Pedagogická fakulta
Faculty of Education

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
University of South Bohemia in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Pedagogická fakulta

Katedra výchovy ke zdraví

Diplomová práce

Povědomí studentů Jihočeské univerzity o poruchách příjmu potravy

Vypracovala: Bc. Petra Pekárková
Vedoucí práce: Mgr. Petra Zimmelová, Ph.D.

České Budějovice 2016

Pedagogická fakulta
Faculty of Education

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
University of South Bohemia in České Budějovice

University of South Bohemia in České Budějovice

Faculty of Education

Department of Health Education

Diploma thesis

University of South Bohemia students' awareness about eating disorders

Author: Bc. Petra Pekárková
Supervisor: Mgr. Petra Zimmelová, Ph.D.

České Budějovice 2016

Bibliografická identifikace

Jméno a příjmení autora: Bc. Petra Pekárková

Název diplomové práce: Povědomí studentů Jihočeské univerzity o poruchách příjmu potravy

Pracoviště: Katedra výchovy ke zdraví, Pedagogická fakulta, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Vedoucí diplomové práce: Mgr. Petra Zimmelová, Ph.D.

Rok obhajoby diplomové práce: 2016

Abstrakt

Diplomová práce se zaměřuje na znalosti poruch příjmu potravy u studentů Jihočeské univerzity. Teoretická část definuje jednotlivé poruchy příjmu potravy a příčiny související s touto problematikou. Na konci literárního přehledu této diplomové práce jsou uvedeny možné způsoby léčby těchto poruch.

Praktická část diplomové práce se prostřednictvím výzkumu zaměřuje na povědomí a znalosti studentů o poruchách příjmu potravy a orthorexie nerovosy. Výzkum je založený na dotazníkovém šetření, kterého se zúčastnili respondenti z vybraných fakult Jihočeské univerzity. Výsledná data výzkumu byla statisticky zpracována.

Klíčová slova: poruchy příjmu potravy, mentální anorexie, mentální bulimie, orthorexia nervosa, bigorexie, drunkorexie, záchvatovité přejídání

Bibliography identification

Name and Surname of author: Bc. Petra Pekárková

Title of Diploma thesis: University of South Bohemia students' awareness about eating disorders¨

Department: Health Education, College of education, South Bohemia University in České Budějovice

Supervisor: Mgr. Petra Zimmelová, Ph.D.

The year of presentation: 2016

Abstract

The thesis focuses on knowledge of eating disorders by students of University of South Bohemia. The theoretical part defines particular types of eating disorders and the causes related with this problems. There are possible treatment methods for eating disorders mentioned at the end of this part.

The practical part deals with students' awareness of eating disorders. It focuses on students' knowledge of eating disorders and orthorexia nerovosa. The research is based on questionnaire construction. The students of selected faculties of University of South Bohemia were the respondents. The results of the research were statistically processed.

Keywords: eating disorders, anorexia nervosa, bulimia, orthorexia nervosa nervosa, bigorexia, drunkorexia, compulsive overeating

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b. zákona č. 111/ 1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona (č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 30. 4. 2016

.....

Podpis studenta

Poděkování:

Děkuji paní Mgr. Petře Zimmelové, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady a ochotu při vypracování diplomové práce. Dále bych chtěla poděkovat panu Bohuslavu Slípkovi za pomoc při statistickém zpracování výsledků.

OBSAH

1 ÚVOD 9

2 ROZBOR LITERATURY 11

2.1 CHARAKTERISTIKA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY 11

2.2 PŘÍČINY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY 13

2.2.1 Individuální faktory 13

2.2.2 Rodinné a genetické faktory 15

2.2.3 Sociokulturní faktory 16

2.3 DĚLENÍ PORUCH PŘÍJMU POTRAVY 17

2.3.1 Anorexie nervosa 18

2.3.2 Bulimie nervosa 20

2.3.3 Záchvatovité přejídání 21

2.3.4 Orthorexia nervosa 22

2.3.5 Bigorexie 24

2.3.6 Drunkorexie 25

2.4 LÉČBA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY 27

2.4.1 Hospitalizace 27

2.4.2 Částečná hospitalizace a denní stacionáře 28

2.4.3 Ambulantní lékařská péče 28

2.4.4 Svépomoc a psychoedukace 29

2.4.5 Rodinná terapie 29

2.4.6 Kognitivně-behaviorální terapie 30

2.4.7 Interpersonální terapie 31

2.4.8 Psychoanalytická terapie 31

2.4.9 Farmakoterapie 31

2.4.10 Nutriční terapie 32

2.4.11 Terapie orientovaná na tělo 32
2.4.12 Skupinová psychoterapie 33
3 PRAKTICKÁ ČÁST 34
3.1 CÍL PRÁCE 34
3.2 ÚKOLY PRÁCE 34
3.3 VÝZKUMNÉ PŘEDPOKLADY A HYPOTÉZY 34
4 METODIKA 35
4.1 VYUŽITÍ METOD 35
4.2 PRŮBĚH VÝZKUMU 35
4.3 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU 36
5 VÝSLEDKY 37
5.1 STATISTICKÉ TESTOVÁNÍ HYPOTÉZ 53
6 DISKUZE 56
7 ZÁVĚR 61
8 PŘEHLED INFORMAČNÍCH ZDROJŮ 62
9 PŘÍLOHY 69
9.1 DOTAZNÍK 69

1 ÚVOD

V současné době v naší populaci dochází k nárůstu poruch příjmu potravy. Vážnost tohoto tématu je poměrně vysoká a stává se postupně celosvětovým problémem. Poruchy příjmu potravy jsou velmi závažné onemocnění a není jim věnována příliš velká pozornost. V našich podmínkách dochází k výskytu poruch příjmu potravy již v útlém věku. Téměř všude jsme obklopeni médii, které pomocí časopisů, billboardů atd. se snaží celé populaci ukázat, jak štíhlost je pro náš osobní život velmi důležitá. Není divu, že osmileté holčičky již přemýšlejí o své stravě, o tom, jak vypadají, a v těchto letech zkouší různé diety, které ovlivňují jejich pozdější vývoj. Tomuto tématu je důležité v současné době věnovat velkou pozornost a snažit se zabránit tomu, aby se u mladších generací tyto poruchy rozvinuly.

Teoretická část diplomové práce je rozdělena do čtyř kapitol, přičemž první kapitola charakterizuje poruchy příjmu potravy, osvětluje, na co tyto poruchy mají vliv, v jakém věku se nejčastěji vyskytují atd. Další kapitola se zabývá příčinami poruch příjmu potravy, které lze rozdělit na individuální faktory, mezi něž patří vývojové, osobnostní determinanty a negativní body image. Rodinné a genetické faktory se zabývají různými traumaty z dětství, alkoholismem rodičů nebo poruchou příjmu potravy některého z rodičů. Sociokulturní faktory zahrnují vliv médií a reklam, které nás do určité míry ovlivňují. V současné době existuje několik druhů poruch příjmu potravy, kterými se zabývá třetí kapitola. Mezi nimi se vyskytují i méně známé poruchy. Nejznámějšími jsou anorexie nervosa a bulimie nervosa. Mezi méně známé se řadí záchvatovité přejídání, orthorexie nervosa, bigorexie a drunkorexie. Některé z nich nemají stanovená diagnostická kritéria a neustále se spekuluje o jejich skutečném a přesném významu. V poslední kapitole se tato práce zabývá léčbou poruch příjmu potravy. Pokud pacienta ovládlo dané onemocnění natolik, že není schopen normálně fungovat ve společnosti, musí být často i proti své vůli hospitalizován. Jinými formami léčby jsou částečná hospitalizace, ambulantní lékařská péče, svépomoc a psychoedukace, rodinná terapie, kognitivně-behaviorální terapie, interpersonální terapie, psychoanalytická terapie a farmakoterapie.

Praktická část této práce se zabývá samotným výzkumem. Hlavním cílem bylo zjistit, jak se liší úroveň znalostí o poruchách příjmu potravy u studentů vybraných fakult Jihočeské univerzity prostřednictvím dotazníkového šetření.

2 ROZBOR LITERATURY

2.1 CHARAKTERISTIKA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Příjem potravy je důležitou a nezbytnou součástí našeho života. Všichni musíme přijímat potravu, aby naše tělo dostalo výživu, kterou potřebuje ke správnému fungování. Přesto se u stále většího počtu zejména mladých lidí objevuje výskyt poruch příjmu potravy. Většina odborníků se shoduje na tom, že o poruchách příjmu potravy hovoříme až tehdy, když jsou nějakým způsobem oslabené stravovací vzorce a když tyto poruchy mají podstatný vliv na fyzické a psychické zdraví člověka (Middleton, Smith, 2013).

První případy poruch příjmu potravy a jejich léčbu na interním a neurologickém oddělení v české odborné literatuře popsali Vratislav Jonáš (1941) a Otakar Janota (1946). Pacienti v dnešní době se od pacientů z minulosti odlišují intenzivnějším a déle trvajícím strachem z tloušťky nebo odmítáním stravy ve snaze zhubnout tak, aby se co nejvíce přiblížili dnešnímu ideálu krásy (Papežová, 2012).

Tyto poruchy postihují především mladé dospívající ženy ve věku 18-21 let. Tento věk je často spojován se stresujícími událostmi života, jednou z nich je například náročné studium na vysoké škole (Kelly-Weeder, Edwards, 2011, [online]).

Z hlediska lékařského i ekonomického představují tyto poruchy jedny z nejzávažnějších psychických poruch. Většina z nich vzniká v období dospívání, kdy mezi hlavní příčiny patří nízké sebevědomí jedince. Klíčovým mezníkem pro tvorbu sebehodnocení je období pubescence, kdy se jedinec začíná spoléhat sám na sebe, zatímco dříve si utvářel představu o sobě na základě názorů druhých lidí. V pubertě se na bázi abstraktního myšlení ptá sám sebe, kdo vlastně je, začíná být k sobě kritický a představuje si, kým by mohl být, a mnohdy utíká ke zcela nereálným fantaziím. Pro pubescenta je velice podstatná skupina vrstevníků, která dává jeho nejisté identitě určitou oporu. V následujícím období adolescence se vytváří úplná podoba identity jedince (Chudobová, Franková, 2005).

Poruchy příjmu potravy jsou závažná duševní onemocnění, která zahrnují změny jak v oblasti psychické, tak somatické. Jedná se o nemoc posledního půlstoletí, kterou někteří autoři pokládají za civilizační chorobu (Koutek, 2011).

Toto onemocnění je způsobeno úbytkem hmotnosti v důsledku podvýživy obvykle v nepřítomnosti dalších chorob. U adolescentů ženského pohlaví začínají po prvním výskytu menstruace, kdy je růst téměř dokončen a jedinec dosahuje konečné výšky. U pacientek trpících poruchami příjmu potravy, které nedosáhly puberty, ale objevila se jim již menstruace, může dojít ke zpoždění pubertálního vývoje a zakrnění růstu (Swenne, 2013, [online]).

Bylo prokázáno, že poruchy příjmu potravy mají hluboký vliv v mnoha oblastech života, v neposlední řadě sem patří oblasti, jako jsou například práce, mezilidské vztahy, sociální role a fungování v běžných životních situacích. Rozhodně tedy ovlivňují samotnou kvalitu lidského života (Bamford, Sly, 2010, [online]).

Lidem s poruchami příjmu potravy chybí zdravé a efektivní zvládání dovedností. Z různých důvodů mají tendenci vyhýbat se zaměstnání. (Lample, 2009, [online]).

Poruchy příjmu potravy jsou nemoc a takto nemocný člověk má nad svým životem špatnou kontrolu. Nedokáže řešit svůj problém, protože myšlenky na tělo a jídlo tvoří v jeho hlavě náhradní program. Ten, kdo dokáže správně zvládat stres, si bude vážit sám sebe a odmítne hloupé diety a neopodstatněnou sebekritiku. Životní štěstí se na centimetry a kilogramy totiž přepočítat nedá (Zapletalová, 2013).

Stavy definované abnormálními stravovacími návyky, které mohou zahrnovat jednak nedostatečný, nebo naopak nadměrný příjem potravy, chování zaměřené na řízení hmotnosti, které může vyústit ve výrazné snížení fyzického zdraví nebo anomální psychosociální fungování postiženého jedince (Bencko, Tryfos, 2015).

Je tedy zřejmé, že poruchy příjmu potravy spadají mezi nejzávažnější psychická onemocnění mladých lidí a že léčba je velmi složitá a dlouhá. Dochází velmi často k jejímu přerušení, což má opět vážné následky. Zaznamenána byla dokonce vysoká úmrtnost. (Sládková, Vybíral, 2008, [online]).

2.2 PŘÍČINY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Middleton a Smith (2013) ve své publikaci uvádějí, že v souvislosti s poruchami příjmu potravy se spekulovalo o mnohých rizikových faktorech. Patří sem například problémy s váhou již v dětství, deprese, stres, zneužívání, šikana, problémy s nízkým sebehodnocením, traumatické zážitky (Middleton, Smith, 2013).

2.2.1 Individuální faktory

Obsahují mnoho činitelů, které by mohly vést k rozvoji poruch příjmu potravy. Někteří činitelé vycházejí z osobnosti člověka, jiní zahrnují osobní zkušenost, která se tvoří v rámci prostředí, ve kterém se jedinec vyskytuje.

Zanovitová (2005) uvádí ve svém článku psychologické a biologické faktory samostatně. Novák (2010) tyto faktory ve své publikaci zahrnul pod individuální faktory.

Vývojové determinanty

Oproti minulým generacím se obavy o tělesnou váhu vyskytují v mnohem nižším věku. Až 40 % dívek ve věku 9 – 10 let se snaží zhubnout a dochází u nich k přejímání dominantních kulturních názorů ohledně přijatelného a nepřijatelného tvaru těla. Předškolní děti mívají negativní postoj k obézním lidem a preferují štíhlost. Někteří autoři se shodují na tom, že mentální anorexie je výrazem strachu z dospělosti a je výsledkem obav z psychických a fyziologických změn v pubertě. Pacientky s mentální anorexií se často izolují od společnosti ještě před propuknutím této poruchy, která vznikne, jakmile postižení jedinci čelí změnám a novým požadavkům, kterým se nejsou schopni přizpůsobit.

Existuje mnoho dokladů o tom, že bouřlivé prožívání fyziologických zvratů v období puberty a adolescence je hlavním faktorem při rozvoji poruch příjmu potravy. Výsledkem těchto zvratů se snahou překonat strach z nedostatečné kontroly nad svou váhou je podstupování diet a cvičení.

Adolescenti jsou ohroženi mediálně propagovaným ideálem štíhlosti, protože se nacházejí ve stadiu, kdy shromažďují informace z vnějšího okolí a utvářejí si svou identitu.

S rozvojem poruch příjmu potravy se občas spojují zkušenosti, které zahrnují traumata, posměch a zneužití. Někteří autoři naznačují, že mezi bulimií a sexuálním zneužitím existuje souvislost.

Vliv vrstevníků přispívá ke vzniku poruch příjmu potravy. Dívky ve věku adolescence přijímají určité postoje a chování, jako je například důraz na štíhlost a dietní chování, od svých vrstevníků na základě povzbuzování nebo výsměchu, které pramení z nedodržení vrstevnických norem. Některé důkazy nasvědčují tomu, že větší vliv na poruchy příjmu potravy než média mají vrstevníci a rodina.

Osobnostní determinanty

Negativní emocionalita nevede k poruchám příjmu potravy, i přesto jsou negativní nálada a zátěž často uváděným jevem předcházejícím poruchám příjmu potravy. Obrazy štíhlých žen v médiích jsou u postižených jedinců spojovány s pocity deprese a zlosti nebo tělesné nespokojenosti. Vysoká úroveň negativní emocionality je u dívek v adolescentním věku příčinou snahy přizpůsobit se ideálu štíhlosti. U některých dívek propukají poruchy příjmu potravy na základě narušeného sebevědomí, sebeorganizace, seberegulace, jako ztráta kontroly nad sebou. Svou pozornost zaměřují pouze na váhu, jídlo a postavu.

Nízká sebeúcta je jedním z hlavních faktorů, které ovlivňují dietní chování, a léčbu poruch příjmu potravy. Lidé s nízkou sebeúctou nesou kritiku vlastní osoby velmi těžce, vykazují častější kolísání nálady a nerovnovážné vnímání. Velmi je ovlivňují názory, jak je vidí druzí. Ženy, kterým chybí pocit sebeúcty, se přestávají vnímat jako subjekt s vlastními přáními, pocity a právy. Poměr žen a mužů trpících poruchami příjmu potravy (10:1) souvisí se skutečností, že ženy mají mnohem nižší sebeúctu než muži.

