

PRIMÁRNÍ PREVENCE MENTÁLNÍ ANOREXIE U ŠKOLNÍCH DĚTÍ.**PREVENTIVNÍ PROGRAM: ZDRAVÝ ŽIVOTNÍ STYL****(PREVENCE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY)****PRIMARY PREVENTION OF MENTAL ANOREXIA AT SCHOOL CHILDREN.****EDUCATIONAL PROGRAMME HEALTHY LIFE STYLE****(EATING DISORDERS PREVENTION)**

*Naděžda Vrbatová, **Jana Borůvková

*Střední zdravotnická škola a Vyšší odborná škola zdravotnická
Havlíčkův Brod

**Vysoká škola polytechnická Jihlava

Abstrakt

Cíl: Cílem práce je posouzení proveditelnosti a zhodnocení efektivitu edukačního programu (program), který byl vytvořen k redukci rizikových faktorů pro vznik mentální anorexie (MA), resp. poruch příjmu potravy (PPP) u žáků základních škol (ZŠ).

Východiska: Východiskem práce byla zkušenost Harvardského centra pro PPP s preventivním programem, který patří mezi několik málo, které mají velký počet účastníků a dlouhodobý průběh.

Metody: Metody práce zahrnovaly použití standardizovaného dotazníku EAT-26, měření výšky a hmotnosti žáků a různé formy edukační práce. Výzkumný soubor tvořilo v průměru 400 žáků ve věku 11-14 let, z toho polovina z nich byla ve skupině experimentální a zbytek ve skupině kontrolní. Program probíhal ve skupině experimentální po dobu sedmi měsíců. Obě skupiny byly testovány a měřeny před zahájením programu a za osm měsíců po jeho ukončení.

Výsledky: Výsledky práce prokazují, že námi vytvořený program je proveditelný a bezpečný v užívání. Ukázalo se, že by mohl být účinný v prevenci snižování výskytu rizikových faktorů pro vznik

MA, resp. PPP. Efektivitu potvrzuje snížený počet žáků s vysokým skóre EAT-26 testu v experimentální skupině.

Závěr: Edukační program primární prevence PPP podpořil význam takovýchto programů pro praxi a poukázal na velké pole působení komunitního ošetřovatelství.

Abstract

Aim: The work's target is to assess practicability and to evaluate efficiency of an educational programme (programme), that was created to reduce risk factors for development of mental anorexia (MA), respectively eating disorders (ED) at children of elementary schools (ES).

Background: The work's starting point was experience of Harvard Center for Eating Disorders with the preventive programme, that belongs to one of a very few with a high number of participants and a long-term course.

Methods: The work methods included the use of a standardized questionnaire EAT-26, the measurement of height and weight of pupils, and various forms of educational work. The research group was formed on average of 400 pupils aged 11-14, a half of them was in an experimental group and the rest of them in a control group. The programme of the experimental group was running for seven months. Both of the groups were tested and measured before starting the programme and eight months after its completion.

Results: The work results prove practicability and safe using of the programme created by us. It showed possible efficiency in prevention of risk factors incidence for development of MA, respectively ED. Efficiency is proved by a reduced number of pupils with a high score of EAT-26 test in the experimental group.

Conclusion: The educational programme of eating disorder primary prevention supported the importance of such programmes for prac-

tice and pointed out that there is a large sphere of competence for community nursing.

Klíčová slova

mentální anorexie, poruchy příjmu potravy, edukační program, dotazník EAT-26, BMI, primární prevence mentální anorexie, terénní výzkum

Key words

mental anorexia, eating disorders, educational programme, EAT-26 questionnaire, mental anorexia primary prevention, field research

Úvod

Mentální anorexie (MA) je onemocnění, které patří do poruch příjmu potravy (PPP), a řadí se mezi psychiatrická onemocnění. Příčiny vzniku MA nejsou přesně známy, proto ani preventivní intervence nejsou spolehlivé.

