and aversions to certain food and dishes are growing. Preferences of slimness appeared in the area of body image, though it declined with age and moved to a more realistic proportions. Pronounced pathological eating behavior was not confirmed in our reference file, we have seen only some trends that might result in the eating problems in later life. In a group of girls of middle school age, we found increased negative self-esteem and evaluation of own skills. At the end of the work we gave some suggestions for the prevention of eating disorders.

Key words: eating disorders, eating habits, eating preferences, aversions, body image, development, primary prevention, the younger and middle school age.