



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 pedagogiky a psychologie

Bakalářská práce

# Orthorexie nervosa u adolescentů

Vypracoval: Aneta Klásková

Vedoucí práce: Mgr. Tomáš Mrhálek

České Budějovice 2018

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem 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 bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě fakultou 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.

Datum

Aneta Klásková

## **Abstrakt**

**Název práce:** Orthorexie nervosa u adolescentů

**Autor práce:** Aneta Klásková

**Vedoucí práce:** Mgr. Tomáš Mrhálek

**Počet stran:** 72

Ústředním tématem bakalářské práce je aktuální, ale poměrně málo prozkoumaný a v českém prostředí ne příliš známý koncept orthorexie nervosa, který lze charakterizovat jako patologickou posedlost zdravou stravou. V současnosti se vedou debaty o tom, zda se jedná o nově vzniklou poruchu příjmu potravy nebo syndrom některé z již existujících poruch, přičemž se názory odborníků na toto téma rozcházejí. V teoretické části proto tento koncept vymezujeme a blíže se zabýváme jeho prevalencí, příčinami, důsledky a možnostmi léčby. Věnujeme se také popisu období adolescence, poruch příjmu potravy a vybraných Self konceptů, konkrétně sebehodnocení a self-efficacy. Výzkumná část práce má podobu kvantitativního designu. Empirickým cílem práce je zjistit vztah mezi orthorexií nervosou a poruchami příjmu potravy a rovněž vztah mezi orthorexií nervosou, sebehodnocením a self-efficacy u cílové skupiny adolescentů. Dílčím cílem je ověřit případný rozdíl ve výskytu orthorexie nervosy v závislosti na pohlaví a typu navštěvované střední školy. Výzkumný vzorek tvořilo 397 studentů střední odborné školy a gymnázia ve věku od 15 do 20 let. Pro účely výzkumu byl použit dotazník ORTO-15, Test jídelních postojů (EAT-26), Rosenbergova škála sebehodnocení (RSES) a Dotazník obecné vlastní efektivity (DOVE). Výsledky prokázali, že u našeho výzkumného souboru existuje statisticky významný pozitivní vztah mezi orthorexií nervosou a abnormálními postoji k jídlu jako je dietní chování, bulimie a nadměrné zabývání se jídlem a orální kontrola. Mezi orthorexií nervosou a vybranými Self koncepty jsme nenalezli statisticky významný vztah. Z výsledků dále vyplynulo, že je výskyt orthorexie nervosy statisticky signifikantně vyšší u žen než u mužů a u studentů gymnázia oproti studentům střední odborné školy.

**Klíčová slova:** adolescence, orthorexie nervosa, poruchy příjmu potravy, sebehodnocení, self-efficacy

## **Abstract**

**Title:** Orthorexia nervosa in adolescents

**Author:** Aneta Klásková

**Supervisor:** Mgr. Tomáš Mrhálék

**Number of pages:** 72

This bachelor's thesis deals with the concept of orthorexia nervosa. Although it has become a current issue, orthorexia nervosa has been so far studied relatively little and is not very well-known within the Czech context. Orthorexia nervosa can be characterized as a pathological preoccupation with eating healthy food. It is being debated if it is a new eating disorder or a syndrome of one of the existing disorders, with expert views being different. Therefore, the theoretical part of the thesis specifies the concept and offers a closer look into its prevalence, causes, effects and treatment options. The theoretical part also deals with adolescence, eating disorders and specifically chosen Self concepts, such as self-esteem and self-efficacy. The research part of the thesis takes the form of quantitative design. The empirical objective of the thesis is to discover the relationship between orthorexia nervosa and eating disorders and the relationship between orthorexia nervosa, self-esteem and self-efficacy within a target group of adolescents. The sub-objective is to verify the potential difference in orthorexia nervosa prevalence in relation to sex and type of secondary school. The research sample consisted of 397 students at a secondary technical school and a grammar school aged from 15 to 20. The research has been based on the ORTO-15 questionnaire, Eating Attitude Test (EAT-26), Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES) and General Self-Efficacy Scale (DOVE). The findings have proved that within the sample there is a statistically significant positive relationship between orthorexia nervosa and abnormal attitudes to food such as dieting, bulimia and food preoccupation and oral control. A statistically significant relationship between orthorexia nervosa and the chosen Self concepts has not been found. The findings have also shown that the prevalence of orthorexia nervosa is statistically higher in females than males and in grammar school students compared to secondary technical school students.

**Keywords:** adolescence, orthorexia nervosa, eating disorders, self-esteem, self-efficacy

**Poděkování:**

Ráda bych touto cestou poděkovala panu Mgr. Tomáši Mrhálkovi za vedení práce, podnětné rady, cenné připomínky a vstřícný přístup. Díky patří také panu Mgr. Janu Hynkovi za pomoc se statistickou částí této práce. Dále bych chtěla poděkovat všem respondentům, kteří se zúčastnili tohoto výzkumu a také své rodině a blízkým za trpělivost a podporu, kterou mi při psaní práce poskytovali.