Poruchy příjmu potravy patrně souvisí se ztrátou sociální sebejistoty a úzkostností vlastní osoby ve společnosti. Postižení jedinci se velmi soustředí na to,

co se od nich očekává a jak je druzí hodnotí. Velkou pozornost věnují hlavně tomu, jak jejich vzhled a chování oceňují a hodnotí druzí.

Negativní body image

Body image je velmi obsáhlý pojem, který zahrnuje jak fyziologické, tak psychologické a sociální složky. Jedná se o postoj ke svému tělu, jeho tvaru, velikosti, jak jedinec své tělo vnímá, co si o něm myslí a co k němu cítí.

Ženy s negativním body image oproti ženám s pozitivním body image si pozorněji všímají reklam, ve kterých vystupují přitažlivé štíhlé ženy. Poruchy body image jsou dnes poměrně běžné v subklinické a normální oblasti, rozhodně nejsou pouze omezené na pacientky s poruchami příjmu potravy.

2.2.2 Rodinné a genetické faktory

Rodinní příslušníci často chválí štíhlost jedinců, kteří trpí poruchami příjmu potravy a závidí jim jejich disciplínu a sebekontrolu. Tato zdánlivá opora přetrvává až do té doby, dokud není jedinec extrémně pohublý (Novák, 2010).

Rodičovské postoje ovlivňují spokojenost s vlastním tělem a zájem o hmotnost především u dívek. Většina pacientů popisuje začátek poruch příjmu potravy na základě různých rodinných situací, například narážky na nadváhu, sexuální nebo jiné konflikty, problémy v rodině, tělesný vzhled, odloučení od rodiny apod. (Zanovitová, 2005).

Zvýšené riziko poruch příjmu potravy způsobuje nedostatečná komunikace, chybějící rodičovská péče, sexuální a fyzické zneužívání, nízké očekávání rodičů, malá otevřenost při diskutování členů rodiny, absence rodičovské kontroly a láskyplného vztahu k dítěti, nízká uspořádanost a nezávislost.

V rodinné anamnéze pacientek s poruchami příjmu potravy se častěji objevovala sociální izolace, alkoholismus, deprese a emoční poruchy. Velká část rodičů nemocných jedinců trpěla neurotickými problémy a nezralými emočními vztahy.

Rodiče pacientek s poruchami příjmu potravy mívají velký zájem o svůj vzhled, fitness, krásu a diety. Mají často náročné požadavky, jsou perfekcionističtí,

hyperkritičtí, žárliví, velmi necitliví, závislí na svém okolí a stažení do sebe. Jejich názory jsou velmi zvláštní, domnívají se, že jejich dcery by měly zhubnout, srovnávají je s ostatními dívkami a říkají o nich, že jsou velmi neatraktivní. Matky dívek s poruchami příjmu potravy samy jimi trpí a jsou nespokojené s fungováním rodiny.

Matky trpící poruchami příjmu potravy mají sklony negativně ovlivňovat chování svých dětí tím, že jim nedávají pravidelnou stravu a hlídají množství jejich stravy. Otcové pacientek s poruchami příjmu potravy často flámují a dopouštějí se zneužívání dětí, jsou přísní a autoritativní (Novák, 2010).

Na vzniku anorexie se z 50-90 % podílí genetika a u bulimie z 35-83 %. U lidí, kteří jsou geneticky zranitelnější, může určitá rodinná dispozice záležet na některých povahových rysech, jako jsou například citlivost vůči stresu a úzkostnost. Na poruchách příjmu potravy se mohou podílet určité vzorce chování nebo skladba těla. Onemocnění často spouští stres v důsledku velkého zklamání nebo úmrtí blízkého člověka. Největším rizikem bývá, když je tímto onemocněním postiženo několik generací ženského pohlaví (Papežová, 2012).

2.2.3 Sociokulturní faktory

V současné době je štíhlost spojována se zdravím, mládím, úspěšností, nezávislostí apod. Problém je v kultuře, která se neustále mění a oslavuje vyhublou štíhlost a nadměrnou sebekontrolu. Na propagaci a výrobě ideálu krásy se výrazně podílejí média. Módní ideály nepřímo působí na adolescenty, kteří vidí v tělesné hmotnosti cestu ke kráse a úspěchu. Rozhlašují názor, že štíhlost je nejdůležitějším činitelem fyzické přitažlivosti. Soudobé ideální proporce a hmotnost ženského těla jsou pro spoustu žen zdravotně ohrožující a biologicky nedosažitelné (Zanovitová, 2005).

Tělesná hmotnost a stud jsou pro spoustu lidí stresující. Těchto slabin využívají odborníci v oblasti fitness, vzdělání, zdraví, marketingu, ale i v jiných oborech, které používají techniky na podporu zdravého jídelního chování. Tyto techniky ovlivňují celou společnost, především děti ve školách. Mnoho seriálů, školních vzdělávacích programů, billboardů a reklam zhoršuje postoj k jídelnímu chování v důsledku neprofesionálních a často neetických postojů (Papežová, 2012).

2.3 DĚLENÍ PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Mezinárodní klasifikace nemocí i Diagnostický a statistický manuál americké psychiatrické asociace uvádí, že existují dvě hlavní poruchy příjmu potravy:

a) anorexie nervosa;
b) bulimie nervosa (Krch, 2005).

V současné době existují další méně známé poruchy příjmu potravy. Některé nemají přesně stanovené definice a diagnostická kritéria, protože jejich historie je velmi krátká, ale ve své podobě jsou stejně nebezpečné jako mentální anorexie a bulimie. Patří sem:

a) záchvatovité přejídání,
b) orthorexie,
c) bigorexie,
d) drunkorexie (Idealni.cz, 2014, [online]).

2.3.1 Anorexie nervosa

Zprávy o narušeném příjmu potravy jsou známé od starověku. Již Galén v antické době a později Hippokrates ji označili názvem anorexia nervosa, což znamenalo neurotické odmítání potravy (Farmakoterapeutické informace, 2007).

Tuto chorobu nejlépe popsal anglický lékař Richard Morton. Ve světové literatuře je tento muž uváděn jako „první portrétista mentální anorexie“ (Papežová, 2010).

Existuje množství dalších popisů a názvů, ale vždy se jedná o radikální vyhubnutí s hyperaktivitou bez somatické příčiny. Mentální anorexie je jedna diagnostická jednotka ze spektra poruch příjmu potravy, které se objevují od raného dětství až do dospělosti. Je charakterizovaná záměrným snižováním váhy, které si pacient způsobuje sám. Největší výskyt je ve skupině adolescentů a mladých dospělých od 15 do 21 let. Od konce 20. století se začátek onemocnění stále více posouvá do mladších věkových skupin 12-14 let a nejsou výjimkou ani 8leté holčičky.

Pacienti mají změněný postoj k jídlu a k nezbytnosti výživy, radují se z váhového úbytku s přáním být extrémně štíhlí, jsou bez náhledu na nepřiměřenost své nízké hmotnosti s patologickým strachem ze ztloustnutí. Jejich vnímání těla je narušené, mají pocit velkého pozadí, břicha a tlustých stehen. Často berou projímadla a vyvolávají si zvracení, různým způsobem manipulují s jídlem. Typická je hyperaktivita, kterou doprovází extrémní cvičení a naprosté popření nemoci (Farmakoterapeutické informace, 2007).

Lidé trpící mentální anorexií mají silnou potřebu udržovat si váhový úbytek a ignorují všechny varovné signály, kterými se tělo snaží upozornit na nemožnost dlouhodobého fungování při tak velmi nízké hmotnosti. Nemocní jsou často přesvědčeni, že váhový úbytek je jediné řešení, aby si nepřipadali tlustí, i když realita je taková, že mají nebezpečnou podváhu. Většinou se tito lidé uchýlí k přehnanému cvičení nebo zvracení, aby shodili co nejvíce, což může vyústit v riziko vážných tělesných problémů (Middleton, Smith, 2013).

Papežová (2012) uvádí, že pro jedince trpícího mentální anorexií je velmi těžké udržet si zdravou váhu. Nárůst hmotnosti je pro nemocného jedince spojený s děsivými

představami. Zhruba polovina nemocných snižuje váhu omezením příjmu potravy a nadměrným cvičením. Druhá polovina se snaží snížit váhu zvracením, odvodňujícími a projímavými prášky a různými dietními přípravky (Papežová, 2012).

Nemoc je doprovázena podvýživou různé intenzity, minimálně ovšem ztrátou tělesné hmotnosti větší než 25 % s následujícími sekundárními metabolickými a endokrinními změnami bez přítomnosti somatické poruchy. U pacientek se objevuje nepravidelná menstruace, snížená srdeční frekvence, občasné epizody bulimie, vypadávají jim vlasy, mají suchou kůži a kazí se jim chrup (Farmakoterapeutické informace, 2007).

V průběhu 20. století došlo k malému zvýšení výskytu tohoto onemocnění. Vrcholný věk pro nástup této poruchy je v období dospívání. Mentální anorexie průměrně trvá šest let. Až u 20 % pacientů se z této poruchy vyvinula těžká chronická forma onemocnění, kdy dochází k depresím, úzkosti, obsedantně kompulzivní poruše a poruše osobnosti (Arkell, Robinson, 2008, [online]).

Diagnostická kritéria pro mentální anorexii (MKN 10: F50)

- Tělesná váha je pacientem udržována minimálně 15 % pod předpokládanou váhou nebo Queteletův index (BMI, Body Mass Index) je 17,5 a méně.
- Pacienti si svou váhu snižují sami vyprovokovaným zvracením, užíváním diuretik, laxativ, anorektik, dietami a excesivním cvičením.
- Pacienti pociťují strach z obezity i při přetrvávající výrazné podváze, mají zkreslené vnímání vlastního těla a ovládají je vtíravé myšlenky na udržení podváhy.
- U mužů dochází ke ztrátě sexuálního zájmu, u žen dochází ke ztrátě menstruačního cyklu.
- Pokud se anorexia nervosa rozvine před pubertou, zpozdí se nebo zastaví další vývoj. Když se pacient uzdraví, dojde k dokončení puberty (Gajdáčová, 2015, [online]).

2.3.2 Bulimie nervosa

Koncem 70. let 20. století se objevily nové zprávy o poruše příjmu potravy, kdy jejím hlavním faktorem bylo opakované nekontrolovatelné přejídání. U těchto lidí vše naznačovalo tomu, že trpí anorexií, ovšem až na to, že si dokázali udržet normální hmotnost. Tato porucha byla označena jako syndrom dietního chaosu nebo také bulimiarexia. Poté se začalo používat označení bulimia a bulimia nervosa, které se nakonec ustálilo (Cooper, 2014).

Mentální bulimie vzniká často po onemocnění mentální anorexií. Společným rysem těchto dvou onemocnění je touha po nezdravé štíhlosti. Pro bulimii jsou příznačné záchvaty přejídání obrovským množstvím potravy ve velmi krátkém čase. Toto přejídání poté střídá epizoda zvracení a hladovění. Pacienti s bulimií si často zachovají svoji váhu nebo mají mírnou nadváhu, proto je jednoduché bulimii tajit před svým okolím mnoho let. Situaci vždy zhoršuje, když jedinec začne zneužívat léky nebo návykové látky (Papežová, 2012).

Mentální anorexii a bulimii spojuje strach z tloušťky a velká pozornost věnovaná svému vzhledu a tělesné hmotnosti. Postižení jedinci stále sledují, kolik váží, jak vypadají a neustále se snaží zhubnout nebo alespoň nepřibrat. Bulimičky začnou po nějaké době jíst více než dříve, aniž by chtěly. Poté u nich nastává pocit zklamání, hledají způsob k nápravě a sáhnou po další dietě. Ty, které jsou hodně odhodlané zhubnout, zkouší nejrůznější drastické metody, jako jsou projímadla a vynucené zvracení. Zvracení, hladovky, projímadla zvyšují riziko přejedení a na delší dobu zhoršují problémy bulimiček (Krch, 2003).

Před záchvatem přejídání se často u bulimiček objevují pocity smutku, úzkostné stavy, depresivní ladění, pocity samoty a prázdnoty. Po záchvatu pacienty pronásledují pocity viny z nezvládnutí situace, často následují pokusy o sebevraždu (Němečková, 2011).

Diagnostická kritéria pro mentální bulimii (MKN 10: F50.2)

- Pacienti se neustále zabývají jídlem, mají neodolatelnou touhu po jídle se záchvaty přejídání.

- Snaží se zbavit kalorií z jídla, které zkonzumovali následujícími způsoby: zneužíváním laxativ, vyprovokovaným zvracením, hladovkami, anorektiky, diuretiky.
- Psychopatologie spočívá hlavně v chorobném strachu z tloušťky, pacient si dává za cíl nižší hmotnost, než jaká je pro něho optimální a zdravá. Záchvaty spočívají v konzumaci obrovského množství potravy ve velmi krátkém čase (Gajdáčová, 2015, [online]).

2.3.3 Záchvatovité přejídání

Pro tuto poruchu jsou typické záchvaty přejídání, kdy jedinec během velmi krátké doby sní poměrně větší množství jídla, než je obvyklé pro většinu lidí ve stejných podmínkách. Hlavním rysem je pocit ztráty kontroly nad jídlem, jedinec má problém přestat jíst, kontrolovat, co jí a kolik čeho sní. První okamžiky přejídání bývají pro jedince příjemné, ale tento pocit je brzy nahrazen pocitem znechucení a studu (Papežová, 2012).

U postižených jedinců se záchvaty objevují několikrát do týdne, často při nich jedí vysoce kalorické jídlo, které si kdysi zakázali. Proto je u těchto lidí často následkem obezita a nadváha a velmi krutě zápasí s emočními důsledky své hmotnosti. Mnoho z nich o sobě řekne, že nesnáší své tělo nebo sebe, a jejich stravování je součástí této opakující se bolestné epizody nenávisti (Middleton, Smith, 2013).

Lidé trpící záchvatovitým přejídáním mohou být velmi neklidní, když touží po jídle, mohou ukrást a sníst jídlo ostatním nebo jíst vyhozené zbytky. Sami toto své chování považují za ostudné a nechutné až degradující.

Nárůst záchvatovitého přejídání byl vyobrazen především s epidemickým nárůstem obezity a s ním spojeným nezdravým a jídelním dietním chováním (Papežová, 2012).

Diagnostická kritéria pro záchvatovité přejídání (F50.4)

- Přejídání může být způsobeno reakcí na stres nebo událost, např. sexuální trauma, uplatnění, ztráta blízké osoby atd.

- Následkem událostí, které zatěžují psychickou stránku člověka, vede záchvatovité přejídání k poruchám stravovacího chování a nárůstu tělesné váhy.
- Ke snížení sebehodnocení, úzkostným stavům, sociální izolaci, poruchám nálady může postupně vést následná obezita.
- Zaměření na různá dietní opatření může vést do začarovaného kruhu výrazného kolísání váhy, depresivních poruch a afektivní lability (Gajdáčová, 2015, [online]).

2.3.4 Orthorexie nervosa

Jako první tento termín použil americký lékař Steven Bratman roku 1997 v článku nazvaném Health Food Junkie v periodiku Yoga Journal. Termín orthorexia je odvozen od řeckého slova „orthos“, což v překladu znamená „pravý“ nebo „správný“ a od slova „orexia“, které označuje chuť (Bratman, 2014 [online]).

Lidé, kteří trpí orthorexií nervosou, se vyhýbají potravinám, které obsahují pesticidy nebo geneticky modifikované přísady, nezdravým tučným jídlům, které mají mnoho soli nebo příliš mnoho cukru a další komponenty. Způsob přípravy, např. způsob řezání ovoce, a materiály, které jsou např. pouze ze dřeva, jsou součástí rituálů tohoto onemocnění (Brytek-Matera, 2012, [online]).

Orthorexie nervosa je charakterizována jako fixace na zdravé jídlo a posedlost správnou výživou. Tento styl stravování může být považován za psychickou poruchu, může u ní docházet k přísnému režimu diety, sociální izolaci atd. Pacienti trpící orthorexií tráví nadměrné množství času, a to více než tři hodiny denně přemýšlením o jídle a hledáním, jak nejzdravěji potraviny připravit (Brytek-Matera, Donini, Krupa, et al., 2015, [online]).

Toto chování může způsobit pocit bezpečnosti, pohodlí, nadřazenosti a pohrdáním jinými, kteří nepřijmou standardy této zdravé výživy. Nicméně lidé, kteří trpí orthorexií, mohou zažívat pocit samoty, nespokojenosti související se sociální izolací, která je způsobena konkrétním stravovacím chováním. Přání pacientů být

zdravý na základě stravování pouze zdravými potravinami, může dokonce předčit i to, že je důležité získat potěšení z jídla (Alvarenga, Martins, Sato, et al., 2012, [online]).