Obecně lze shrnout, že všeobecné primární preventivní programy zahrnují tyto cíle: zvýšit vědomosti o škodlivých účincích držení diet a o dalších metodách na redukci hmotnosti, o dědičnosti hmotnosti, o změnách v pubertě a adolescenci, odradit od držení diet s úmyslem omezení kalorií, podpořit zdravé stravování a tělesnou aktivitu pro radost a kondici, rozvíjet schopnosti odolávat různým sociálním tlakům na jednotlivce, podpořit přijímání sebe sama a rozvinout pozitivní sebepojetí. (Carter, 1997, s.167-172)

Počet longitudinálních studií je zatím omezený. Novějším trendem v prevenci je ovlivnění nejen jedince, ale i rodinného a školního prostředí. (Chudobová, 2005, s.43)

V České republice jsou preventivní programy součástí vzdělávání (www.msmt.cz). V zásadách primární prevence ve školství však

nenalezneme metodiku prevence MA. Můžeme se jen domnívat, že se tohoto tématu pedagogové dotknou při nespecifické primární prevenci. Tato skutečnost však nemusí být zásadně špatná, neboť Gail a kol. (2002) upozornili na skutečnost, že strategie prevence PPP je stále diskutovaná a měla by se spíše uplatňovat víceúrovňová prevence, která by mohla být efektivnější než úzká prevence PPP. Lépe než varování před PPP v tomto směru pomáhají programy oslabující riziko diet a nevhodných jídelních postupů. (Zanovitová, Dubecká 2007, s.11)

Z toho důvodu se náš preventivní program nezaměřoval pouze na prevenci PPP, ale byl nazván „Zdravý životní styl“. Teprve v podtitulu se objevil dodatek „Prevence PPP“.

Výzkumné hypotézy a celý program jsme odvodili od skutečnosti, že naprostá většina onemocnění vzniká mezi 14. a 15. rokem a mezi 17. a 18. rokem (Koutek, 2000), proto byl preventivní program zařazen u žáků ve věku 11–14 let, aby se podařilo předejít potenciálním problémům.

Východiskem naší práce byla metodika, kterou vytvořilo Harvardské centrum pro PPP (Harvard Eating Disorders Center), s názvem „Full of Ourselves: Advancing Girl Power, Health and Leadership“ (volně přeloženo: Plné sebevědomí, rozvinutá dívčí síla, zdraví a vedení). (Steiner-Adair, 2002, s. 401–411)

Cíl práce

Cílem práce bylo vytvoření preventivního edukačního programu a jeho následného zhodnocení. Zajímala nás proveditelnost a efektivita, a stejně tak i opodstatněnost primární intervence u žáků ZŠ v Havlíčkově Brodě, kterou by se redukovaly rizikové faktory pro vznik MA.

Výzkumné otázky se týkaly výskytu rizikových faktorů pro vznik MA u našich žáků, stavu jejich výživy dle hodnot Body Mass In-

dexu (BMI), spokojenosti se svojí hmotností a posouzením jejich chování, které má vztah k redukci hmotnosti. Výzkumné hypotézy jsme rozdělili podle pohlaví (dívky, chlapci) a podle skupin (experimentální, kontrolní). Hypotézy jsme porovnávali před zahájením programu a po jeho ukončení. V našem sdělení se omezíme pouze na hypotézy z hlediska skupin.

H1: Předpokládáme, že v experimentální i kontrolní skupině je stejný nález ve skóre EAT-26 (počet žáků s vyšším skóre EAT-26 /EAT=>20/ je stejný v experimentální i kontrolní skupině).

H2: Předpokládáme, že v experimentální i kontrolní skupině je stejné rozložení hodnot BMI (není rozdíl mezi skupinami ve výskytu optimálního BMI, nízkého či vysokého BMI).

H3: Předpokládáme, že v experimentální i kontrolní skupině je spokojenost se svojí hmotností stejná.