# Obsah

Úvod.....	8
TEORETICKÁ ČÁST .....	10
1 Adolescence.....	10
1.1 Období pubescence .....	11
1.2 Období adolescence .....	11
1.3 Projevy rizikového a problémového chování v adolescenci .....	12
2 Poruchy příjmu potravy .....	13
2.1 Vymezení poruch příjmu potravy .....	13
2.2 Mentální anorexie.....	14
2.2.1 Základní diagnostická kritéria .....	14
2.2.2 Specifické typy mentální anorexie.....	15
2.3 Mentální bulimie .....	15
2.3.1 Základní diagnostická kritéria .....	16
2.3.2 Specifické typy mentální bulimie .....	16
2.4 Atypické poruchy příjmu potravy .....	16
2.5 Výskyt a rozšíření poruch příjmu potravy .....	17
2.6 Rizikové faktory.....	18
2.7 Průběh .....	20
2.8 Důsledky .....	21
2.8.1 Fyzické důsledky .....	21
2.8.2 Psychické důsledky.....	22
2.8.3 Sociální důsledky.....	23
2.8.4 Účinky hladovění.....	24
2.9 Léčba .....	25
2.9.1 Léčebné cíle .....	25
2.9.2 Postup léčby.....	26
2.9.3 Psychoterapeutické přístupy .....	27
2.10 Úmrtnost.....	28
2.11 Další typy PPP.....	28
3 Orthorexie nervosa .....	29
3.1 Diagnostická kritéria .....	30
3.2 Možné příčiny .....	31

3.3	Rizikové faktory a ohrožené skupiny.....	32
3.4	Prevalence .....	33
3.5	Důsledky .....	33
3.5.1	Fyzické důsledky .....	34
3.5.2	Psychické důsledky.....	34
3.5.3	Sociální důsledky.....	35
3.6	Léčba.....	35
3.7	Orthorexie nervosa v kontextu psychických poruch.....	36
4	Sebehodnocení.....	37
4.1	Vývoj sebehodnocení .....	38
4.2	Poruchy příjmu potravy, orthorexie nervosa a sebehodnocení .....	39
5	Self-efficacy .....	39
5.1	Self-efficacy v adolescenci .....	40
EMPIRICKÁ ČÁST .....		42
6	Cíl výzkumu a výzkumné hypotézy .....	42
7	Metodologický rámec .....	43
7.1	Výzkumné metody .....	43
7.1.1	Dotazník ORTO-15.....	43
7.1.2	Test jídelních postojů EAT .....	44
7.1.3	Rosenbergova škála sebehodnocení.....	44
7.1.4	Dotazník obecné vlastní efektivity .....	45
7.2	Průběh výzkumu.....	45
7.3	Výzkumný soubor .....	45
7.4	Etické aspekty .....	49
7.5	Metody zpracování a analýzy dat.....	49
8	Výsledky.....	50
8.1	Deskriptivní statistiky .....	50
8.2	Ověřování hypotéz .....	56
9	Diskuze .....	62
10	Závěr .....	66
11	Seznam použité literatury .....	68
Seznam uvedených tabulek a grafů .....		70
Seznam příloh .....		71
Přílohy.....		72

## Úvod

Tato práce se zaměřuje na orthorexii nervosu, což je poměrně nedávno vzniklý a ne zcela prozkoumaný koncept, který lze definovat jako patologickou posedlost zdravou stravou. Mezi odborníky se o tomto fenoménu vedou rozsáhlé diskuze a v poslední době se začíná dostávat také do povědomí široké veřejnosti. Doposud však nebyl oficiálně zařazen do Mezinárodní klasifikace nemocí ani do Diagnostického a statistického manuálu mentálních poruch. Někteří se přiklánějí k tomu, že jde o nově vzniklou poruchu příjmu potravy, jiní se naopak domnívají se, že jde o variantu některé z již existujících poruch.

Strava hraje významnou roli v životě každého člověka, a to obzvláště v dnešní době, kdy jsme ve vyspělých zemích obklopeni obrovským množstvím rozmanitých druhů potravin. Tento blahobyt s sebou paradoxně přináší mnohé problémy a znesnadňuje naše každodenní rozhodování o tom, co budeme jíst. Situaci navíc komplikuje to, že jsme neustále zaplavováni často protichůdnými informacemi o tom, co bychom měli jíst, v jakém množství, kdy a jakým způsobem, abychom dosáhli optimálního zdraví, zpomalili proces stárnutí a vyhnuli se nejrůznějším onemocněním. Výběr potravin nikdy nebyl tak obtížný jako nyní, což nás opakovaně přivádí k myšlence, co je pro nás nejlepší. Žijeme v rozpolceném světě, kde jsou potraviny rozdělovány na zdravé a nezdravé. Na jedné straně jsme obklopeni fast foody a průmyslově zpracovanými potravinami, na straně druhé nabývají na popularitě potraviny se štítky bio, vegan, raw atd. Někdy však touha po zdravém stravování překročí své meze a přeroste ve fanatismus do zdravé výživy. Ti, kterých se to přímo týká se však domnívají, že jednájí ve svém nejlepším zájmu a nevědomky se ocitají v pasti orthorexie nervosy. Toto ulpívavé zabývání se vhodností stravy už nelze považovat za zdravé, jelikož vede k extrémním jídelním restrikcím a skýtá mnohá rizika pro strádající tělo i duši.