Patologická posedlost zdravým stravováním ovlivňuje pacienty natolik, že vybírají pouze potraviny, které splňují „zdravá kritéria“. Zaměřují se spíše na kvalitativní aspekt své výživy než na kvantitativní, který se objevuje v případě mentální anorexie a bulimie. Naopak společnou charakteristikou těchto poruch může být vrozená dispozice k perfekcionismu. Kromě prvotní motivace „být zdravý“ mohou k orthorexii vést i jiné příčiny, které můžeme označit za patologické, např. únik před strachem, nutkavá touha mít vše pod přísnou kontrolou, zvýšení vlastního sebevědomí a sebeúcty, touha po štíhlosti, hledání určité spirituality a duchova prostřednictvím výživy a využívání jídla k utváření vlastní identity. K orthorexii nervose můžeme zařadit také lidi, kteří vyznávají alternativní výživové směry, mezi něž patří veganství, makrobiotika, výživa podle krevních skupin, zastánci biopotravin nebo odpůrci uměle hnojených a geneticky upravovaných potravin.

Sklony k orthorexii mohou mít i lidé s profesí modelky, herečky, zpěvačky, sportovce, ale také lidé, kteří jsou pod tlakem trendu propagujícího mládí, fyzicky dokonalý vzhled a uchylují se ke změně svých výživových zvyklostí a omezují určitý druh potraviny (Martykánová, Piskáčková, 2010).

Navrhovaná diagnostická kritéria orthorexie nervosy:

- Pacient neustále kontroluje své stravovací návyky a věří, že jimi podporuje své zdraví. Jeho dietní postupy mohou zahrnovat koncentrované doplňky stravy. Za jeden z aspektů zdraví považuje cvičení.
- Pokud pacient poruší pravidla stravování, které si sám určí, doprovází ho úzkost, negativní pocity a přehnaný strach z nemoci.
- Omezení stravovacích návyků se může v průběhu nějaké doby neustále stupňovat, může dojít až k odstranění celých skupin potravin. Pacient zapojuje postupně častější detoxikaci organismu.
- Přísná dieta vede ke ztrátě hmotnosti, podvýživě a dalším lékařským komplikacím.

- Pozitivní body image a pocit vlastní hodnoty je u těchto pacientů závislý na dodržování zdravé stravy, kterou si sami předem určili jako zdravou.

Pro stanovení diagnózy je potřeba znát ještě několik aspektů. Patří mezi ně důraz na výběr potravin, plánování, nákup, příprava a spotřeba potravin. Potraviny jsou pro pacienty pouze zdrojem energie a nepřináší jim potěšení z jídla. Věří, že pokud budou jíst pouze zdravé potraviny, mohou zabránit nemocím, které ovlivňují každodenní pohodu. U pacientů navzdory důkazům podvýživy přetrvává přesvědčení, že jejich dietní postupy podporují zdraví (Bratman, Dunn, 2015).

Stejně jako u ostatních psychických poruch je léčba orthorexie složitá. V první řadě je důležité zjistit příčinu tohoto onemocnění a překonat základní problém. Pokud se toto povede, může orthorexie úplně vymizet. Pokud orthoretik se svými problémy nic nedělá, tak se méně vážná orthorexie vyvine v závažnou anorexii a pacient se může dostat až na hranici života a smrti (Potužníková, 2013, [online]).

2.3.5 Bigorexie

Bigorexie neboli muskulární dysmorfie je nově vznikající onemocnění, které postihuje především kulturisty. Již dlouhou dobu je známo, že ženy trpí úzkostmi, které souvisejí s jejich tvarem postavy a hmotností. U těchto žen po určité době dochází k vážné poruše stravování, až se z toho mnohdy vyvine mentální anorexie. Ve srovnání s anorexií je velmi malá pozornost věnována mužům s poruchami příjmu potravy.

Popularita kulturistiky roste a důkazy naznačují, že stále větší počet mladých mužů je nespokojeno se svým vzhledem. Vyloženě se zaměřují na vnímání svého těla a snaží se často dosáhnout nedosažitelné postavy. Jedinci jsou postiženi tím, že jsou nedostatečně svalnatí.

Postižený jedinec se vzdává sociálních, profesních, rekreačních aktivit kvůli nutkavé potřebě zachovat své cvičení a dietní plán. Vyhýbá se situacím, při nichž by jeho tělo viděli ostatní lidé, a pokud se tak stane, je ve výrazné nouzi a intenzivně trpí úzkostí. Nedostatečná velikost těla a svalstva způsobuje u jedince klinicky významnou

úzkost a poškození v sociální, pracovní i jiných důležitých oblastech fungování (Mosley, 2009, [online]).

Příznaky

Mezi hlavní příznaky bigorexie patří nadměrné cvičení, kdy se jedinec snaží co nejvíce vyrýsovat své tělo a dosáhnout co největších objemů. Necvičí pro potěšení, ale pouze kvůli vzhledu a snaží se dosáhnout podoby televizní hvězdy nebo svalnatého muže. U bigorektiků dochází k rychlým změnám váhy, dodržují extrémní diety a užívají velké množství potravinových doplňků, jako jsou například proteiny, steroidy. U těchto lidí přetrvávají depresivní pocity, že nevypadají dobře. Svému zevnějšku věnují přespříliš času a velké množství finančních prostředků. Neustále potřebují být ujišťováni o svém vzhledu, proto jsou často přistiženi, jak se prohlížejí před zrcadlem.

Důsledky

Vzhledem k dlouhodobému zatížení dochází k přetěžování hybného systému. Bigorektici absolvují náročné tréninky a své tělo minimálně regenerují. Trpí nadměrnou tělesnou hmotností, přijímají potravu s vysokou energetickou hodnotou, aby navýšili svalovou hmotu. Dochází k přetěžování jater, trávicího systému a ledvin kvůli užívání vysokých dávek bílkovin a dalších potravinových doplňků. Nadměrná svalová tkáň přetěžuje klouby. Postižení jedinci se často dostávají do finančních problémů, protože utrácejí obrovské množství peněz za potravinové doplňky a posilovny. Postupem času se izolují od společnosti (Viviente.cz, 2012, [online]).

2.3.6 Drunkorexie

Pojem drunkorexie vznikl v populárních médiích jako „módní slovo“, tento termín ovšem sám nezahrnuje skutečný a zamýšlený význam. Drunkorexie postrádá systematicky konečnou definici. Použití slova „drunk“ neboli výskyt opilství, ve skutečnosti není předpokladem chování drunkorexie. Dle definice může jedinec projevit anorektické znaky (hladovění), bulimii (proplachování) nebo diety ve snaze zvládnout alkohol s vysokým obsahem kalorií. Pro všechny tyto znaky by bylo

nejvhodnější použít termín poruchy příjmu potravy. Pojem drunkorexie je minimálně klinický význam, ale i přesto je platný a používá se, ačkoliv je doporučeno další zkoumání vztahu drunkoretického chování, které se vyznačuje poměrem mezi jídlem, pitím (alkoholu) a cvičením (Barry, Piazza-Gardner, [online]).

V médiích byla v roce 2008 popsána definice, že drunkorexie je omezení kalorií a zvýšení množství konzumace alkoholu bez přibírání na váze. Několik studií zkoumalo neuspořádané stravovací chování a konzumaci alkoholu, ale podařilo se zjistit pouze malý počet motivů mezi jednotlivci provozujícími toto chování (Burke, Cremeens, Vail-Smith, et al., 2010, [online]).

I přestože chybí systematická definice drunkorexie, je obecně charakterizována následujícími větami. Jedinec vynechává určitá jídla, aby zachránil zvýšený kalorický příjem, který byl způsoben alkoholickými nápoji. U postiženého jedince dochází k nadměrnému cvičení, aby kompenzoval spotřebované kalorie z alkoholu. Kvůli vysokému příjmu kalorií a potravy jedinec využívá různé prostředky, aby kalorie snížil, např. proplachování, zvracení (Barry, Piazza-Gardner, 2012, [online]).

2.4 LÉČBA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Léčba poruch příjmu potravy je všestranný proces, který se opírá nejen o užívání psychotropních léků, ale zahrnuje také výživové poradenství, léčbu zdravotních komplikací a psychoterapii (Aigner, Kasper, Kaye, et al., 2011, [online]).

Měla by respektovat příznaky onemocnění a konkrétní situaci nemocného. Lékaři pracují se skutečností, že pacientka přichází pod tlakem okolí a pro léčbu není dostatečně motivována. Důraz je kladen na komplexnost řešení, ale musíme pracovat i s tím, že některé příznaky mohly nemocnému přinášet po určitou dobu úlevu a pocit uspokojení.

Praktický lékař je často prvním odborníkem, na kterého se rodina nebo nemocný obrátí. Pacientovi poskytuje informaci o různých možnostech léčby i o možných důsledcích onemocnění (Krch, 2007).

2.4.1 Hospitalizace

Tento způsob léčby je velmi nákladný a podmínky ve specializovaných zařízeních nejsou vhodné. Pacienti jsou hospitalizováni v zařízeních, která nejsou psychiatrického původu, a pacientům se nedostává potřebné péče. Často jsou neodborně schváleny správné stravovací návyky a okamžitě nasazena antidepresiva (Papežová, 2006).

U těžkých forem anorexie je pobyt v nemocničním zařízení nezbytně nutný a při náhlém ohrožení života je pacient hospitalizován i proti své vůli, protože není sám schopen rozumného rozhodnutí (Adámková Korbuthová, 2006).

Hospitalizace v nemocnici se provádí pokud:

- Je pacientka hodně pohublá. Snaha najít cestu zpět k normální hmotnosti. Jedná se o dlouhodobou léčbu, kdy doporučený nárůst hmotnosti při spolupráci pacientky je 1 – 1,5 kg za týden.
- Je nezbytné v důsledku neodkladných zdravotních komplikací přerušit záchvaty přejídání, zneužívání projímadel, či zvracení.
- Je zjištěno sebevražedné a sebepoškozující chování.

- Je nutná stabilizace zdravotního stavu a pacientka neprojevuje zájem o jiné typy léčby (Krch, 2005).

2.4.2 Částečná hospitalizace a denní stacionáře

Tento program zajišťuje skladbu a kontrolu, pokud se jedná o stravovací režim a zároveň poskytuje intenzivní terapii, při které se pacient nemusí vzdát života v podmínkách a v sociálních vztazích běžného prostředí. Nemocní se ve stacionáři méně obávají ukončení terapie a jsou méně stresováni pobytem v léčebném zařízení. Mohou se ovšem stále vyhýbat některým příliš ohrožujícím krokům (Krch, 2002, [online]).

Denní stacionáře a částečná hospitalizace jsou vhodným přechodem mezi hospitalizací a ambulantní léčbou. Klientům nabízí zdravý a pravidelný stravovací režim a zároveň umožňují účinnou psychoterapii. Pacienti zde nezůstávají přes noc a denní programy jsou velmi podobné programům v nemocnici (Krch, 2005).

2.4.3 Ambulantní lékařská péče

Někteří pacienti mohou dojít k závěru, že už další léčbu nechtějí. V této situaci se můžeme snažit dostat pacienta do stavu psychické a somatické stability. Tento typ terapie může být prováděn skupinově nebo individuálně, což je velkou výhodou. U skupinové terapie může mít pacient pocit, že má oporu u ostatních postižených jedinců (Krch, 2005).

K ambulantní péči lze přikročit, pokud je dobrá spolupráce s pacientem a jeho rodinou. Je nutné stanovit si cíle léčby, které jsou stanoveny mezi pacientem a terapeutickým týmem. Hlavním cílem by mělo být stanovení cílové hmotnosti, kterou je pacient schopen přijmout a která ho svou hodnotou nijak neohrožuje (Němečková, 2011).

2.4.4 Svépomoc a psychoedukace

Svépomoc se využívá u pacientů, kteří mají mírnější příznaky onemocnění, po absolvování u nich dochází ke zlepšení nebo dokonce vyléčení onemocnění. Léčba spočívá v poučení a vzdělání člověkem, který si tímto onemocněním prošel. Často je tato léčba doplněna o nutriční poradenství a poradenství, které je zaměřené na zvládání stresu. Pro většinu pacientů není svépomoc jediným vhodným způsobem léčby, ale využívá se jako její doplněk nebo prevence před onemocněním (Krch, 2005).

V současné době je trendem psychoedukace, která může zásadně ovlivnit průběh onemocnění. Nové formy prevence a léčby s sebou přinášejí i nové technologie, mezi něž patří internetové poradenství, psychoterapie formou chatu atd. Z internetu mohou rodiny získat základní informace o tom, jaké jsou psychické a somatické následky onemocnění, jaké jsou normální stravovací návyky a hmotnost, ale také se zde setkají s nevhodnými dietami a metodami. Psychoedukace, která je dostupná na internetu, poskytuje škály k posouzení závažnosti onemocnění, doporučené jídelníčky, kontakty a škály k posouzení poruchy vlastního vnímání (Gajdáčová, 2015, [online]).

2.4.5 Rodinná terapie

Rodinná terapie je oproti jiným terapeutickým přístupům velmi úspěšná při léčbě poruch příjmu potravy. Jejím cílem je optimalizovat rodinnou strukturu a dynamiku, především komunikační vzorce a emoční výměny.

Hlavní součástí rodinné terapie je nácvik společného rodinného stravování. Během jednoho dne se rodina schází nejméně u tří jídel. Její členové mají možnost komunikovat při jídle a učí se rozpoznávat běžnou velikost porce (Jandourková, Papežová, Tomanová, 2007).

U mladých pacientů, kteří žijí se svou rodinou, bývá rodinná terapie prvním způsobem léčby. Pacient sdílí domov se svými rodiči, kteří za něj nesou zodpovědnost. Aby rodiče dokázali svému potomkovi pomoci, musí se teoreticky vzdělávat, aby věděli, jak s mladými pacienty zacházet. Rodinná terapie bývá součástí individuálního i dlouhodobého léčebného plánu (Krch, 2005).

2.4.6 Kognitivně-behaviorální terapie

Tato terapie se specializuje na změnu smýšlení o svém tělesném vzhledu a snaží se upravit jeho hodnocení. Pokud je u pacienta zjištěna porucha body image, orientuje se tato terapie na rozbor dysfunkčních kognicí, to znamená, co si pacient o svém tělesném vzhledu myslí. Základním principem této terapie je, aby si pacient uvědomil svůj vztah mezi svými myšlenkami, pocity a chováním. Zpochybňováním absurdních myšlenek může zmírnit sílu negativních myšlenek, které pacient o sobě má, může je úplně potlačit a vést ke změně chování (Stárková, 2007).

Kognitivně-behaviorální terapie se využívá pro léčbu mentální bulimie a formuje základní materiál léčby anorexie. Tento druh léčby se u bulimie provádí obvykle ambulantně po dobu 20 týdnů s frekvencí 1 hodinové sezení týdně. Léčebný proces probíhá ve 3 fázích.

V první fázi se terapeut snaží pacientce objasnit teorii a smysl léčby, ze které vychází, a snaží se nevhodné stravování nahradit pravidelným jídelním režimem. Na samotném začátku je terapie zaměřena na odstranění přejídání a kompenzačního chování, později dochází k přidávání dalších částí, ke kterým patří změna postojů a sebepojetí. Velmi důležité je dodržování pravidelného jídelního režimu a důkladné zapisování jídelních záznamů, které slouží ke sledování jídelních návyků, četnosti zvracení, sledování chování, myšlenek a pocitů spojených s jídlem. Pacientka si sama volí činnosti, které ji od nesprávných stravovacích návyků odrazují.

Druhá fáze léčby se orientuje na odstranění dietních omezení a na změnu postojů vůči hmotnosti a vlastní postavě. Důraz je kladen především na pravidelnou stravu a využívání nového chování, které brání zvracení. Pacientka si zvyká na jídla, která si dříve zakazovala, a učí se rozebírat vlastní myšlenky a získávat zdravý a reálný pohled na sebe a své tělo.

Třetí fáze léčby je zaměřená na přípravu ukončení léčby a problémy, které se mohou vyskytnout v budoucnu. Pacientku je důležité připravit na případné poklesky, které pro ni nemusí znamenat úplné selhání. V tomto případě je vhodné zavzpomínat, co se během léčby naučila a jak tyto postupy začala používat (Krch, 2005).

2.4.7 Interpersonální terapie

Terapie zaměřená především na krátkodobé řešení mezilidských vztahů, které souvisí s psychickým problémem nebo poruchami příjmu potravy (Papežová, 2012).