H4: Předpokládáme, že v experimentální i kontrolní skupině je výskyt chování (patologického) zaměřeného na kontrolu své hmotnosti stejný.

Soubor a metodika

Výzkum probíhal téměř dva roky. Na počátku byli respondenti rozděleni do skupiny experimentální a kontrolní a to rovnoměrně podle věku a pohlaví. Při sestavování výzkumné metodiky jsme vycházeli z výzkumné metodiky použité na slovenské populaci adolescentů, neboť jsme předpokládali, že v sociokulturním kontextu jsou naše země podobné a srovnatelné. (Zanovitová, Žiaková 2009, s. 292)

I. Měření a dotazník před programem: Všem respondentům byly změřeny hmotnost a výška a byl podán k vyplnění test EAT-26. Dotazník

byl vyplňován na místě na ZŠ, aby byla zajištěna 100% návratnost. Garnerův Test jídelních postojů – Eating Attitude Test (EAT-26) obsahuje 26 položek a vypovídá o míře narušení jídelních postojů, jídelního chování a vztahu ke svému tělu. Kromě celkového skóre lze jídelní postoje hodnotit i v rámci dílčích škál. Skóre 20 bodů a více v testu EAT-26 jsme považovali za poruchu. EAT-26 má ještě dalších 5 položek, které se týkají výskytu chování, které se váže k restrikcí hmotnosti. (Garner et al., 1982, s. 871–878) V našem výzkumu jsme použili test bez úprav, se svolením autorů testu. Vyplňování dotazníků bylo anonymní. K měření výšky a hmotnosti jsme používali stejný typ lékařské váhy a měření probíhalo za stejných podmínek.

II. Edukační program: Po zpracování dotazníku EAT-26 nebyl ve skupinách respondentů zjištěn významný výskyt rizikových faktorů pro vznik MA a také subškály dotazníku (1. diety, 2. chorobná chuť k jídlu, jídelní předsudky, 3. ústní kontrola) nevykazovaly žádné nápadnosti. Obsah programu byl proto koncipován tak, aby postihl hlavní kapitoly zdravého životního stylu a také věnoval pozornost rizikovým a protektivním faktorům vzniku MA. Následně se program konal v experimentální skupině během jednoho školního roku (sedm měsíců) v rozsahu 15 vyučovacích hodin (á 45 min.). Program metodicky a obsahově zajišťovala zdravotnická škola Havlíčkův Brod, lektorkami jednotlivých témat byly studentky oboru Diplomovaná všeobecná sestra, které byly zaškolené pro zvolenou metodiku. ZŠ Havlíčkův Brod zprostředkovaly informovaný souhlas od rodičů žáků k výzkumu na škole v souvislosti s programem. ZŠ byly poučeny o celém projektu a jejich vyučující byli pozorovateli projektu.

III. Měření a dotazník po programu: Za 8 měsíců od ukončení programu bylo zopakováno měření a testování opět všech respondentů za stejných podmínek jako na počátku.

Soubor tvořilo na počátku celkem 428 žáků, na konci 425 žáků. Šlo o žáky 6. až 8. tříd ZŠ v Havlíčkově Brodě, ve věku 11–14 let. Na počátku byly výsledky zpracovány od 411 žáků, z toho bylo 206 (dívěk 50,12%) a 205 chlapců (49,88%). V experimentální skupině bylo 207 žáků (50,36%), v kontrolní skupině 204 žáci (49,64%).

Na konci byly výsledky zpracovány od 383 žáků, z toho bylo 198 dívek (51,70%) a 185 chlapců (48,30%). V experimentální skupině bylo 186 žáků (48,56%), v kontrolní skupině 197 žáků (51,44%). Tento výběr byl záměrný a postihl všechny žáky dané věkové kategorie v pěti ZŠ. Statistickými metodami byly v naší práci *t*-test a chí-kvadrát test. Pro porovnání středních hodnot BMI byl použit *t*-test, pro zjištění závislosti dvou kategoriálních znaků chí-kvadrát test o nezávislosti. Při testování hypotéz byl použit program STATISTICA 8 Standard CZ.