V teoretické části práce koncept orthorexie nervosa vymezujeme a zabýváme se jeho diagnostickými kritérii, příčinami, rizikovými faktory, prevalencí, důsledky a možnostmi léčby. Rovněž se věnujeme tématu poruch příjmu potravy, detailněji pak mentální anorexii a bulimii, vybraným Self konceptům a období adolescence.



Ve výzkumné části práce jsme se rozhodli zaměřit na zjišťování souvislosti mezi orthorexií nervosou a poruchami příjmu potravy u adolescentů, kteří jsou považováni za nejohroženější skupinu, protože poruchy příjmu potravy nejčastěji propukají právě v období dospívání. Jelikož existuje potencionální spojení orthorexie s narušeným vnímáním sebe sama a neobjektivním hodnocením, tak jako je tomu u jiných poruch příjmu potravy, věnujeme se rovněž vybraným konceptům Self, konkrétně sebehodnocení a self-efficacy.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 Adolescence

Termín adolescence pochází z latinského slova „adolescere“, které znamená dorůstat, dospívat či mohutnět (Muuss, 1989, podle Macek, 2003). V českém jazyce je tento termín zaměnitelný za výraz dospívání (Macek, 2003). Adolescence je období významných somatických, psychických a sociálních změn vedoucích ke komplexní proměně osobnosti (Vágnerová, 2012). Tyto změny probíhají do určité míry paralelně a na sobě závisle, ne však zcela (Langmeier & Krejčířová, 2007). Řada změn je podmíněna biologicky, ale je zde rovněž výrazný vliv psychických a sociálních faktorů, které s nimi vzájemně interagují (Vágnerová, 2012). Vývoj v jednotlivých oblastech ale nemusí být vždy rovnoměrný, a tak i mezi změnami existuje jistá diskrepance (Langmeier & Krejčířová, 2007).

Vágnerová (2012) adolescenci definuje takto: *„je to období hledání a přehodnocování, v němž má jedinec zvládnout vlastní proměnu, dosáhnout přijatelného sociálního postavení a vytvořit si subjektivně uspokojivou, zralejší formu vlastní identity“*. Její průběh závisí na daných sociokulturních podmínkách, od nichž se odvíjí společenské požadavky a očekávání ve vztahu k dospívajícím. Carr-Gregg (2012) uvádí několik úkolů, které adolescenti musí splnit, aby úspěšně završili cestu k dospělosti. Jde o vybudování vlastní pozitivní identity, dosažení nezávislosti a citového odpoutání od rodiny, vytvoření pevných přátelských vazeb a nalezení vlastního místa ve světě.

Adolescence vyplňuje životní etapu mezi dětstvím a dospíváním, zahrnuje přibližně druhé desetiletí života (Macek, 2003). Z biologického hlediska toto období začíná prvními znaky pohlavního dozrání (především výskytem sekundárních pohlavních znaků) a zrychlením tělesného růstu a končí dovršením pohlavní zralosti a dokončením tělesného růstu (Langmeier & Krejčířová, 2007).

Vymezení tohoto životního období komplikuje značná intraindividuální a interindividuální variabilita. Pro většinu dospívajících však platí nástup adolescence mezi jedenáctým až dvanáctým rokem a její ukončení okolo dvacátého až dvaadvacátého roku života. Z důvodu velkého věkového rozpětí se obvykle dělí na období pubescence (11-15 let) a samotné období adolescence (15-20/22 let). Někteří autoři pubescenci dále rozdělují na fázi prepuberty (11-13 let) a puberty (13-15 let). (Langmeier & Krejčířová, 2007).

Jiní využívají členění na časnou (10-13 let), střední (14-16 let) a pozdní adolescenci (17-20 let) (Macek, 2003). My se zde budeme držet dělení, které bylo zmíněno jako první a stručně jednotlivé fáze charakterizujeme.

## **1.1 Období pubescence**

Pubescence neboli raná adolescence probíhá přibližně mezi jedenáctým až patnáctým rokem života. Počíná prvními známkami pohlavního zrání a urychlením tělesného růstu, končí dosažením reprodukční schopnosti. Pro chlapce je typické opoždění fyzického vývoje o jeden až dva roky oproti dívkám. (Langmeier & Krejčířová, 2007) Probíhající biologické změny se stávají podnětem pro další změny, které mají psychické i sociální důsledky. Mění se způsob myšlení, objevuje se schopnost abstraktního uvažování. S proměnou zevnějšku dochází i ke změně sebepojetí a chování okolí. Vlivem hormonálních proměn se mění emoční prožívání, které je nestálé a odráží se v sebehodnocení. (Vágnerová, 2012)

S biologickým dozráváním také souvisí zvýšený zájem o vrstevníky zejména opačného pohlaví. Na významnosti nabývá přátelství a objevuje se první experimentování s partnerskými vztahy. (Vágnerová, 2012) V mnoha případech zde leží počátek emancipace od rodiny, které je usnadněno sdružováním v partách (Marková, 2008). Pro tento věk je rovněž specifická snaha odlišit se jak od dětí, tak od dospělých. O to adolescent usiluje proměnami zevnějšku, zastáváním odlišných názorů apod. (Vágnerová, 2012)