Interpersonální terapie vznikla zpočátku k léčbě deprese, protože přímo neřeší problémy se stravováním. Podobně jako kognitivně-behaviorální terapie je rozdělena do tří částí. První část je zaměřená na zjišťování interpersonálních problémů, které směřovaly k rozvoji a problémům se stravováním. Druhá část pracuje na interpersonálních problémech a třetí část se specializuje na otázky spojené s ukončením terapie (Krch, 2005).

2.4.8 Psychoanalytická terapie

Psychoanalytická terapie je většinou indikována, když selhávají krátkodobé zásahy, nebo při komorbiditě poruch příjmu potravy u jedinců, kteří zažili sexuální zneužití nebo posttraumatické stresové poruchy (Gajdáčová, 2015, [online]).

Cílem je změna osobnosti pacienta a zrání v oblasti izolace, sexuální identity, individualizace a dalších významů potřebných pro osobnostní rozvoj. Terapeut se snaží vytvořit vztah důvěry. Léčba je vždy individuální (Krch, 2005).

2.4.9 Farmakoterapie

Farmakoterapie byla v posledních letech velmi dobře popsána a shrnuta. Naše i zahraniční standardy klinické léčby rozdělují konkrétní léčebné přístupy. Celosvětovým problémem je, že mnoho odborníků tyto klinické standardy nerespektuje. V praxi je léčba stále založena na zkušenostech jednotlivých klinických pracovišť (Papežová, 2007).

Farmakoterapie je doporučována pouze u pacientů, u nichž dochází ke stavům ohrožujícím život nebo u nichž je přítomna komorbidní porucha. Terapie se provádí na specializovaných pracovištích, jako jsou uzavřená psychiatrická oddělení, anesteticko-resuscitační oddělení. Při obnovení stavu výživy je někdy nutné přistoupit k nazojejunální nebo nazogastrické sondě a k dodávání živin do krevního řečiště.

Ošetřující lékař i rodiče pacienta vědí, že tento způsob není dlouhodobě účinný. I když je obnovení stavu výživy pomalé, zpočátku často dochází k uchování potravy v žaludku a k pocitům plnosti (Farmakoterapeutické informace, 2007).

Nikdy by neměla farmakoterapie být jediným způsobem léčby, protože neléčí příčinu poruch příjmu potravy, ale jejich příznaky. Nejvíce se z psychofarmak využívají antidepresiva (Krch, 2005).

2.4.10 Nutriční terapie

Bylo prokázáno, že návrat k normální tělesné hmotnosti nevede vždy k odstranění narušených stravovacích návyků a nezdravých postojů k jídlu. Nutriční terapie, poradenství a edukace v oblasti výživy pod vedením dietologa je podstatnou součástí léčby. Jejím cílem je normalizace stravovacích návyků, odstranění negativních postojů k vlastnímu tělu a zmírnění pocitů úzkosti, které jsou spojeny s jídlem. Pacientovi musí být poskytnuty informace o všech rizicích, která jsou zapříčiněna podvýživou, zneužíváním projímadel, diuretik a zvracení. Dietolog informuje pacienta o skutečných a potřebných energetických příjmech pro jeho organismus a současně ho motivuje k jejich dodržování, které je podmínkou úspěšného zvládnutí nemoci (Krch, 2005).

2.4.11 Terapie orientovaná na tělo

Hlavním cílem této terapie je použití různých technik a cvičení, které pacientovi pomáhají změnit negativní vnímání vlastního těla a snaží se o obnovu realistického pohledu na něj. Tyto techniky také zmírňují vnitřní napětí a obnovují společenský život a sociální dovednosti pacienta. V terapii orientované na tělo můžeme využít těchto cvičení:

- Masáže zaměřené na vnímání vlastního těla.
- Relaxační a dechová cvičení, která slouží k ulehčení a uvolnění vnímání vlastního těla.
- Fyzické aktivity, hry a sporty, které jsou vhodné k začlenění do společnosti.
- Tanec slouží k vyjádření určité emoce a myšlenky prostřednictvím těla.

- Hraní role usnadňuje pacientům vcítění se do sebe a do druhých.
- Cvičení smyslového vnímání, které zaměřuje pozornost na neurčitý objekt a slouží k uvědomění si vztahu mezi duševními pocity a tělesnými vjemy.
- Cvičení se zrcadlem má za cíl ovlivnit pacientovu schopnost posoudit tvar a velikost svého těla (Krch, 2005).

2.4.12 Skupinová psychoterapie

Skupinová psychoterapie se používá hlavně v nemocnicích, denních stacionářích a v současné době fungují terapeutické skupiny v rámci ambulantní léčby. Do skupin přicházejí pacienti s různými poruchami příjmu potravy. Skupinová psychoterapie není vhodná pro všechny pacienty, nedoporučuje se především u extrémně vyhublých anorektiček, které mají odmítavý postoj k léčbě. Dále se nedoporučuje u bulimiček se sebevražednými sklony nebo u výrazně obézních bulimiček, které by mohly být ikonou zklamání a cílem agrese pro ostatní pacientky. Kladné znaky skupinové psychoterapie převažují nad zápornými (Krch, 2005).

3 PRAKTICKÁ ČÁST

3.1 CÍL PRÁCE

Zjistit, jak se liší úroveň znalostí o poruchách příjmu potravy u studentů vybraných fakult Jihočeské univerzity.

3.2 ÚKOLY PRÁCE

Pro vypracování diplomové práce byly stanoveny tyto úkoly:

- Vyhledávání a prostudování odborné literatury a dalších pramenů vztahujících se k tématu diplomové práce.
- Sestavení obsahu diplomové práce a dotazníku na základě konzultací s vedoucím práce a po prostudování odborné literatury.
- Provedení dotazníkového šetření.
- Analýza získaných informací z dotazníkového šetření.
- Zpracování výsledků a předpokladu hypotézy z provedeného dotazníkového šetření.
- Diskuze a závěr.

3.3 VÝZKUMNÉ PŘEDPOKLADY A HYPOTÉZY

Výzkumný předpoklad č. 1:

- Bez ohledu na fakultu předpokládáme u respondentů nejnižší znalosti problematiky orthorexie nervosy.

Výzkumný předpoklad č. 2:

- Lepší skóre znalostí budou vykazovat studentky oproti studentům.

H_0 = Mezi tím, kterou fakultu studuji, a znalostmi poruch příjmu potravy není žádný vztah

H_0 = Mezi pohlavím a tím, zda se studenti setkali s termínem orthorexie nervosa, není žádný vztah.

4 METODIKA

4.1 VYUŽITÍ METOD

Pro zpracování diplomové práce byly použity tyto metody:

- Analýza odborné literatury vztahující se k dané problematice a vytvoření odborného kompilátu.
- V praktické části jsem zvolila kvantitativní formu šetření. Výzkum proběhl pomocí dotazníkového šetření na statisticky významném vzorku studentů vybraných fakult Jihočeské univerzity.

4.2 PRŮBĚH VÝZKUMU

V průběhu akademického roku 2015/2016 byl na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích proveden výzkum u studentů vybraných fakult týkající se poruch příjmu potravy. Pro tento výzkum bylo zvoleno dotazníkové šetření, které bylo rozšířeno mezi studenty pomocí internetového portálu *www.vyplnto.cz.* Cílem bylo zjistit, jaká úroveň znalostí poruch příjmu potravy je mezi studenty. V dotazníku byly použity uzavřené otázky.

Úvodní část dotazníku se zaměřovala na pohlaví studentů, aby později mohla být provedena analýza, zda v problematice poruch příjmu potravy jsou více vzdělaní muži, nebo ženy. Dále se dotazníkové šetření zabývalo tím, z jaké fakulty studenti jsou a do jaké patří věkové kategorie. Další část dotazníku se zaměřovala na poruchy příjmu potravy, které poruchy se do tohoto odvětví řadí, zda se s nimi studenti setkali a kde. V dotazníku byly použity otázky, které hodnotí stravu studentů atd. Závěrečná část dotazníkového šetření je věnována méně známé poruše příjmu potravy, a to orthorexii

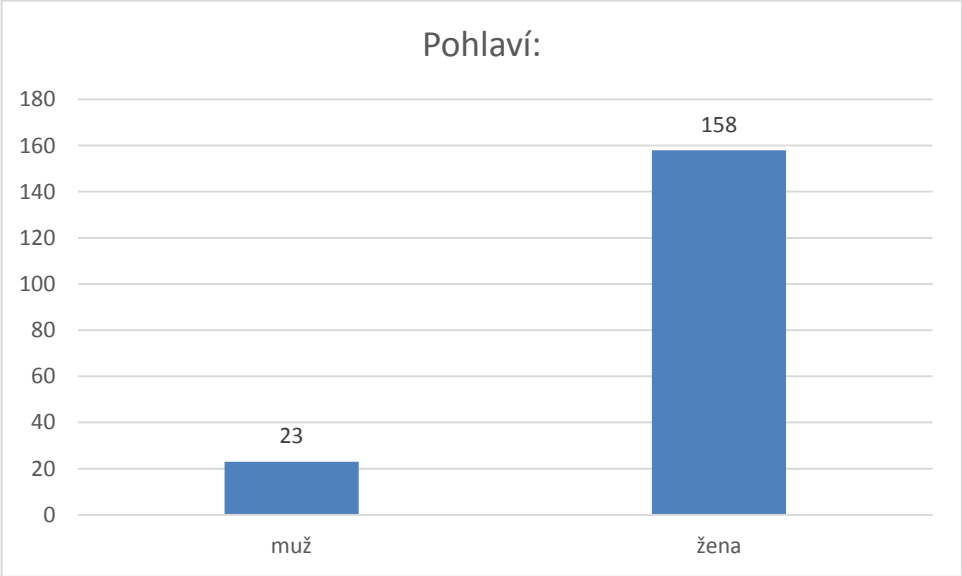
nervose. Zde bylo zjišťováno, zda se studenti s touto poruchou setkali. V současné době je ideálem těla štíhlost, které lze dosáhnout zdravým životním stylem. U mnoha lidí se ovšem představa zdravého životního stylu změní v posedlost zdravým stravováním, aniž by o něm měli teoretické znalosti. Po ukončení výzkumu byly jednotlivé otázky statistiky zpracovány.

4.3 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU

Výzkumného šetření se zúčastnili respondenti z různých fakult Jihočeské univerzity. Výběr respondentů byl podmíněn pouze jediným ukazatelem, a tím bylo studium na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích.

5 VÝSLEDKY

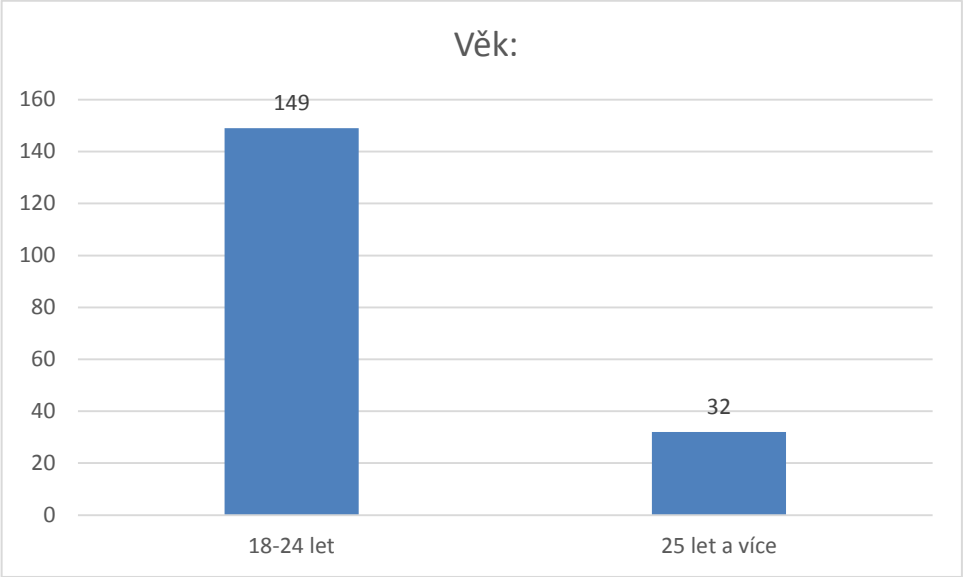
Graf 1 – Pohlaví respondentů



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 1 zobrazuje rozdělení respondentů podle pohlaví. Dotazník vyplnilo celkem 181 respondentů, z toho 23 (tj. 13 %) mužů a 158 (tj. 87 %) žen.

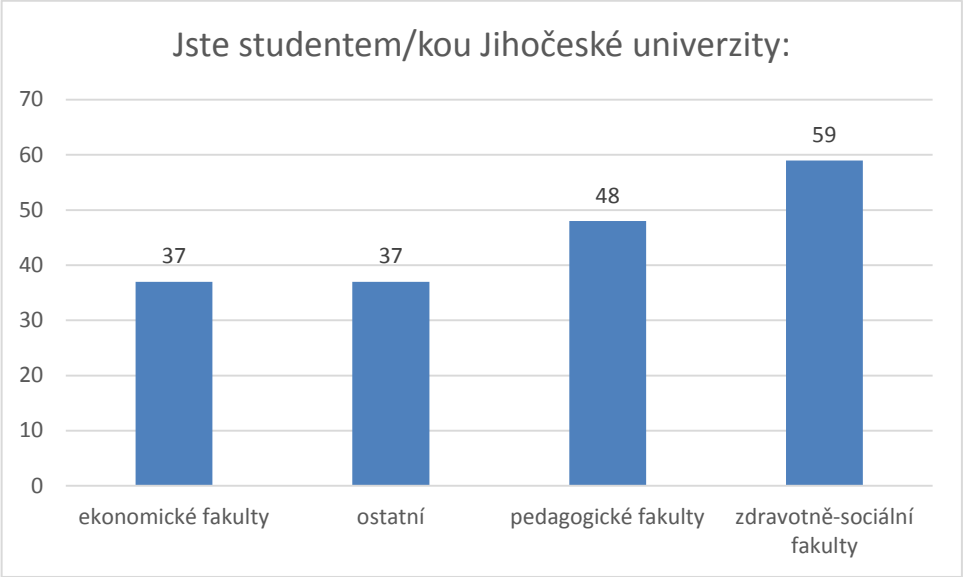
Graf 2 – Věk respondentů



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 2 znázorňuje věkové rozmezí respondentů. Nejpočetnější skupinu tvoří respondenti ve věku 18 – 24 let, tuto možnost zvolilo 149 (tj. 82 %) respondentů. Menší skupinu tvoří respondenti, kterým je 25 let a více, v tomto věku odpovědělo celkem 32 (tj. 18 %) respondentů.

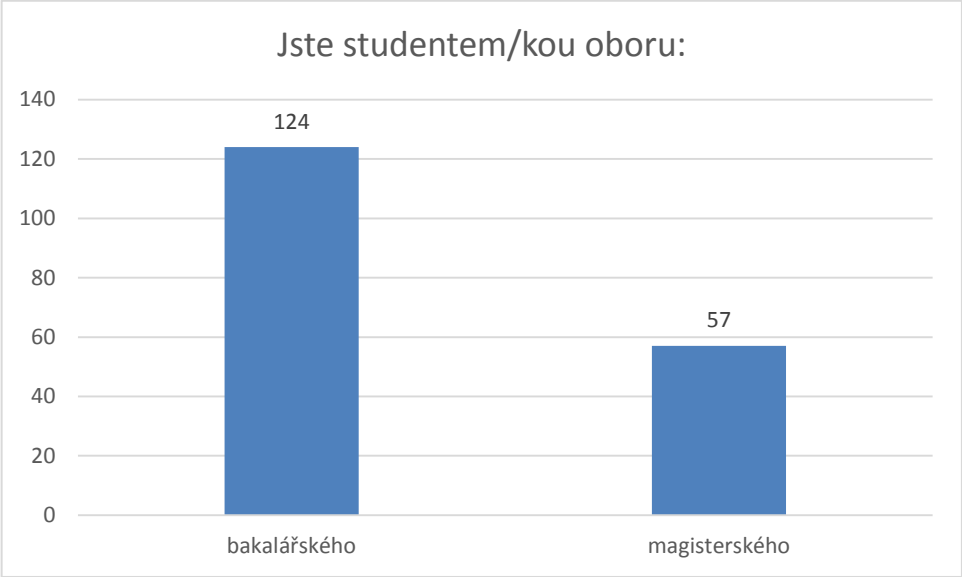
Graf 3 - Fakulta



Zdroj: vlastní výzkum

V grafu 3 je zachyceno, jakou studují respondenti fakultu na Jihočeské univerzitě. Na tento dotazník odpovědělo nejvíce respondentů ze Zdravotně-sociální fakulty s počtem 59 (tj. 33 %). Druhou nejpočetnější skupinu tvořili respondenti z Pedagogické fakulty s počtem 48 (tj. 27 %). Z Ekonomické fakulty tento dotazník vyplnilo 37 respondentů (tj. 20 %). Dotazníku se zúčastnili i respondenti z ostatních fakult – Přírodovědecké, Filosofické, Teologické, Zemědělské a z Fakulty rybářství a ochrany vod. Z důvodu nižšího počtu respondentů byly tyto fakulty zahrnuty do skupiny ostatní. Z této skupiny odpovědělo stejně jako u Ekonomické fakulty celkem 37 respondentů (tj. 20 %).