Výsledky

Pro posouzení efektivity programu zmíníme pouze výsledky z hlediska skupin.

1. Po ukončení programu nastalo v experimentální skupině zlepšení nálezu ve skóre EAT-26, kdežto v kontrolní skupině počet respondentů s vyšším skóre naopak vzrostl (viz tab.1).
Efektivita programu byla potvrzena, neboť v experimentální skupině došlo k poklesu počtu žáků, kteří mají narušené jídelní postoje a vztah ke svému tělu z původního výskytu 5,31% na 2,62%.
2. Náš program neměl vliv na rozložení hodnot BMI – v experimentální skupině nedošlo oproti skupině kontrolní ke snížení počtu žáků s velmi nízkým BMI nebo naopak velmi vysokým BMI. V obou skupinách se zvýšila průměrná hmotnost a podobně se rozložily i hodnoty BMI (viz tab.1).

3. Program také neměl vliv na spokojenost se svojí hmotností. Po skončení programu byla dokonce kontrolní skupina více spokojená se svojí hmotností než skupina experimentální. Jako pozitivní shledáváme to, že i v experimentální skupině došlo k mírnému nárůstu spokojenosti. Z toho soudíme, že program byl bezpečný (viz tab.1).
4. Náš program neměl vliv ani na výskyt patologického chování zaměřeného na kontrolu své hmotnosti. Za velmi důležitou skutečnost považujeme to, že v obou skupinách došlo k poklesu výskytu patologického chování (zvracení, nadužívání projímadel, diuretik, nadměrné cvičení), kterým by respondenti redukovali svojí hmotnost. I toto zjištění nás vede k úsudku, že program byl bezpečný (viz tab.1).

Tab.1 Tabulka pro proměnné kontrolní/experimentální skupina a skóre EAT-26, BMI, spokojenost s hmotností a patologické chování před zahájením programu a po ukončení programu

	Skupina kontrolní						Skupina experimentální					
	před			po			před			po		
1.	EAT-26 ≥ 20 (v%)						EAT-26 ≥ 20 (v%)					
	3,92			4,06			5,31			2,69		
2.	Průměr BMI						Průměr BMI					
	18,58			19,08			18,78			19,48		
	Kategorie BMI (v%)						Kategorie BMI (v%)					
	nízké	v normě	vysoké	nízké	v normě	vysoké	nízké	v normě	vysoké	nízké	v normě	vysoké
	43,14	36,76	20,10	28,43	47,72	23,86	40,58	37,68	21,74	27,42	45,16	27,42
3.	Spokojenost se svojí hmotností (v%)						Spokojenost se svojí hmotností (v%)					
	48,04			64,97			50,72			52,15		
4.	Chování s poruchou k redukci hmotnosti (v%)						Chování s poruchou k redukci hmotnosti (v%)					
	10,78			7,11			9,18			5,91		

Diskuze

Při hodnocení výsledků EAT-26 nebyl ve skupinách respondentů zjištěn významný výskyt rizikových faktorů pro vznik MA. V našem vzorku mělo vysoké skóre EAT-26 v experimentální skupině 5,31% respondentů a v kontrolní skupině dokonce jen 3,92% respondentů. Krch, Czémy, Drábková (2003, s. 415-422) referují o výsledcích dotazníkového šetření v náhodně vybraných ZŠ a víceletých gymnáziích v Praze a v Českých Budějovicích v České republice, které bylo zaměřeno na identifikaci nevhodných jídelních postojů a posouzení vlivu faktorů, které mohou mít vliv na PPP. Výsledky jejich studie prokázaly, že už ve starším školním věku jsou, zejména u děvčat, rizikové dietní postoje velmi výrazné. V EAT-26 mělo 13,8% děvčat rizikové skóre.