Jelikož jde o období změn, které pro dospívající představuje zátěž a přináší pocity nejistoty, silně se zde projevuje potřeba jistoty a potřeba přijatelné pozice ve světě, která zahrnuje oblast výkonu i společenské přijetí. Úkolem adolescentů se stává naplnění těchto potřeb a potvrzení vlastní kompetentnosti. (Vágnerová, 2012)

## **1.2 Období adolescence**

Období adolescence navazuje na pubescenci a trvá přibližně od patnácti do dvaceti let, někdy déle. V této fázi dospívající pozvolna dosahují plné reprodukční zralosti. Dochází k pomalému dokončování růstu, který není rovnoměrný, proto dochází k disharmonii postavy. Dívky se spíše zaoblují, chlapcům narůstá svalová hmota. Rovněž zde pokračuje zrání mozku, se kterými může souviset emoční nestabilita a kolísání pozornosti. (Langmeier & Krejčířová, 2007)

V tomto období dochází ke komplexnějším psychosociálním proměnám, které obnášejí změny osobnosti i společenského postavení. Jedinci získávají nové sociální role, které jsou zpravidla spojeny s větší prestiží než role dětské. (Vágnerová, 2012) To souvisí s ukončením povinné školní docházky, po níž dospívající pokračují ve svých studiích nebo si hledají zaměstnání (Langmeier & Krejčířová, 2007). Někteří již dosahují ekonomické nezávislosti, čímž si zaslouhují přiznání větších práv. Dalším důležitým sociálním mezníkem je dosažení plnoletosti, které s sebou přináší svobodu i zodpovědnost. (Vágnerová, 2012)

V adolescenci též probíhají změny sebepojetí a hledání a rozvoj vlastní identity, která souvisí se snahou o sebepoznání (Langmeier & Krejčířová, 2007; Vágnerová, 2012). Důležitý je zejména sociální aspekt identity, to znamená potřeba někam patřit, podílet se a sdílet s ostatními (Macek, 2003). Sociální identitu si jedinec potvrzuje zejména přijetím adolescentní kultury a stylu života. Typické je navazování hlubších vrstevnických i partnerských vztahů a ustálení vztahů s rodiči. Dospívající zastávají aktivnější přístup k seberealizaci a jsou si vědomi toho, že mají život ve svých rukou a mohou ho ovládat. Proto se často pokoušejí o změny a experimentují v oblasti chování a sebevymezení, hledají vlastní hranice. To může být mnohdy riskantní, jelikož mají sklony k extrémnímu jednání. (Vágnerová, 2012)

### **1.3 Projevy rizikového a problémového chování v adolescenci**

Veškeré změny, kterými mladiství procházejí, je činí velmi zranitelnými. Z toho důvodu se řadí mezi jednu z nejohroženějších skupin v populaci. (Marková, 2008) Od počátku devadesátých let můžeme pozorovat nárůst problémového a rizikového chování adolescentů, které je nebezpečné nejen pro společnost, ale rovněž poškozuje zdraví jedince a narušuje jeho přirozený vývoj. Příkladem může být delikventní chování a kriminalita, konzumace alkoholu a dalších drog, rizikové sexuální chování nebo poruchy příjmu potravy, kterými se zabýváme v následující části práce. (Macek, 2003)

Poruchy příjmu potravy v adolescenci souvisejí s problémovou identitou, obtížemi se zvládnáním adolescentních vývojových úkolů a strachem z dospělosti. (Macek, 2003) Riziko jejich propuknutí je vysoké z důvodu prudkých fyzických změn, které vzbuzují úzkost. Ta pramení z vlastního vzhledu, tvaru těla, rychlého růstu a sexuality. (Carr- Gregg, 2012) Vnímání vlastního tělesného vzhledu se stává podstatnou součástí sebehodnocení, které v tomto období nebývá příliš vysoké (Marková, 2008). Právě

v adolescenci jsme totiž nejcitlivější na to, jaký dojem o sobě zanecháváme v druhých a jakékoliv skutečné nebo domnělé negativní projevy a výroky druhých v nás vyvolávají zmatky a výkyvy v sebehodnocení (Fialová, 2001). Nejvýraznější vliv na jeho úroveň má v tomto období zejména míra přijetí adolescenta vrstevnickou skupinou (Marková, 2008).