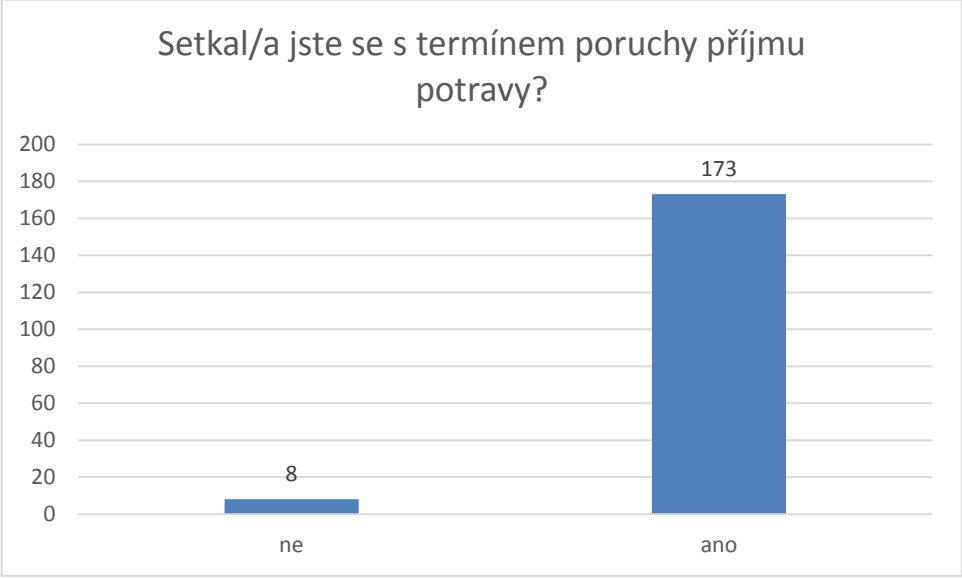
Graf 4 - Obor



Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu 4 lze vyvodit, že na tento dotazník odpovídalo 124 respondentů (tj. 69 %) z bakalářského studia a 57 respondentů (tj. 31 %) z magisterského studia včetně navazujících magisterských oborů.

Graf 5 – Setkal/a jste se s termínem poruchy příjmu potravy?

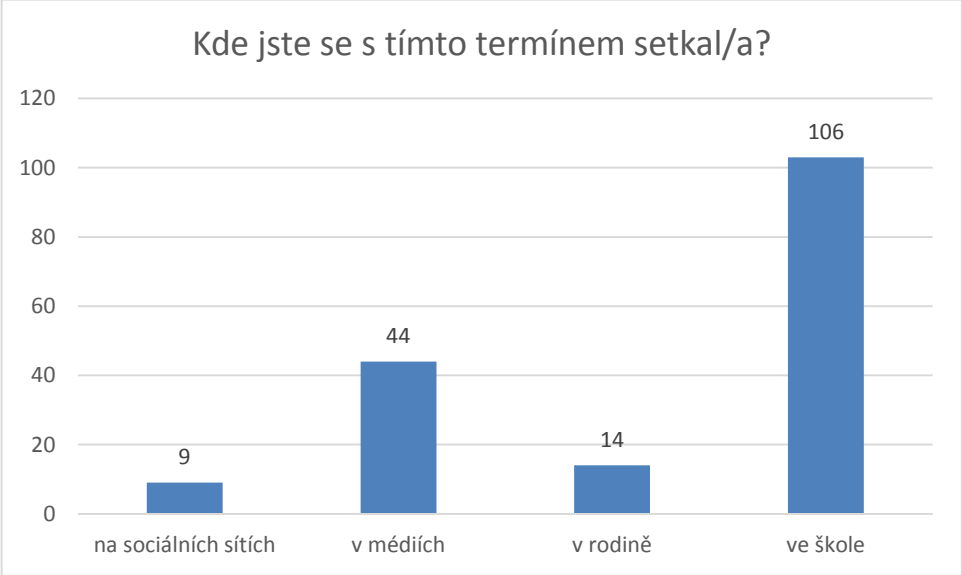


Zdroj: vlastní výzkum

Graf 5 znázorňuje, zda se respondenti setkali s termínem poruchy příjmu potravy. Je patrné, že respondenti znalosti mají. 173 (tj. 96%) respondentů uvedlo,

že se s tímto termínem někdy setkali. 8 (tj. 4 %) se s termínem poruchy příjmu potravy nikdy nesetkalo.

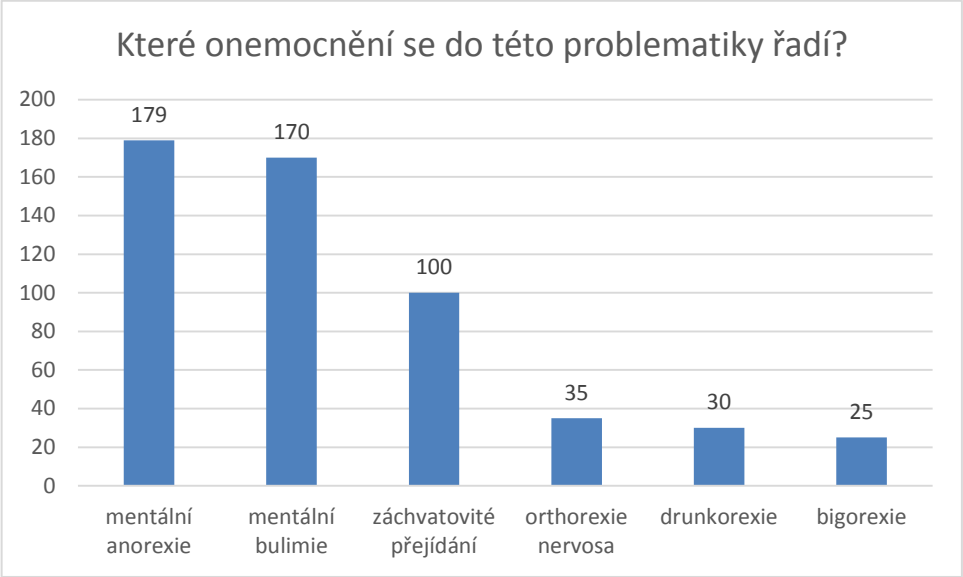
Graf 6 – Kde jste se s tímto termínem setkal/a?



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 6 zobrazuje, kde se respondenti s poruchami příjmu potravy setkali. Respondenti, kteří v předchozí otázce zvolili možnost *ne*, na tuto otázku neodpovídali. Nejpočetnější skupinu tvoří odpověď ve škole, kterou použilo 106 respondentů (tj. 61 %). V médiích se s tímto termínem setkalo 44 respondentů (tj. 26 %). V rodině se s termínem poruchy příjmu potravy setkalo 14 respondentů (tj. 8 %). Nejméně respondentů s počtem 9 (tj. 5 %) se setkalo s tímto termínem na sociálních sítích.

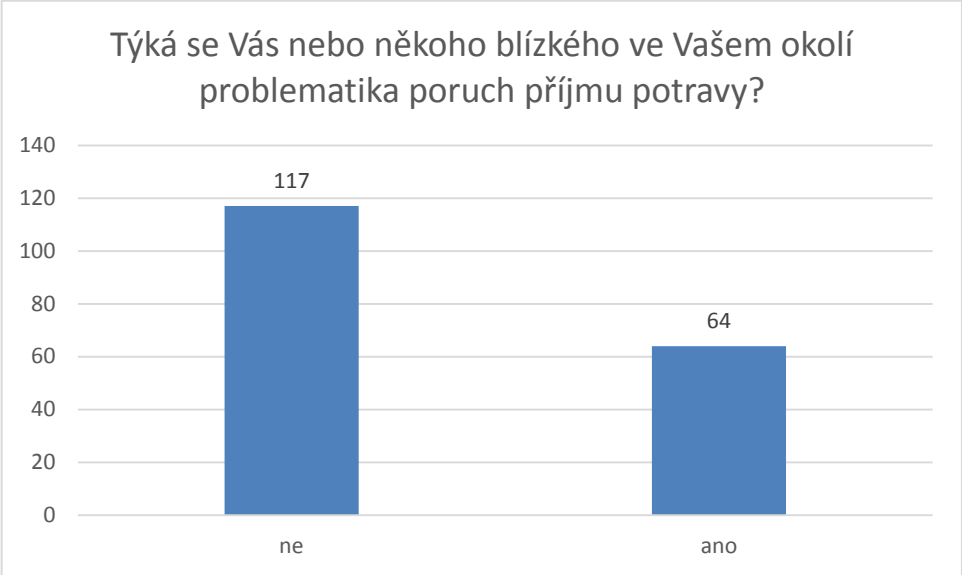
Graf 7 - Onemocnění



Zdroj: vlastní výzkum

V grafu 7 je zachyceno, jaké onemocnění se řadí do poruch příjmu potravy. Respondenti měli možnost v této otázce vybrat všechny odpovědi. 179 (tj. 99 %) respondentů zařadilo mezi onemocnění poruch příjmu potravy mentální anorexii. Další početnou skupinu tvořila mentální bulimie, kterou mezi tato onemocnění začlenilo 170 (tj. 94 %) respondentů. Záchvatovité přejídání zvolila také poměrně velká skupina respondentů, a to 100 (tj. 55 %). Menší zastoupení měla orthorexie nervosa, kterou zvolilo 35 (tj. 19 %) respondentů, dále drunkorexie, kterou mezi onemocnění poruch příjmu potravy vybralo 30 (tj. 17 %) respondentů. Nejméně zastánců si připsala bigorexie s počtem 25 (tj. 14 %) respondentů.

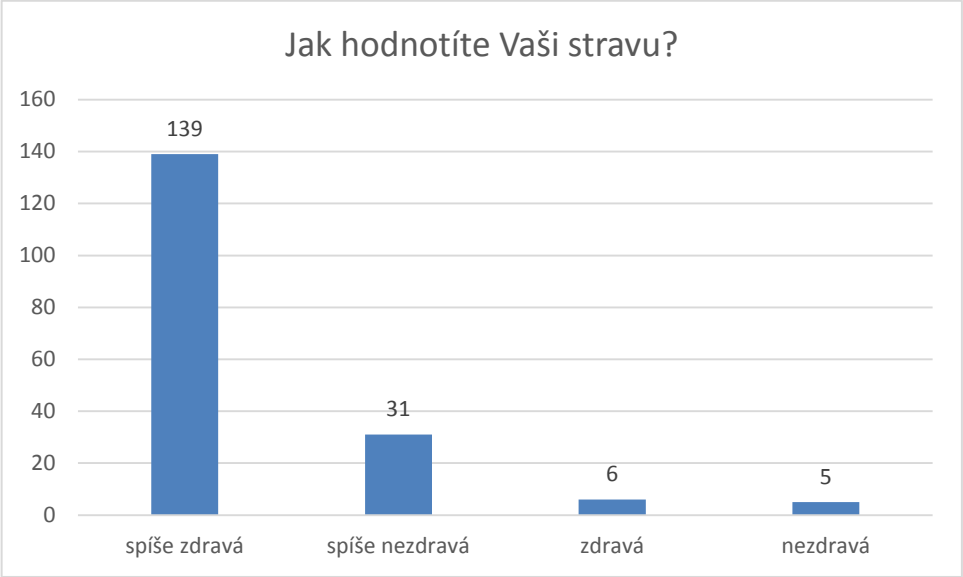
Graf 8 – Týká se Vás nebo někoho blízkého problematika poruch příjmu potravy?



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 8 interpretuje, kolik respondentů se setkalo s poruchami příjmu potravy nebo se jich toto onemocnění týkalo. Z celkového počtu 181 respondentů se s tímto onemocněním nebo osobou trpící tímto onemocněním setkalo 64 respondentů (tj. 35 %). Poruchy příjmu potravy se netýkají 117 respondentů (tj. 65 %) ani jejich okolí.

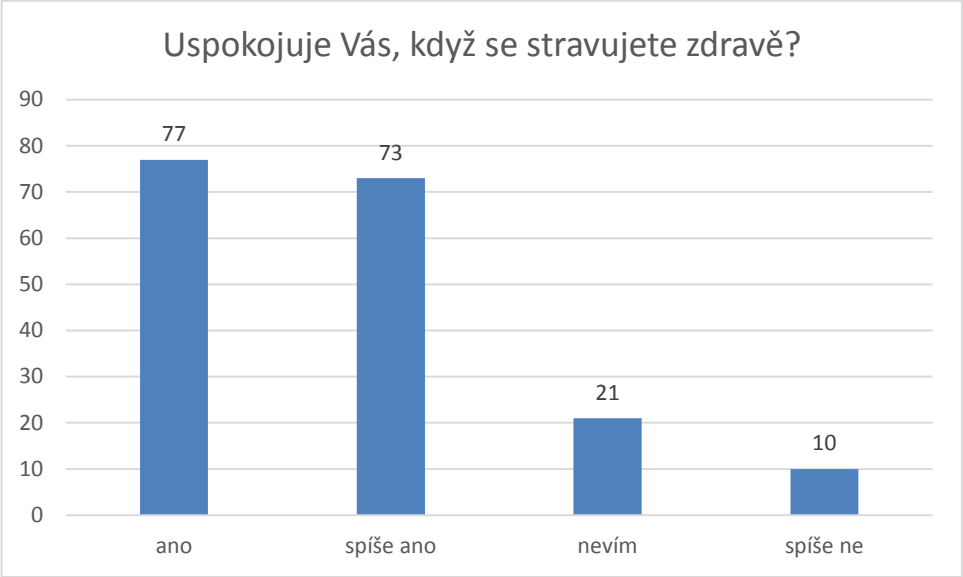
Graf 9 – Hodnocení stravy



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 9 zobrazuje, jak respondenti hodnotí svou stravu. 139 (tj. 77 %) respondentů klasifikuje vlastní stravu jako spíše zdravou. Za spíše nezdravou považuje svoji stravu 31 (tj. 17 %) respondentů. Zdravě se z počtu dotázaných stravuje pouze 6 (tj. 3 %) a nezdravě z celkového počtu respondentů 5 (tj. 3 %).

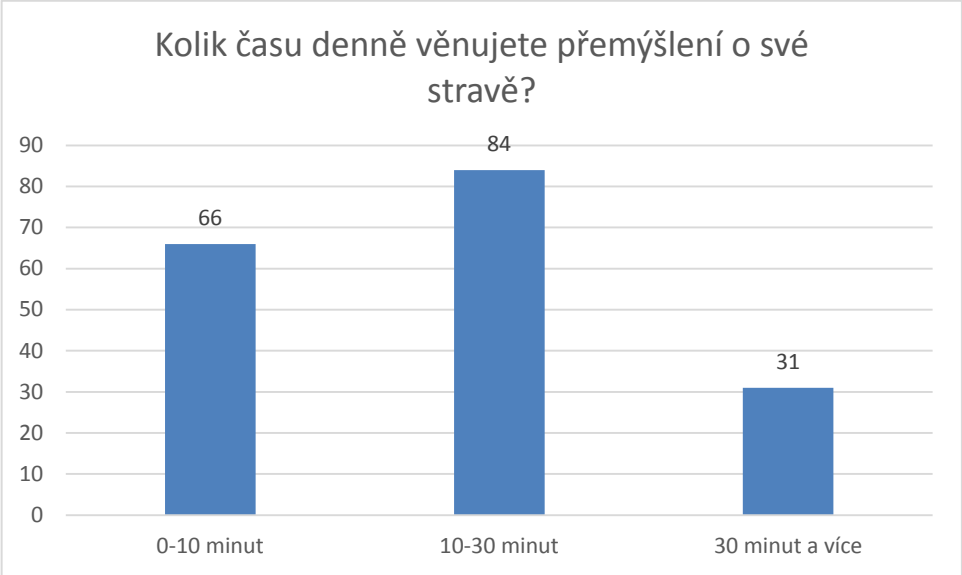
Graf 10 - Pocit uspokojení ze zdravé stravy



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 10 znázorňuje, zda zdravá strava respondenty uspokojuje, či ne. 77 (tj. 43 %) respondentů zvolilo odpověď *ano*, *zdravá strava mě uspokojuje*. *Spíše ano* odpovědělo 73 (tj. 40 %) respondentů. 21 (tj. 12 %) respondentů *neví*, zda je uspokojuje, když se zdravě stravují, a 10 (tj. 6 %) respondentů zdravá strava spíše neuspokojuje.