Nález Krcha a kol. koresponduje s výzkumem, který byl realizovaný na některých ZŠ na Slovensku, kde dosáhlo rizikového skóre až 13% respondentů. (Zanovitová, 2005, s.540)

V České republice jsme nenašli žádný preventivní program, který by působil proti vzniku MA/PPP a nemůžeme tak porovnávat výsledky. Náš program byl úspěšný v tom, že pozitivně ovlivnil narušené jídelní postoje a vztah ke svému tělu. Neměl vliv na rozložení hodnot BMI, ani na spokojenost se svojí hmotností a na výskyt patologického chování zaměřeného na kontrolu své hmotnosti. Harvardské studie se zúčastnilo 499 dívek ve věku 12-14 let, z toho jich studii dokončilo 411. Studie trvala 6 měsíců. Závěrem autoři konstatují, že ač existují jako důsledek jejich programu některé ukazatele pozitivních vlivů, musí své výsledky interpretovat opatrně. Objem rozdílů mezi účastnicemi a kontrolní skupinou byl velmi malý. Jejich výsledkem byly změny ve vědomostech a v úctě ke svému tělu. Nedošlo však ke změně chování, které souvisí se stravováním.

Na rozdíl od harvardského programu byl náš určen i chlapcům a byl přizpůsoben jinému cíli, jinému školskému systému, jiným

kulturním a společenským normám v České republice a možnostem žáků ZŠ v Havlíčkově Brodě. Rozdíly mezi skupinami jsou velice malé. Je to dáno zejména tím, že program byl záměrně realizován ve věkové kategorii, ve které se ještě statisticky významně nevykazují známky rozvoje MA/PPP. Jeho cílem bylo preventivní působení. Chlapce jsme z programu nevyjímali záměrně, a to zejména proto, aby jako budoucí partneři či rodiče dívek a žen byli seznámeni s danou problematikou. MA není ovšem výsadou jen dívek. MA v chlapecké populaci díky své vzácnosti a příznakové mnohotvárnosti může být diferenciálně diagnostickým problémem. Anamnestické údaje jsou velmi nespolehlivé zvláště v případech, kdy pacient svůj patologický záměr extrémního hubnutí tají. Mimo nízké BMI může být jediným nápadným nálezem významná bradykardie, která mnohdy uniká pozornosti i při pravidelných lékařských kontrolách, zejména v případech, kdy jsou chlapci dobře trénovaní. (Pastucha, 2009, s.194)

Realizace preventivního programu je velmi náročná, neboť s sebou přináší požadavky na časové zařazení programu do běžné školní výuky, a některé ZŠ tím přicházely o hodinové dotace, které byly určeny jiným předmětům. Školy mají tu zkušenost, že takovýto typ aktivity by po skončení povinné výuky nebyl prakticky realizovatelný. Jako klad však v této organizaci práce spatřujeme přímou formální kontrolu nad programem. Harvardská studie konstatuje, že nedostatek kontroly míry dodržování programu vedoucími pracovníky způsobilo neschopnost určit, kterým aspektům programu bylo každé sezení věnováno.

Závěr

Program je proveditelný a bezpečný v užívání. Na základě výsledků EAT-26 můžeme konstatovat, že prokázal efektivitu. Ověřili jsme si, že byl u našich žáků opodstatněný. Bylo by jistě zajímavé porovnávat výsledky zejména těch respondentů, u kterých

bylo před programem zjištěno vysoké skóre EAT-26. Nejsme však klinickým pracovištěm a z důvodu ochrany dat respondentů jsme takto nepostupovali. Velmi přínosné by jistě bylo následné měření a testování stejných žáků za 2-3 roky a déle. Tím by se průkazně posoudila efektivita našeho programu. Prakticky je to však zřejmě nemožné, neboť žáci, kteří prošli programem, budou již mimo ZŠ a jejich spolupráce jako „externistů“ by byla problematická. Náš výzkum prokázal, že komunitní ošetřovatelství má veliké možnosti v prevenci. Ověřili jsme si, že přiměřené intervence nejen zaujmou, ale že způsobí i pozitivní změnu.