## 2 Poruchy příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy (PPP) jsou bio-psycho-sociální onemocnění, na která působí psychika jedince, ale také jeho užší i širší sociální prostředí (Hadaš, 2007). Kaňková (2005) je definuje jako „*stavy, které vedou v déledobé perspektivě k narušení rovnováhy mezi příjmem a výdejem energie a k patologické změně tělesné hmotnosti*“. Tato onemocnění s sebou nesou značné důsledky jak pro postižené, tak pro jejich sociální okolí, které tvoří členové rodiny, přátelé a další osoby, s nimiž je jedinec ve styku. U postižených mají nejen tělesný, ale i psychický a sociální dopad, jež jim výrazně narušuje život. (Krch, 1999)

Problematika poruch příjmu potravy dnes nabývá na významnosti, jelikož počet postižených neustále vzrůstá. (Marádová, 2007) Z tohoto důvodu je jim věnována stále větší pozornost. Nejde ovšem o nový jev, různé formy narušeného příjmu potravy se objevovaly již od dávné minulosti. Typickými příklady jsou odmítání potravy a přejídání se, ale existují i vzácnější a méně časté formy. (Krch, 1999)

### 2.1 Vymezení poruch příjmu potravy

V aktuální verzi Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10), která se využívá v klinické praxi, jsou poruchy příjmu potravy značené kódem F50. Jsou zde uvedené dva nejjasněji vymezené syndromy: mentální anorexie (F50.0) a mentální bulimie (F50.2). (Krch, 1999) Dále zde najdeme jejich atypické formy (F50.1 a F50.3), přejídání spojené s psychologickými poruchami (F50.4), zvracení spojené s jinými psychologickými poruchami (F50.5), jiné poruchy příjmu potravy (F50.8) a poruchu příjmu potravy NS (F50.9). (World Health Organisation, 2008) Ve výzkumu a publikační činnosti se využívá Diagnostický a statistický manuál (DSM), který vydává Americká psychiatrická asociace. Tato příručka vymezuje zejména mentální anorexii a mentální bulimii, na které se zaměříme v další kapitole. (Krch, 1999)

## 2.2 Mentální anorexie

Mentální anorexie neboli anorexia nervosa (MA) je onemocnění, které se vyznačuje abnormálním stravovacím chováním, které vede k vážnému úbytku váhy (Meczekalski, Podfigurna-Stopa, & Katulski, 2013). Jedinci svou hmotnost záměrně snižují zvýšeným výdejem energie nebo redukcí jejího příjmu, tzn. hladověním (Krch, 2007). Důvodem hladovění však většinou není nedostatečná chuť k jídlu, ale spíše to, že osoba jíst nechce, aby nepřibrala. Nechutenství bývá až důsledkem tohoto hladovění. Někdy postižení paradoxně projevují intenzivní zájem o jídlo a vše s ním spojeným (vaření, sbírání receptů...). Zvýšeného výdeje energie jedinci dosahují například nadměrným cvičením, navozovaným zvracením, používáním přípravků na hubnutí nebo užíváním projímadel (laxativ). (Krch, 1999)

Pro anorexii je typický strach z tloušťky, který osoba může odmítat. V současné době je také často zaměňován za snahu o zdravé stravování. (Krch, 2002) Se strachem z tloušťky je spojena nespokojenost s obrazem vlastního těla a jeho narušená percepce. To znamená, že jedinec vnímá své tělesné partie zkresleně a nadhodnocuje jejich rozměry. Zároveň popírá závažnost své nízké váhy. (Marádová, 2007) Přitom právě uvědomění si vlastních problémů je předpokladem pro úspěšnou léčbu (Papežová, 2000).

### 2.2.1 Základní diagnostická kritéria

Základní diagnostická kritéria závisí na zvoleném klasifikačním systému. MKN-10 určuje následující kritéria MA:

- 1) Váhový úbytek nebo nedostatečný přírůstek hmotnosti u dětí, vedoucí k tělesné hmotnosti minimálně o patnáct procent nižší oproti normální či očekávané hmotnosti pro daný věk a výšku. (Hadaš, 2007)
- 2) Intenzivní strach z přibírání a ze ztloustnutí navzdory velmi nízké tělesné hmotnosti.
- 3) Narušené vnímání vlastního těla a hmotnosti, jejich nepřiměřený vliv na sebehodnocení, nebo popírání závažnosti své nízké tělesné hmotnosti.
- 4) U žen absence tří po sobě následujících menstruačních cyklů (amenorea). (Cooper, 2014)

Při stanovování diagnózy je vždy nutné vyloučit přítomnost jiné poruchy (somatické či duševní), která by mohla být příčinou nechutenství, nedostatečné tělesné hmotnosti a narušeného příjmu potravy (Procházková & Sladká Ševčíková, 2017).

### **2.2.2 Specifické typy mentální anorexie**

Existují dva specifické typy mentální anorexie, které rozlišujeme na základě toho, zda u osoby dochází či nedochází k opakovanému záchvatovitému přejídání (Procházková & Sladká Ševčíková, 2017). Nazýváme je:

- a) Restriktivní (nepurgativní) typ, u nějž nedochází k opakovaným záchvatům přejídání, zato postižený drží přísné diety, hladoví nebo intenzivně cvičí.
- b) Typ záchvatovitého přejídání/vypuzování (purgativní typ), pro nějž jsou charakteristické opakované záchvaty přejídání, zvracení nebo užívání laxativ či diuretik. (Hadaš, 2007)

## **2.3 Mentální bulimie**

Mentální bulimie neboli bulimia nervosa (MB) je porucha, pro kterou jsou charakteristické opakované záchvaty přejídání spojené s pocity ztráty kontroly nad jídlem (Krch, 2007). Přejídání bývá kompenzováno extrémními metodami, jako například záměrným zvracením a užíváním projímadel (Cooper, 2014). Typická je přehnaná kontrola tělesné váhy, která může zahrnovat nadměrné cvičení či období odpírání potravy (Krch, 2007).