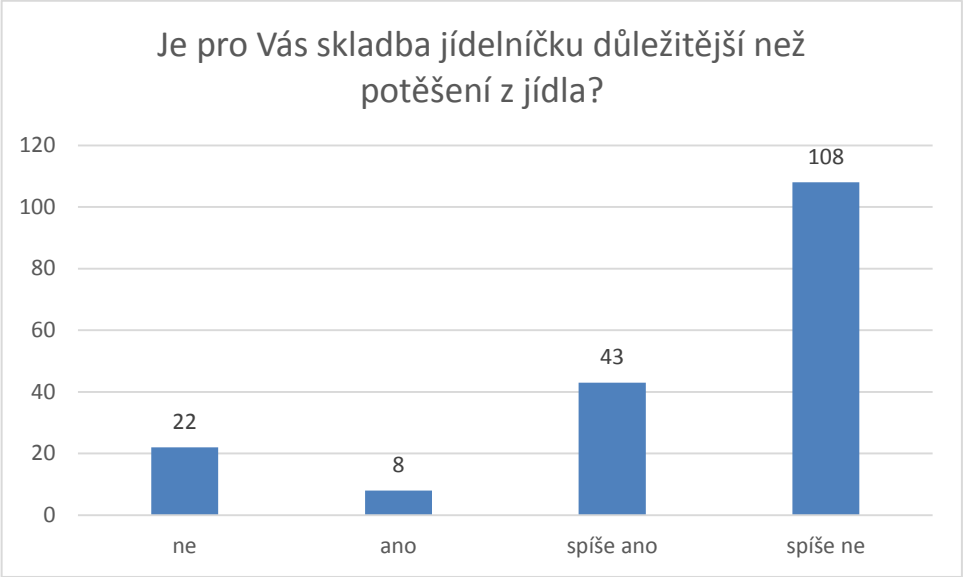
Graf 11 – Čas přemýšlení o své stravě



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 11 ukazuje, kolik času věnují respondenti přemýšlení nad svou stravou. 0 – 10 minut o své stravě přemýšlí 66 (tj. 36 %) respondentů. 10 – 30 minut tomu věnuje 84 (tj. 46 %) respondentů a 31 (tj. 17 %) respondentů stráví nad uvažováním o své stravě 30 minut a více.

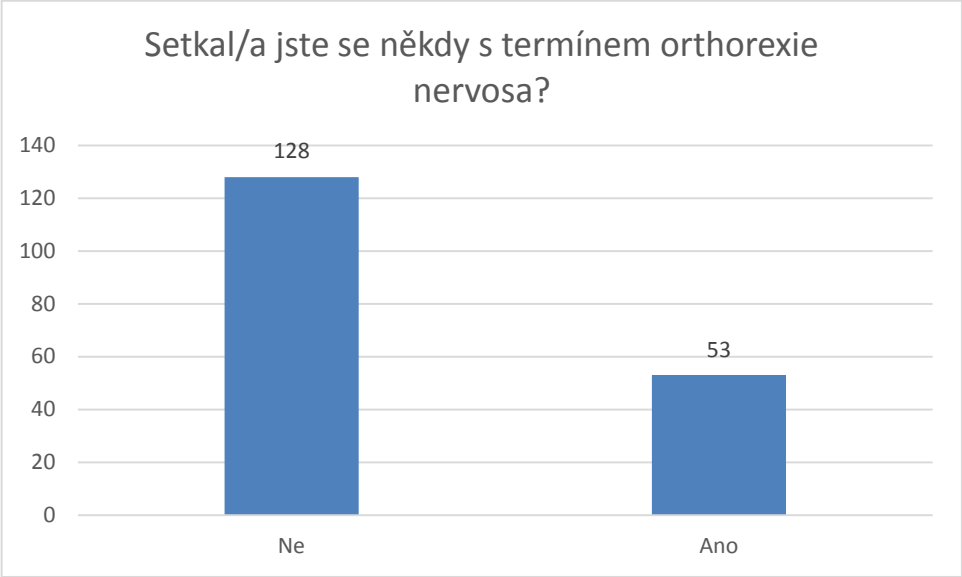
Graf 12 – Důležitost skladby jídelníčku a potěšení z jídla



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 12 znázorňuje důležitost skladby jídelníčku a potěšení z jídla. Pro 22 (tj. 12 %) respondentů není důležitá skladba jídelníčku, ale potěšení z jídla. 8 (tj. 4 %) respondentů zvolilo odpověď *ano*, *je pro mě důležitější skladba jídelníčku, než potěšení z jídla*. *Spíše důležitá* je skladba jídelníčku pro 43 (tj. 24 %) respondentů. Pro velkou část respondentů, tj. 108 (60 %) je důležitější potěšení z jídla než skladba jídelníčku .

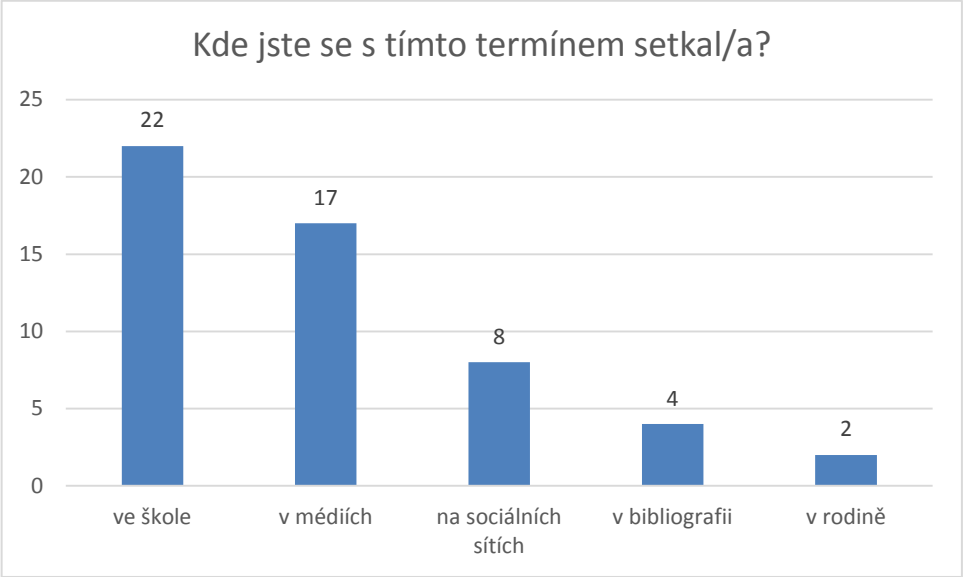
Graf 13 – Setkal/a jste se někdy s termínem orthorexie nervosa?



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 13 zobrazuje znalosti respondentů pojmu orthorexie nervosa. 128 (tj. 71 %) respondentů se s tímto termínem nesetkalo. 53 (tj. 29 %) respondentů zvolilo odpověď *ano, setkal/a jsem se někdy s termínem orthorexie nervosa*.

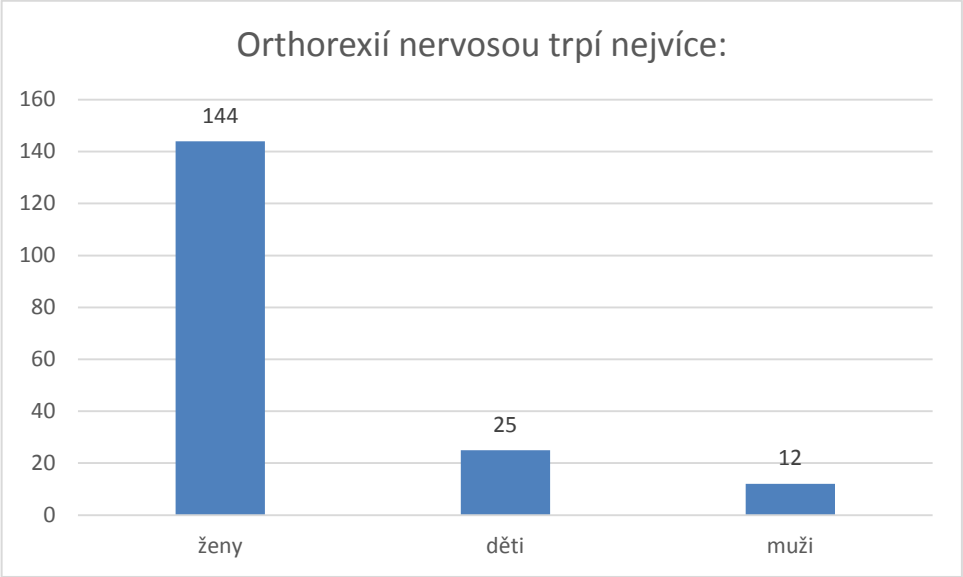
Graf 14 – Kde jste se s tímto termínem setkal/a



Zdroj: vlastní výzkum

V grafu 14 je znázorněn pouze počet odpovědí respondentů, kteří odpověděli ano. Většina respondentů se s pojmem orthorexie nervosa setkala ve škole, což činí 22 (tj. 42 %) respondentů z celkového počtu odpovědí. Druhou početnou skupinu tvoří informace z médií, které zvolilo 17 (tj. 32 %) respondentů. Na sociálních sítích se s orthorexií nervosou setkalo 8 (tj. 15 %) respondentů. 4 (tj. 8 %) respondenti se s tímto termínem setkalo v bibliografii a 2 (tj. 4 %) respondenti se s orthorexií setkali v rodině.

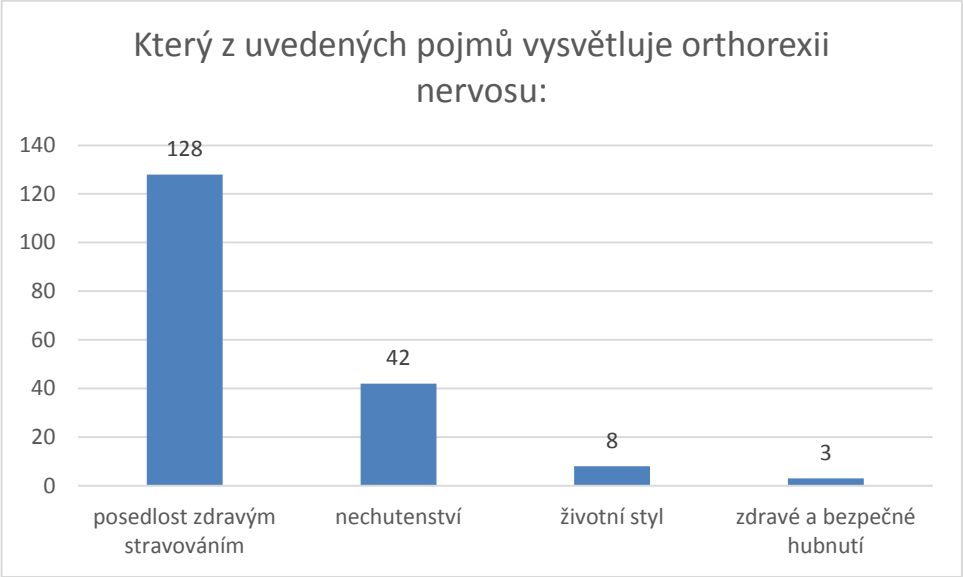
Graf 15 – Kdo trpí orthorexií nervosou?



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 15 interpretuje zvolené odpovědi respondentů. 144 (tj. 80 %) respondentů předpokládá, že tímto onemocněním trpí především ženy. 25 (tj. 14 %) respondentů se domnívá, že orthorexií nervosou trpí hlavně děti. A 12 (tj. 7 %) respondentů zvolilo možnost, že toto onemocnění postihuje hlavně muže.

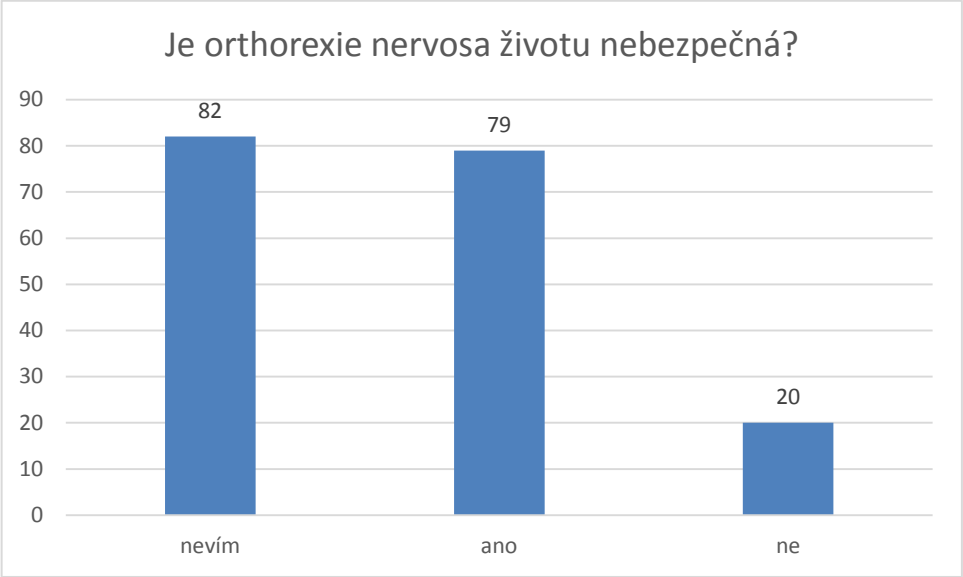
Graf 16 – Který pojem vysvětluje orthorexii nervosu?



Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu 16 lze vyčíst, kolik respondentů zná správnou definici orthorexie nervosy. Nejpočetnější skupinu odpovědí tvoří posedlost zdravým stravováním, přičemž tuto možnost zvolilo 128 respondentů (tj. 71 %). Druhou nejpočetnější zvolenou možností je nechutenství, kterou vybralo 42 respondentů (tj. 23 %). 8 respondentů (tj. 4 %) se domnívá, že orthorexie nervosa je životní styl a 3 respondenti (tj. 2 %) chápou tento pojem jako zdravé a bezpečné hubnutí.

Graf 17 – Je orthorexie nervosa životu nebezpečná?



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 17 je poměrně vyrovnaný. Odpověď nevím, zda je orthorexie nervosa životu nebezpečná, označilo 82 (tj. 45 %) respondentů. Za životu nebezpečnou stanovilo orthorexii nervosu celkem 79 (tj. 44 %) respondentů. 20 (tj. 11 %) respondentů předpokládá, že orthorexie nervosa není životu nebezpečná.

5.1 STATISTICKÉ TESTOVÁNÍ HYPOTÉZ

$H0_1$ = Mezi tím, kterou fakultu studuji, a znalostmi poruch příjmu potravy není žádný vztah

Kontingenční tabulka 1

		Skupina			
		A	B	C	Total
Jste studentem/kou Jihočeské univerzity:	Ekonomické fakulty	19	15	3	37
	ostatní	14	21	2	37
	Pedagogické fakulty	16	21	11	48
	Zdravotně-sociální fakulty	16	22	21	59
	Total	65	79	37	181

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	19,554[a]	6	,003
Likelihood Ratio	20,607	6	,002
N of Valid Cases	181		

a. 0 cells (,0 %) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,56.

Zdroj: vlastní výzkum

Prostřednictvím kontingenční tabulky jsme zjistili, jaké mají studenti z jednotlivých fakult Jihočeské univerzity vědomosti o poruchách příjmu potravy. Znalosti studentů byly rozděleny do tří skupin A, B a C. Studenti spadající do skupiny A zvolili pouze jedno nebo dvě onemocnění z šesti možných a jejich úroveň znalostí o poruchách příjmu potravy je nízká. Do skupiny B spadají studenti, jejichž informovanost je průměrná, těmto studentům byla známá tři onemocnění z šesti možných. Skupinu C tvoří studenti, kteří mají dobré znalosti poruch příjmu potravy a znali čtyři až šest onemocnění spadajících do této problematiky.

Nulová hypotéza $H0_{1:}$ „Mezi tím, kterou fakultu studuji, a znalostmi poruch příjmu potravy není žádný vztah“ byla testována pomocí chí – kvadrátu, který tuto nulovou hypotézu vylučuje, protože p= 0,003, tato hodnota je nižší než zvolená hladina významnosti. Platí tedy, že mezi tím, jakou studenti studují fakultu, a znalostmi poruch příjmu potravy vztah je. Na každé fakultě je úroveň znalostí jiná.