Seznam bibliografických odkazů

- CARTER, J. C. et al. 1997. Primary Prevention of Eating Disorders: Might it Do More Harm than Good? *International Journal of Eating Disorders*. 1997, vol. 22, no. 2, p. 167-172. ISSN 0276-3478.
- GAIL, L. McVEY, G. L. et al. 2002. Risk and Protective Factors Associated With Disordered Eating During Early Adolescence. *Journal of Early Adolescence*. 2002, vol. 22, no. 1, p. 75-95. ISSN 0272-4316.
- GARNER, D. M. et al. 1982. The Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*. 1982, vol. 12, no. 12, p. 871-878. ISSN 0033-2917.
- CHUDOBOVÁ, P. 2005. Primární prevence poruch příjmu potravy: Přehled a srovnání vybraných českých a zahraničních programů. *Česká a slovenská psychiatrie*. 2005, roč. 101, supplementum 1/2005, s. 43. ISSN 1212-0383.
- KOUTEK, J. 2000. Poruchy příjmu potravy. In HORT, V. et al. 2000. Dětská a adolescentní psychiatrie. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. s. 263-283. ISBN 80-7178-472-9.
- KRCH, F. D., CZÉMY, L., DRÁBKOVÁ, H. 2003. Rizikové jídelní chování a postoje českých adolescentů. In: *Česká a Slovenská Psychiatrie*. 2003, vol. 99, no. 8, p. 415-422. ISSN 1212-0383.

PASTUCHA, D. et al. 2009. Bradyarytmie jako důsledek mentální anorexie sportovce. *Pediatric pro praxi*. 2009, roč. 10, č. 3, s. 193-195. ISSN 1213-0494.

STEINER-ADAIR, C. et al. 2002. Primary Prevention of Risk Factors for Eating Disorders in Adolescent Girls: Learning From Practice. *International Journal of Eating Disorders*. 2002, vol. 32, no. 4, p. 401-411. ISSN 0276-3478.

Strategie prevence sociálně patologických jevů u dětí. [online]. Poslední revize 12/2008 [cit. 2009-02-23]. Dostupný z WWW: <<http://www.msmt.cz/socialni-programy/strategie-prevence-social-ne-patologickych-jevu-u-deti->>.

ZANOVITOVÁ, M. 2005. Rizikové faktory vzniku mentální anorexie u dospívajících. In ČÁP, J. et al. (eds.). *Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovateľstve*. Martin: Univerzita Komenského Bratislava, Jesseniova lekárska fakulta Martin, 2005. s. 535-544. ISBN 80-88866-32-4.

ZANOVITOVÁ, M., DUBECKÁ, M. 2007. Detekcia rizikových faktorov vzniku mentálnej anorexie v primárnej prevencii. *Profese*. 2007, roč. 2, č. 1, s. 8-11. ISSN 1803-4330.

ZANOVITOVÁ, M., ŽIAKOVÁ, K. 2009. Hodnotenie BMI vo vzťahu k rizikovým faktorom vzniku mentálnej anorexie. ČÁP, J., ŽIAKOVÁ, K. (eds.). *Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovateľstve a pôrodnej asistencii*. Martin: Univerzita Komenského Bratislava, Jesseniova lekárska fakulta Martin, 2005 s. 290-300. ISBN 978-80-88866-61-9.

Kontakt na hlavního autora:

Mgr. Naděžda Vrbatová

Střední zdravotnická škola a Vyšší odborná škola zdravotnická
Havlíčkův Brod

Masarykova 2033

CZ-580 02 HAVLÍČKŮV BROD

nvrbatova@zdravskolhb.cz