Společným znakem s mentální anorexií je zvýšená pozornost věnovaná vlastnímu vzhledu a tělesné hmotnosti (World Health Organisation, 2008). Další podobností je strach z tloušťky, který nalézáme u obou onemocnění (Krch, 1999). Na rozdíl od MA však jedinci většinou netrpí podváhou, ani nejsou obézní (Němečková, 2007). Může se vyskytovat mírný úbytek váhy nebo naopak mírné zvýšení, časté je její výrazné kolísání (Krch, 2007). Pokud se objeví závažnější úbytek váhy, hovoříme o purgativním typu mentální anorexie (Marádová, 2007).

Mentální bulimie jako diagnóza má podstatně kratší historii než mentální anorexie. Byla popsána až v 50. letech minulého století, poté byla považována za průvodní jev některých

forem mentální anorexie a až v 90. letech byla vyčleněna jako samostatná porucha. (Němečková, 2007)

### **2.3.1 Základní diagnostická kritéria**

Základní diagnostická kritéria MB podle MKN-10 jsou následující:

- 1) Opakující se epizody přejídání (minimálně dvakrát týdně po dobu tří měsíců) během nichž je konzumováno velké množství jídla v krátkém čase.
- 2) Neustálé zabývání se jídlem a silné, neodolatelné puzení k jídlu. (Němečková, 2007)
- 3) Snahy o potlačení „vykrmujičího“ účinku jídla jedním nebo několika z následujících způsobů: navozované zvracení, střídavé období hladovění, zneužívání léků jako jsou anorektika, diuretika, laxativa a další, snaha vynechávat léčbu inzulínem u diabetiků.
- 4) Vlastní pocit přílišné tloušťky spojený s neodbytnou obavou z tloustnutí. Bulimii často předchází období anorexie nebo intenzivnějšího omezování v jídlu. (Marádová, 2007)

### **2.3.2 Specifické typy mentální bulimie**

Stejně jako u MA rozlišujeme i u MB dva specifické typy:

- a) Vypuzující (purgativní) typ, který se vyznačuje pravidelně vyvolávaným zvracením, nadužíváním projímadel nebo diuretik.
- b) Nevypuzující (nepurgativní) typ, pro který je charakteristické držení přísných diet, půstů a nadměrné cvičení, ale nevyskytuje se zde nucené zvracení a užívání projímadel či diuretik. (Hadaš, 2007)

## **2.4 Atypické poruchy příjmu potravy**

Do této kategorie se dle 10. revize MKN zařazuje atypická mentální anorexie a atypická mentální bulimie. Jde o poruchy, které splňují pouze některá kritéria daného onemocnění. U nemocných tedy chybí jeden nebo více ze základních příznaků onemocnění, tudíž celkový klinický obraz neopravňuje k diagnóze mentální anorexie nebo mentální bulimie. (World Health Organisation, 2008). V některých případech však po čase dochází k propuknutí kompletních příznaků daného onemocnění (Krch, 2007).



## 2.5 Výskyt a rozšíření poruch příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy se řadí mezi nejčastější a nejzávažnější onemocnění postihující dívky a mladé ženy (Krch, 1999). Stále častěji se však tato onemocnění objevují také u mužů. Cíle obou pohlaví se vzájemně liší. Ženy si především přejí být štíhlé, zatímco mužům jde o to vypadat silněji a mužněji. (Davis & Scott-Robertson, 2000) Pravděpodobnost výskytu MA a MB je desetkrát až dvacetkrát vyšší u dívek než u chlapců (Marádová, 2007). Možným vysvětlením je to, že vzhled hraje v životě žen důležitější roli než u mužů. Také je pro ně typičtější nižší sebehodnocení na základě vzhledu oproti mužům. Zároveň mají ženy větší tendenci k tloustnutí a zatímco chlapci v období puberty nabírají převážně svalovou hmotu, dívky spíše tělesný tuk. (Krch, 2002)

Rozšíření MA i MB v České republice přibližně odpovídá jejich rozšíření v zemích západní Evropy (Krch, 2002; 2008). V poslední době dochází k šíření výskytu PPP do nižších i vyšších věkových skupin (Krch, 2007). Postižení tvoří velmi různorodou skupinu, kterou je obtížné jednotně definovat. MA a MB se objevuje u dívek pocházejících z odlišného prostředí, z různých rodin, s různým vzděláním a bez ohledu na to, zda bydlí ve městě či na vesnici. (Krch, 2008).

První příznaky MA se obvykle objevují u dívek ve věku třinácti až šestnácti let, zřídka po dvacátém roce (Krch, 2002; 2007). Příklad přibližně na jednu dívku z dvou set. Její prevalence se pohybuje mezi 0,5-0,8 %. Bylo však zjištěno, že některými příznaky MA trpí až šest procent dívek na konci puberty.