$H0_2$ = Mezi pohlavím a tím, zda se studenti setkali s termínem orthorexie nervosa, není žádný vztah.

Kontingenční tabulka 2

			Setkal/a jste se někdy s termínem orthorexie nervosa?		
			ano	ne	Total
Pohlaví:	žena	Count	47	111	158
		% within Pohlaví:	29,7%	70,3%	100,0%
		% within Setkal/a jste se někdy s termínem orthorexie nervosa?	88,7%	86,7%	87,3%
	muž	Count	6	17	23
		% within Pohlaví:	26,1%	73,9%	100,0%
		% within Setkal/a jste se někdy s termínem orthorexie nervosa?	11,3%	13,3%	12,7%
	Total	Count	53	128	181
		% within Pohlaví:	29,3%	70,7%	100,0%
		% within Setkal/a jste se někdy s termínem orthorexie nervosa?	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,130[a]	1	,719		
Continuity Correction[b]	,013	1	,908		
Likelihood Ratio	,132	1	,716		
Fisher's Exact Test				,810	,464
N of Valid Cases	181				

a. 0 cells (,0 %) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,73.

b. Computed only for a 2x2 table

Zdroj: vlastní výzkum

Z deskripce kontingenční tabulky lze vyvodit, že s termínem orthorexie nervosa se setkalo 47 (29,7 %) žen a nesetkalo 111 (70,3 %) žen, z celkového počtu 158 žen. Z celkového počtu 23 mužů se s tímto termínem setkalo 6 (26,1 %) mužů a 17 (73,9 %) mužů se s orthorexií nervosou nikdy nesetkalo.

Nulová hypotéza: $H0_2$ = „Mezi pohlavím a tím, zda se studenti setkali s termínem orthorexie nervosa, není žádný vztah“ byla ověřována pomocí chí – kvadrátu. I přestože byly splněny podmínky pro chí – kvadrát test, mezi těmito

dvěma veličinami není statisticky významný vztah, protože p= 0, 719, tato hodnota je vyšší než zvolená hladina významnosti.

6 DISKUZE

Hlavním cílem této práce bylo zjistit, jak se liší úroveň vědomostí poruch příjmu potravy u vybraných fakult Jihočeské univerzity. Celkem se na výzkumu, který probíhal pomocí dotazníkového šetření, podílelo 181 respondentů různých fakult.

Tohoto výzkumu se zúčastnilo 158 žen a 23 mužů. Dotazník vyplnilo 149 studentů ve věku 18 – 24 let a 32 studentů ve věku 25 let a více. Nejvíce respondentů bylo ze Zdravotně sociální fakulty, a to celkem 59, 48 respondentů z Pedagogické fakulty. Další početnější skupinu tvořila Ekonomická fakulta s počtem 37 studentů. Z důvodu nízkého počtu vyplněných dotazníků od studentů z ostatních fakult – Přírodovědecké, Teologické, Filosofické, Zemědělské a z Fakulty rybářství a ochrany vod – byly tyto jednotlivé fakulty zařazeny do složky *ostatní* s počtem 37 respondentů. Je pravděpodobné, že studenti ze Zdravotně-sociální fakulty a Pedagogické fakulty mají blíž k tématu poruch příjmu potravy z důvodu obsahu učiva zdravotnických a pedagogických předmětů.

Jedna z otázek se zabývala tím, zda se studenti setkali s termínem poruchy příjmu potravy. Převážná většina odpověděla, že se s tímto termínem setkala, což bylo 96 % (173) studentů a minimum - 4 % (8) studentů odpovědělo, že tento termín neznají. Výzkumem poruch potravy se ve své diplomové práci zabývala také Kaplanová (2011), která zjišťovala informovanost žáků středních zdravotních škol v oblasti poruch příjmu potravy. Jejího výzkumu se zúčastnilo celkem 260 respondentů, z toho 247 dívek a 19 chlapců. Analýzou dat zjistila, že znalosti tohoto pojmu u žáků středních zdravotnických škol jsou vysoké. 98 % žáků mělo představu o tom, co uvedený pojem znamená, zbylá 2 % tento termín neznala (Kaplanová, 2011). Znalosti termínu poruchy příjmu potravy jsou u studentů Jihočeské univerzity srovnatelné se znalostmi studentů střední zdravotnické školy.

Další otázka se zaměřila na to, kde se s tímto pojmem studenti setkali. 61 % respondentů se s tímto pojmem seznámilo ve škole, 26 % studentů se o poruchách příjmu potravy dozvědělo z médií. V rodině se s touto problematikou setkalo 8 % studentů a 5 % se setkalo s tímto termínem na sociálních sítích. Dosažené výsledky lze opět porovnat s výsledky Kaplanové (2011). V jejím výzkumu se 36 % žáků

o poruchách příjmu potravy dozvědělo od učitelů, 34 % žáků z médií, 19 % žáků od rodičů a 6 % od kamarádů. Pokud tyto hodnoty srovnáme, zjistíme, že největší informovanost mají jak žáci střední zdravotnické školy, tak studenti Jihočeské univerzity ze školy. Z hlediska prevence by bylo dobré, kdyby toto téma bylo součástí předmětů prvního stupně základní školy. V současné době se problematika poruch příjmu potravy posouvá do stále mladších věkových skupin, kdy děti do 12 let tvoří 5 % pacientů (Raboch, Pavlovský, et al., 2012). Dalším důležitým zdrojem informací o poruchách příjmu potravy jsou pro studenty média. Média působí v posledních letech psychologům velké obavy. Jejich vliv na tělesný vzhled zvyšuje následné jídelní chování u adolescentů. Přehnaně hubené ženy a svalnatí muži jsou považováni za vzor, který vede u dívek a chlapců k extrémním dietám, nadměrnému až nebezpečnému cvičení a užívání steroidů. Velký vliv na vznik poruchy příjmu potravy má čtení časopisů, které jsou plné vychrtlých modelek. Dalším mediálním problémem se v poslední době staly „pro-ana“ webové stránky, které propagují anorektickou postavu a radí ostatním, jak nejlépe si tuto postavu udržet a maskovat ji před rodinou a přáteli (Giles, 2012). U žáků středních škol má celkem hodnotné zastoupení informovanost o tomto pojmu ze strany rodiny. Předpokládám, že rodiče mají o své děti ve věkovém rozmezí 15 – 20 let velkou starost, co se týče jejich stravování, tělesného vzhledu atd., a proto své potomky o této problematice informují. Rodiče by ovšem měli své děti o těchto poruchách informovat mnohem dříve, nejlépe v době docházky na první stupeň základní školy.

Graf 7 znázorňuje zastoupení jednotlivých onemocnění, která se řadí do poruch příjmu potravy. Z grafu lze vyčíst, že pro studenty je nejznámější mentální anorexie, kterou označilo 99 % respondentů. Dalším známým onemocněním je mentální bulimie, na kterou si vzpomnělo 94 % studentů. Celkem početnou skupinu tvoří také záchvatovité přejídání, které zná více jak polovina (55 %) dotázaných. Další onemocnění, která se řadí mezi poruchy příjmu potravy, získala méně procent. Orthorexii zná 19 % respondentů, drunkorexii 17 % a bigorexii zařadilo mezi onemocnění tohoto typu pouze 14 % studentů. Dnes se hodně mluví o tom, že člověk má velký přístup k potravinám, méně se hýbe a trpí nadváhou. Tím pádem roste větší počet lidí, kteří jsou nespokojeni se svou postavou. Tito lidé zkouší různé stravovací

návyky, mnohdy až abnormální, což může vést k poruchám příjmu potravy. V posledních letech znalosti o těchto onemocněních ve společnosti sice narůstají, ale postoj populace, samotných postižených a některých odborníků k nim se příliš nemění. Stud ze selhání při dosahování ideálního zdravého životního stylu a dosažení ideálu krásy vede k nerozhodnému chování pacientů, např. k prodlevě při vyhledávání vhodné léčby a k zatajování příznaků (Papežová, 2013). Bigorexie, orthorexie a drunkorexie jsou poměrně novými poruchami příjmu potravy, které jsou svou podobou stejně nebezpečné jako mentální anorexie či bulimie nebo psychogenní přejídání (Idealni.cz, 2014, [online]). Vzhledem k tomu, že jsou tyto poruchy poměrně nové a nemají stanovená přesná diagnostická kritéria, nemají studenti o těchto onemocněních dostatečné znalosti, takže je nedokázali zařadit mezi poruchy příjmu potravy.

Graf 8 zobrazuje, zda se respondentů nebo někoho v jejich okolí týká problematika poruch příjmu potravy. 117 (65 %) studentů odpovědělo, že se jich ani jejich okolí poruchy příjmu potravy netýkají. Zbylých 64 (35 %) odpovědělo, že se tato problematika jejich okolí a jich samotných týká. Mentální anorexií je celosvětově postiženo 0,3 – 1 % mladých dívek a mentální bulimií 1 – 3 %, v České republice některá kritéria mentální bulimie splňuje až 15 % dospívajících (Raboch, Pavlovský, et al., 2012). Dotazníková studie ukázala, že nespokojenost s vlastním tělem a touha po snížení váhy je rozšířena mezi studenty středních škol v České republice. 0,5 – 0,8 % příslušníků této rizikové populace trpí mentální anorexií a 1,2 – 3,4 % trpí mentální bulimií. Výskyt onemocnění příjmu potravy je srovnatelný s ostatními západními zeměmi (Hosák, Hrdlička, Libiger, 2015).

Na otázku „Setkal/a jste se někdy s termínem orthorexie nervosa?“ odpovědělo *ano* 53 (29 %) respondentů, ne odpovědělo 128 (71 %) respondentů. Správnou odpověď – *posedlost zdravým stravováním* na otázku, který z uvedených pojmů vysvětluje orthorexii nervosu – zvolilo 128 (71 %) respondentů. Zde dochází k určitým nesrovnalostem. Když 53 respondentů uvedlo, že se setkalo s orthorexií nervosou, je velmi nepravděpodobné, že respondenti, kteří se s ní nesetkali, by odhadli správné vysvětlení pojmu orthorexie nervosy. Tyto nesrovnalosti mohou být zapříčiněny možností vyhledat si pojem na internetu, protože dotazník byl publikován pomocí

internetové stránky *www.vyplnto.cz.* a nebyl nikterak časově omezen, takže respondenti měli dostatek času na to, aby si vyhledali, co uvedený pojem orthorexie nervosa znamená. Vránová (2013) vysvětluje orthorexii nervosu jako patologickou posedlost zdravým stravováním, kdy jedinec má strach z nezdravých jídel a neustále myslí pouze na zdravé jídlo. Když se toto onemocnění rozvine, začíná nemocný odmítat doposud zdravá jídla, protože ani ta už pro něho nejsou dostatečně zdravá. Na základě velmi chudého jídelníčku dochází u jedince k podvýživě (Vránová, 2013).

Graf 15 zobrazuje, kdo nejvíce trpí orthorexií nervosou. 144 respondentů si myslelo, že orthorexií nervosou trpí ženy, 25 respondentů se domnívalo, že by tímto onemocněním mohly trpět děti, a zbylí respondenti, jejichž počet je 12, měli zato, že orthorexií nejvíce trpí muži. V Polsku byl proveden výzkum na vysoké škole. Hlavním cílem bylo prozkoumat vztahy mezi orthorexií a postoji vůči body image mezi mužským a ženským pohlavím. U studentek byla pomocí analýzy zjištěna spokojenost s vlastním tělem, nízká orientace na vzhled a nezávislé ukazatele vyšší fixace jíst zdravé potraviny. U studentů bylo zjištěno, že aspekty vnímání těla nebyly spojeny s posedlostí zdravou výživou. Stejně jako u jiných studií ani tento výzkum neprokázal rozdíl v zaujetí zdravou výživou mezi muži a ženami (Brytek-Matera, Donini, Krupa, et al., 2015, [online]). Je možné, že se orthorexie nervosa vyskytuje ve zvýšené míře u nutričních terapeutů, protože jsou denně v kontaktu se zdravou výživou, což může zvyšovat riziko jednak orthorexie nervosy, ale i ostatních poruch příjmu potravy (Martykánová, Piskáčková 2010).

Je orthorexie nervosa životu nebezpečná? Na tuto otázku odpovědělo 45 % studentů *nevím*. Dalších 44 % studentů se domnívalo, že je životu nebezpečná. Zbylých 11 % studentů předpokládalo, že orthorexie nervosa není životu nebezpečná. Pravda je taková, že orthorexie nervosa životu nebezpečná je. Pokud jedinec s tímto onemocněním nic nedělá, může se z méně vážné orthorexie vyvinout závažná anorexie a nemocný jedinec se může dostat až na pokraj života a smrti (Potužníková, 2013, [online]).

Výzkumný předpoklad č. 1: „Bez ohledu na fakultu u respondentů předpokládáme nejnižší znalosti problematiky orthorexie nervosy.“ Orthorexii nervosu

v otázce č. 7 zařadilo mezi poruchy příjmu potravy pouze 19 % studentů. Na výběr bylo celkem šest onemocnění – anorexie nervosa, bulimie nervosa, záchvatovité přejídání, orthorexie nervosa, drunkorexie a bigorexie. Minimální počet respondentů zvolilo kromě orthorexie nervosy, také bigorexii a drunkorexii. Tyto poruchy se řadí mezi méně známé poruchy příjmu potravy. Z toho lze vyvodit, že výzkumný předpoklad č. 1 se potvrdil.

Výzkumný předpoklad č. 2: „Lepší skóre znalostí budou vykazovat studentky oproti studentům.“ Na otázku: „Setkal/a jste se někdy s termínem orthorexie nervosa“ odpovědělo celkem 23 mužů a 158 žen. Z toho termín orthorexie nervosa z celkového počtu odpovědí ano (53) zná 11,3 % mužů a 88, 7 % žen. Na první pohled se zdá, že tento výzkumný předpoklad lze potvrdit. Vzniká zde ovšem nepoměr v počtu mužů a žen a z tohoto důvodu nemůžeme výzkumný předpoklad č. 2 považovat za platný.

Pro osoby trpící poruchami příjmu potravy vzniklo roku 2002 občanské sdružení Anabell, které na svých internetových stránkách zobrazuje možnosti léčby a různé informace o poruchách. Návštěvníci těchto stránek mohou kromě získání různých informací diskutovat o všem, co je tíží a zajímá v souvislosti s poruchami příjmu potravy. Ve větších městech České republiky jsou pořádaná pravidelná setkání a jedincům, kteří mají o tato setkání zájem, jsou poskytnuty odborné sociální a psychologické služby (Ocisková, Praško, 2015).

Základní podmínkou úspěchu v léčbě je motivace, která se vztahuje k řešení problému narušeného příjmu potravy, ale i k ostatním oblastem života. Centrum pro diagnostiku a léčbu poruch příjmu potravy v Praze pod vedením Hany Papežové poskytuje tři formy péče. Prvním z nich je lůžkové oddělení, které se specializuje na léčbu poruch příjmu potravy, pacienti jsou zde hospitalizováni 6 – 8 týdnů. Další formou péče jsou denní stacionáře, které pacienti navštěvují v pracovní dny a na konci dne se opět vracejí do svého přirozeného prostředí. Třetí formou je specializovaná ambulantní péče (Psychiatrická klinika 1. LK UK a VFN, 2013, [online]).

7 ZÁVĚR

Hlavním cílem této práce bylo zjistit, jak se liší úroveň znalostí o poruchách příjmu potravy u studentů vybraných fakult Jihočeské univerzity. Tento cíl práce byl splněn. Z výsledků bylo zjištěno, že úroveň znalostí poruch příjmu potravy v závislosti na fakultě je u studentů různá. Na Zdravotně-sociální fakultě je tato problematika součástí studia různých oborů, díky tomu vykazují studenti této fakulty znalosti o poruchách příjmu potravy největší, a to na rozdíl od jiných fakult. Studenti Pedagogické fakulty prezentovali své znalosti na velmi podobné úrovni. I zde lze předpokládat určitou spojitost znalostí poruch příjmu potravy s obsahem učiva na Pedagogické fakultě. Nižší znalosti poruch příjmu potravy prokázali v tomto výzkumu studenti Ekonomické fakulty. Zde se studenti v rámci obsahu učiva s touto problematikou nesetkali nebo pouze jen v krajních případech. Nejnižší znalosti projevili studenti ostatních fakult Jihočeské univerzity. Do této kategorie spadají studenti z Přírodovědecké, Zemědělské, Teologické, Filosofické fakulty a z Fakulty rybářství a ochrany vod. Studenti těchto fakult mohli získat znalosti z jiných zdrojů než ze školy, např. z médií, bibliografie, ze sociálních sítí. Toto tvrzení nelze potvrdit na sto procent, protože z těchto ostatních fakult se zúčastnilo výzkumu minimum respondentů, tím pádem by mohly být informace o znalostech těchto studentů poněkud zkreslené.