Zjišťování výskytu MB je obtížné, jelikož od jejího vymezení v 70. letech došlo k několika změnám diagnostických kritérií (Krch, 1999). Z důvodu užívání různých definic MB a neadekvátně formulovaných klíčových pojmů se jednotlivá zjištění liší (Cooper, 2014). Toto onemocnění ve většině případů propuká okolo osmnáctého roku. Výjimkou však dnes není ani počátek v dospělosti do třicátého roku věku (Krch, 2007). Časnější výskyt je na rozdíl od MA velmi neobvyklý. (Cooper, 2014) V České republice se MB vyskytuje přibližně u každé dvacáté dívky a mladé ženy. Některé její příznaky můžeme pozorovat u více než deseti procent mladých žen. (Krch, 2008) U žen v kritickém věku (15 až 30 let) se uvádí prevalence v rozmezí 1,5-5 %, s užitím širších kritérií se však její prevalence zvyšuje (Krch, 2007).

## **2.6 Rizikové faktory**

Na vzniku PPP se vždy podílí mnoho různých faktorů, které nelze snadno hodnotit a klasifikovat (Krch, 2002). Souhra těchto faktorů funguje jako spouštěč nebo udržující mechanismus onemocnění (Papežová, 2000). Zároveň neexistuje žádná specifická příčina, po jejímž odstranění by došlo k vyléčení postiženého (Marádová, 2007).

Zde jsou některé ze základních rizikových faktorů:

### **Redukční diety**

Bylo zjištěno, že redukční diety obecně zvyšují riziko vzniku PPP. Hlavním důvodem příklonu k dietám je nespokojenost s vlastním tělesným vzhledem. (Marádová, 2007)

### **Příslušnost k ženskému pohlaví**

Jak jsme již zmiňovali výše, fyzický vzhled je podstatnější pro ženy než pro muže a je u nich rovněž vyšší riziko propuknutí PPP. Dospívající dívky mohou mít strach ze sexuality a z budoucí ženské role, a tak je odmítají. To se projevuje záměrným hubnutím, které dívce znemožňuje dospět. (Marádová, 2007)

### **Období dospívání**

Dospívání je typickým obdobím pro vznik PPP. Mohou jí nastartovat probíhající tělesné změny, které jsou přirozeně spojeny s nejistotou, úzkostí a někdy i se strachem (Marádová, 2007). Mimo tělesných změn nastávají i změny sociální. Ty s sebou přinášejí stres, nejistotu a úzkost, které dívky často vyvažují zvýšenou kontrolou svého těla a příjmu potravy. (Krch, 2008) V dospívání také dochází k diferenciaci vlastního Já, vzrůstu sebeuvědomování, větší sociální vnímavosti a objevuje se zvýšený zájem o vrstevníky. Sebevědomí dospívajících je labilnější a jsou celkově soupeřivější, ale zároveň citlivější a zranitelnější. (Krch, 2008)

### **Vliv rodiny**

Rodina představuje jeden z rozhodujících vlivů působících na vznik onemocnění, a to obzvláště u dětí. Na jedince může negativně působit mnoha způsoby. Na počátku mohou být rodinné problémy, změny, ale také kladení důrazu na jídlo, vzhled, výkon, sebekontrolu nebo dieta rodinného příslušníka, kterou se jedinec inspiruje. (Marádová, 2007) Na vznik PPP má pravděpodobně vliv také nedostatečná péče a empatie, přílišná kritičnost a vysoká očekávání rodičů (Krch, 2008).

Ačkoliv nebyly nalezeny žádné významné rozdíly mezi rodinami postižených a nepostižených, bylo zjištěno, že se v rodinách s osobou trpící anorexií často vyskytuje obezita, dodržování diet, posedlost zdravou stravou, orientace na výkon, alkoholismus a deprese (Krch, 2002). V rodinách pacientů s MB se v mnoha případech objevují špatné či chaotické jídelní návyky, přejídání, držení diet nebo PPP, kterou prodělal některý ze členů rodiny. Je zde častější výskyt depresivních symptomů, závislostí (např. na alkoholu) a zraňujících zážitků. (Papežová, 2003)

### **Genetika**

Zdá se, že existuje genetické riziko pro vznik PPP. Usuzujeme tak proto, že jsou rodiny, v nichž je onemocněním postiženo více členů. (Papežová, 2000) Při vzniku MA se uvádí genetický podíl 50-90 %, u MB pak 35-83 %. Jedinci rovněž mohou zdědit některé povahové rysy, které je činí zranitelnějšími. Například citlivost na stres a úzkostnost jsou pro rozvoj PPP rizikové. (Papežová, 2003) Dědičnost se na vzniku PPP může podílet také genetickým přenosem tělesné hmotnosti. Při kombinaci s dalšími rizikovými faktory mohou sklony k nadváze přispívat k rozvoji onemocnění, zejména MB. (Cooper, 2014)

### **Psychologické faktory**

PPP jsou vedle dalších faktorů podmíněné také určitými osobnostními rysy a psychickými vlastnostmi, vyskytujícími se ještě před onemocněním (Procházková & Sladká Ševčíková, 2017). Mezi rizikové povahové rysy bývá obecně řazena touha po dokonalosti (perfekcionismus), vysoká sebekritičnost, negativní sebehodnocení, zranitelnost a ochota zalíbit se druhým, závislost, nestabilita, asketismus a trestání sebe sama za problémy, které jedinec sám nedokáže vyřešit. (Papežová, 2000) U nemocných se také často vyskytují obsedantní, úzkostné a depresivní příznaky (Krch, 1999).