Výsledky této práce nelze zobecňovat na celou Jihočeskou univerzitu z důvodu malého vzorku respondentů z některých fakult. Předpokládám, že pokud by každá fakulta měla stejné zastoupení respondentů, výsledky výzkumu by mohly být použity pro zobecnění. Tyto výsledky jsou platné především pro respondenty, kteří se zúčastnili tohoto výzkumu.

Snahou této práce bylo, aby studenti, ale i běžná populace získala znalosti o příčinách, jednotlivých druzích a léčbě poruch příjmu potravy. V současné době hlavním propagátorem štíhlosti jsou média. Nikdo však nepropaguje možná rizika se štíhlostí spojená, a proto úroveň informovanosti společnosti o poruchách příjmu potravy je velmi nízká a k diagnostice jednotlivých poruch dochází až příliš pozdě, protože nikdo z okolí nemocného jedince není schopen včas toto onemocnění odhalit.

8 PŘEHLED INFORMAČNÍCH ZDROJŮ

ADÁMKOVÁ-KORBUTHOVÁ, Dagmar. 2006. Poruchy přijímání potravy - mentální anorexie (anorexia nervosa). *Kontakt.* **8**(2). ISSN 1212-4117.

AIGNER, Martin, Janet TREASURE, Walter KAYE a Siegfried KASPER. 2011. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for the Pharmacological Treatment of Eating Disorders. *The World Journal of Biological Psychiatry* [online]. **12**(6), 400-443. [cit. 2016-01-14] DOI: 10.3109/15622975.2011.602720. ISSN 1562-2975. Dostupné z: http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/15622975.2011.602720

ALVARENGA, MS, MARTINS, MC, SATO, KS, VARGAS, SV, PHILIPPI, ST a SCAGLIUSI, FB. 2012. Orthorexia nervosa behavior in a sample of Brazilian dietitians assessed by the Portuguese version of ORTO-15. *Eating And Weight Disorders: EWD* [online]. **17**(1), 29-35 [cit. 2016-01-20]. ISSN 1590-1262. Dostupné z: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&an=22751269&scope=site

ARKELL, James a Paul ROBINSON. 2008. A pilot case series using qualitative and quantitative methods: Biological, psychological and social outcome in severe and enduring eating disorder (anorexia nervosa). *International Journal of Eating Disorders* [online]. **41**(7), 650-656. [cit. 2016-01-14]. DOI: 10.1002/eat.20546. ISSN 02763478. Dostupné také z: http://doi.wiley.com/10.1002/eat.20546

BAMFORD, Bryony a Richard SLY. 2010. Exploring quality of life in the eating disorders. *European Eating Disorders Review* [online]. **18**(2), 147-153 [cit. 2016-01-14]. DOI: 10.1002/erv.975. ISSN 10724133. Dostupné také z: http://doi.wiley.com/10.1002/erv.975

BARRY, Adam E. a Anna K. PIAZZA-GARDNER. 2012. Drunkorexia: Understanding the Co-occurrence of Alcohol Consumption and Eating/Exercise Weight Management Behaviors. *Journal of American College Health* [online]. **60**(3), 236-243 [cit. 2016-01-14]. DOI: 10.1080/07448481.2011.587487. ISSN 0744-8481. Dostupné také z: http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/07448481.2011.587487

BENCKO, Vladimír a Michail TRYFOS. 2015. Psychosomatické poruchy výživy: incidence, rizikové faktory, šance a úskalí prevence. *Hygiena.* **60**(2), 59-62. ISSN 1802-6281.

BURKE, SC, CREMEENS, J, VAIL-SMITH, K a WOOLSEY, C. 2010. Drunkorexia: Calorie Restriction Prior to Alcohol Consumption Among College Freshman. *Journal of Alcohol* [online]. **54**(2), 17-34 [cit. 2016-01-14]. ISSN 0090-1482. Dostupné z: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&an=105089177&scope=site

BRATMAN, Steven. 2014. Orthorexia. *What is orthorexia?* [online]. [cit. 2016-02-22]. Dostupné z: www: http://www.orthorexia.com/what-is-orthorexia/

BRATMAN, Steven a Thom DUNN. 2015. Orthorexia. *Orthorexia: Proposed Formal Criteria* [online].[cit. 2016-02-22]. Dostupné z www: http://www.orthorexia.com/

BRYTEK-MATERA, Anna. 2012. Orthorexia nervosa - an eating disorder, obsessive-compulsive disorder or disturbed eating habit? *Archives of Psychiatry* [online]. **14**(1), 55-60 [cit. 2016-01-14]. ISSN 1509-2046. Dostupné z: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&an=80160001&scope=site

BRYTEK-MATERA, Anna, Lorenzo DONINI, Magdalena KRUPA, Eleonora POGGIOGALLE a Phillipa HAY. 2015. Orthorexia nervosa and self-attitudinal aspects of body image in female and male university students. *Journal of Eating Disorders* [online]. **3**(1).

[cit. 2016-01-14]. DOI: 10.1186/s40337-015-0038-2. ISSN 2050-2974. Dostupné také z: http://www.jeatdisord.com/content/3/1/2

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

GAJDÁČOVÁ, Martina. 2015. Poruchy příjmu potravy. *WikiSkripta* [online]. [cit. 2016-04-01]. ISSN 18046517. Dostupné z: http://www.wikiskripta.eu/index.php?title=Poruchy_příjmu_potravy&oldid=339374

GILES, David. 2012. *Psychologie médií*. Vyd. 1. Praha: Grada. Z pohledu psychologie. ISBN 978-80-247-3921-2.

HOSÁK, Ladislav, Michal HRDLIČKA a Jan LIBIGER. 2015. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Vydání první. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-2998-8.

CHUDOBOVÁ, P. FRANKOVÁ, S. 2005. Rizikové faktory vedoucí k nespokojenosti s vlastním tělem u dětí. *Česká a slovenská psychiatrie*. 101(1). 43-44. ISSN 1212-0383.

IDEALNI.CZ. 2014. *Ortorexie, bigorexie, drunkorexie* [online]. [cit. 2016-01-26]. Dostupné z: http://www.idealni.cz/clanek/ortorexie-bigorexie-drunkorexie/

JANDOURKOVÁ, D., PAPEŽOVÁ, H., TOMANOVÁ, J. 2007. Vícerodinná terapie mentální anorexie. *Česká a slovenská psychiatrie*. 103(1). 49-50, ISSN 1212-0383.

KAPLANOVÁ, Šárka. 2011. *Informovanost a postoje žáků středních zdravotnických škol k problematice poruch příjmu potravy* [online]. Olomouc [cit. 2016-04-13]. Diplomová. Univerzita Palackého v Olomouci. Vedoucí práce Mgr. Věra Vránová, Ph.D. Dostupné z: http://theses.cz/id/71l09m?info=1;isshlret=%C5%A0%C3%A1rka%3BKAPLANOV%C3%81%3B;zpet=%2F%3Fsearch%3D%C5%A1%C3%A1rka%20kaplanov%C3%A1

KELLY-WEEDER, Susan a Erika EDWARDS. 2011. Co-occurring Binge Eating and Binge Drinking in College Women. *Journal for Nurse Practitioners* [online]. 7(3), 207-213 [cit. 2016-01-14]. DOI: 10.1016/j.nurpra.2010.06.001. ISSN 1555-4155.

KOUTEK, Jiří. 2011. Poruchy příjmu potravy. Československá pediatrie. 66(4), 243-248. ISSN 0069-2328.

KRCH, František David. 2002. Psychologická léčba poruch příjmu potravin. *Postgraduální medicína: Příloha: Lékařské listy* [online]. 2002, (23) [cit. 2016-03-24]. Dostupné z: http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/psychologicka-lecba-poruch-prijmu-potravy-145535

KRCH, František David. 2003. *Bulimie: jak bojovat s přejídáním*. 2. dopl. vyd. Praha: Grada. Psychologie pro každého. ISBN 80-247-0527-3.

KRCH, František David. 2005. *Poruchy příjmu potravy*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0840-X.

KRCH, František David. 2007. Poruchy příjmu potravy. *Medicína pro praxi*. 4(10), 420-422. ISSN 1214-8687.

LAMPLE, S. 2009. Eating disorders: not just a 'woman's problem'. *Addiction Professional* [online]. **7**(3), [cit. 2016-01-14]. ISSN 1542-8435. Dostupné z: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&an=105371615&scope=site

MARTYKÁNOVÁ, Lucie a Zlata PISKÁČKOVÁ. 2010. Orthorexie a biorexie - méně známé formy poruch příjmu potravy. *Výživa a potraviny*. 2010, 65(1), 15-16. ISSN 1211-846X.

FARMAKOTERAPEUTICKÉ INFORMACE. 2007. Mentální anorexie a její léčba. *Farmakoterapeutické informace*. 2007, (12) 1-4. ISSN 1211-0647.

MIDDLETON, Kate a Jane SMITH. 2013. *První kroky z poruchy příjmu potravy*. 1. vyd. Uhřice: Doron, 81 s. První kroky (Doron). ISBN 978-80-7297-115-2.

MOSLEY, Philip E. 2009. Bigorexia: bodybuilding and muscle dysmorphia. *European Eating Disorders Review: The Journal Of The Eating Disorders Association* [online]. **17**(3), 191-8 [cit. 2016-01-14]. DOI: 10.1002/erv.897. ISSN 1099-0968.

NĚMEČKOVÁ, Pavla. 2011. Poruchy příjmu potravy. *Medicína pro praxi*. 8(11), 459-462. ISSN 1214-8687.

NOVÁK, Michal. 2010. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. 1. vyd. Brno: Akademické nakladatelství Cerm, s.r.o., 105 s. ISBN 978-80-7204-657-7.

OCISKOVÁ, Marie a Ján PRAŠKO. 2015. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Vydání 1. Praha: Grada Publishing. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5199-3.

PAPEŽOVÁ, Hana. 2006. Nové otázky a jejich řešení u poruch příjmu potravy. *Časopis lékařů českých*. 145(3), 181-183. ISSN 0008-7335.

PAPEŽOVÁ, Hana. 2007. Farmakoterapie poruch příjmu potravy. *Remedia*. 17(6), 557-559. ISSN 0862-8947.

PAPEŽOVÁ, Hana (ed.). 2010. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Vyd. 1. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2425-6.

PAPEŽOVÁ, Hana. 2012. *Začarovaný kruh anorexie, bulimie a psychogenního přejídání a cesty ven?!*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum. ISBN 978-80-87142-18-9.

PAPEŽOVÁ, Hana. 2013. *9. mezinárodní konference o poruchách příjmu potravy a obezitě: Tisková zpráva*. [online], [cit. 2016-04-14] Dostupné také z: http://www.vfn.cz/priloha/510a572e4f0e9/tz-poruchy-prijmu-potravy-21-03-13.pdf

PIAZZA-GARDNER, Anna K. a ADAM E. BARRY. 2013. Appropriate terminology for the alcohol, eating, and physical activity relationship. *Journal Of American College Health* [online]. **61**(5), [cit. 2016-01-14]. DOI: 10.1080/07448481.2013.792259. ISSN 1940-3208. Dostupné z: http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/07448481.2013.792259.

POTUŽNÍKOVÁ, Jana. 2013. Orthorexie: Posedlost zdravím jídlem. *Sestra* [online]. (3/2013) [cit. 2016-03-24]. Dostupné z: http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/ortorexie-posedlost-zdravym-jidlem-469539

Psychiatrická klinika 1. LK UK a VFN: Centrum pro diagnostiku a léčbu poruch příjmu potravy [online]. 2013. Praha [cit. 2016-04-17]. Dostupné z: http://psychiatrie.lf1.cuni.cz/centrum-pro-diagnostiku-a-lecbu-poruch-prijmu-potravy

RABOCH, Jiří a Pavel PAVLOVSKÝ. 2012. *Psychiatrie*. Vyd. 1. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1985-9.

SLÁDKOVÁ, Iva a Zbyněk VYBÍRAL. 2008. Subjektivní význam připisovaný okolnostem vzniku poruchy příjmu potravy, *E-psychologie* [online]. 2 (4)2, 13-23. ISSN 1802-8853.

STÁRKOVÁ, Libuše. 2007. Jak na body image? Kognitivně-behaviorální přístup v terapii body image. *Česká a slovenská psychiatrie*. 103(1), s. 47, ISSN 1212-0383.

SWENNE, Ingemar. 2013. Poor Catch-up Growth in Late Adolescent Boys with Eating Disorders, Weight Loss and Stunting of Growth. *European Eating Disorders Review* [online]. **21**(5), 395-398 [cit. 2016-01-14]. DOI: 10.1002/erv.2237. ISSN 1072-4133.

VIVIENTE.CZ. 2012. *Bigorexie* [online]. [cit. 2016-01-26]. Dostupné z: http://www.viviente.cz/bigorexie/

VRÁNOVÁ, Dagmar. 2013. *Chronická onemocnění a doporučená výživová opatření*. Olomouc: ANAG. ISBN 978-80-7263-788-1.

ZANOVITOVÁ, Mária. 2005. Rizikové faktory vzniku mentálnej anorexie u dospievajúcich. In: *Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovateľstve.* Vyd. 1. Martin: Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta, s. 535-544. ISBN 80-88866-32-4.

ZAPLETALOVÁ, Anna. 2013. Poruchy příjmu potravy - aneb když je jídlo lék. *Florence*. 9(5), 11-13. ISSN 1801-464X.

9 PŘÍLOHY

9.1 DOTAZNÍK

Dobrý den,

jmenuji se Petra Pekárková a jsem studentka Pedagogické fakulty JU, oboru Vychovatelství se zaměřením na výchovu ke zdraví. Ráda bych Vás požádala o pozornost při vyplňování následujícího dotazníku, který je zaměřen na problematiku poruch příjmu potravy.

1. **Pohlaví:**
    a) Muž
    b) Žena

2. **Věk:**
    a) 18 – 25 let
    b) 25 let a více

3. **Jste studentem/tkou Jihočeské univerzity:**
    a) Biologické
    b) Ekonomické fakulty
    c) Fakulty rybářství a ochrany vod
    d) Filosofické fakulty
    e) Pedagogické fakulty
    f) Teologické fakulty
    g) Zdravotně-sociální fakulty
    h) Zemědělské fakulty

4. **Jste studentem oboru:**
    a) Bakalářského
    b) Magisterského

5. **Setkal/a jste se s termínem poruchy příjmu potravy?**
    a) Ano
    b) Ne

6. **Pokud jste se s tímto termínem setkal/a, kde to bylo?**
    a) Ve škole
    b) V rodině
    c) Na sociálních sítích
    d) V médiích

7. **Víte, které poruchy se do této problematiky řadí?**
    a) Bigorexie
    b) Drunkorexie
    c) Orthorexie nervosa
    d) Mentální anorexie
    e) Mentální bulimie
    f) Záchvatovité přejídání

8. **Týká se Vás nebo někoho ve Vašem blízkém okolí problematika poruch příjmu potravy?**
    a) Ano
    b) Ne

9. **Jak hodnotíte Vaši stravu?**
    a) Zdravá
    b) Spíše zdravá
    c) Vyvážená
    d) Spíše nezdravá
    e) Nezdravá

10. Uspokojuje Vás, když se stravujete zdravě?

a) Ano
b) Spíše ano
c) Spíše ne
d) Ne
e) Nevím

11. Kolik času denně věnujete přemýšlení o své stravě?

a) 0 – 10 minut
b) 10 – 30 minut
c) 30 minut a více

12. Je pro Vás skladba jídelníčku důležitější než potěšení z jídla?

a) Ano
b) Spíše ano
c) Spíše ne
d) Ne

13. Setkal/a jste se někdy s termínem orthorexia nervosa?

a) Ano
b) Ne

14. Pokud jste se s tímto termínem setkal/a, kde to bylo?

a) V bibliografii
b) V médiích
c) Na sociálních sítích
d) Ve škole
e) V rodině

15. Myslíte, že orthorexií nervosou trpí více:

a) Děti
b) Muži
c) Ženy

16. Který z uvedených pojmů vysvětluje orthorexii nervosu:

a) Zdravé a bezpečné hubnutí
b) Posedlost zdravým stravováním
c) Nechutenství
d) Životní styl

17. Myslíte si, že je orthorexia nervosa životu nebezpečná?

a) Ano
b) Ne
c) Nevím