Jedinci trpící MA bývají příliš zaměřeni na dosažení úspěchu, což je v protikladu k jejich velmi nízkému sebevědomí a častým pochybnostem o sobě samém. Jsou nadměrně přizpůsobiví, poslušní, úzkostní, vyhýbaví a mají vysokou míru sebekontroly a zodpovědnosti vůči sobě i druhým. Pro pacienty s MB je typická spíše impulzivita, labilita, nezdrženlivost, sebekritičnost a zranitelnost. (Procházková & Sladká Ševčíková, 2017) Častěji se potýkají se závislostmi na alkoholu, drogách a někdy mají problém s promiskuitou či gamblerstvím. Také častěji trpí hraniční poruchou osobnosti. (Papežová, 2003)

## **Nepříznivé životní události**

Vznik PPP také souvisí s různými životními událostmi a situacemi, které jedinec vnímá jako stresové. Příkladem mohou být životní změny, problémy v rodině či odloučení od rodiny, konflikty, osobní nezdary nebo narážky na tělesný vzhled. (Krch, 1999)

## **Sociokulturní vlivy**

Současná kultura je zaměřena na štíhlost a propagaci zdravé výživy. Všude nám jsou prezentovány vyhublé ženy a dívky (modelky, celebrity, a dokonce i hračky). Sdělovací prostředky nám dennodenně předkládají stále štíhlejší ideál krásy, kterému se řada žen a dívek snaží přiblížit. Zatímco štíhlost je oceňována a je považována za výsledek úspěšné sebekontroly, obezita je znevažována. (Papežová, 2000) Nadváha je pokládána za škodlivou, štíhlost je spojována se zdravím a má se za to, že na ní závisí krása, osobní štěstí i vlastní hodnota (Krch, 2002).

Podobné černo-bílé dělení se týká i jídla, které dnes rozdělujeme na zdravé a nezdravé. To, které spadá do škatulky „nezdravé“ nám je představováno jako nebezpečné a škodlivé, čímž u mnoha lidí vzniká strach z jídla. (Papežová, 2000) To vše na nás může působit velmi destruktivně a podílet se na vzniku PPP.

Krch (2008, s. 51) to shrnuje takto: „*PPP jsou tedy důsledkem vlivu sociokulturních faktorů, nepříznivých životních událostí, chronických obtíží, nedostatečných sociálních a rozhodovacích dovedností a nakonec i biologických a genetických faktorů.*“ Na závěr je třeba zmínit, že existují rovněž faktory, které fungují jako ochrana před PPP. Řadíme sem aktivní řešení problémů, nízké užívání diet a alkoholu a nízké skóre deprese. (Krch, 1999)

## **2.7 Průběh**

Průběh PPP bývá velmi variabilní. MA i MB mohou mít formu jednorázové epizody a následně zcela odeznět, ale mohou mít i dlouhodobý průběh nebo se epizody po dlouhý čas opakují. (Krch, 1999) Přibližně u deseti až dvaceti procent lidí trpících PPP se stav nelepší, naopak u nich přibývá další psychopatologie a zdravotních potíží. (Krch, 2007)

## 2.8 Důsledky

Stejně jako každé jiné onemocnění s sebou i PPP potraviny nesou jisté následky, které jsou rozsáhlé a mnohdy nevratné. Jejich spektrum je velice široké, zasahují do oblasti fyzické, psychické i sociální a velmi ohrožují jak zdraví, tak kvalitu života jedince. (Míčová & Švédová, 2010)

### 2.8.1 Fyzické důsledky

Zdravotní komplikace u PPP jsou způsobovány zejména úbytkem tělesné hmotnosti, podvýživou, zvracením nebo přílišným užíváním laxativ či diuretik a mohou postihnout v podstatě všechny tělesné systémy (Míčová & Švédová, 2010). Obtíže jsou většinou vyvolané snížením metabolismu nebo narušením elektrolytové rovnováhy u zvracejících pacientů (Krch, 2007). MA a MB jsou si v některých aspektech velice podobné, a proto se i jejich dopady do jisté míry překrývají.

#### 2.8.1.1 Zdravotní důsledky nedostatečné výživy

Důsledky nedostatečné výživy jsou nízká váha, citlivost na chlad, řidnutí kostní tkáň (osteoporóza), renální komplikace, snížení bazálního metabolismu a poruchy srdečního rytmu (Míčová & Švédová, 2010). Dále se uvádí zvýšená únavnost a svalová slabost, poškození jater, oslabení krevního oběhu, zažívací potíže (např. zpomalení funkce střev) a pocity nevolnosti, které souvisejí se zmenšením žaludku. U některých jedinců se vyskytují bolesti hlavy, závratě a poruchy vědomí. (Krch, 2008)

Nemocní mohou trpět nespavostí či poruchami spánku a obranyschopnost jejich organismu je celkově oslabena, tudíž se zvyšuje náchylnost k nemocem. Rovněž se může projevit pokles zájmu o sex vlivem snížené činnosti pohlavního systému. (Krch, 2002) Nízká tělesná hmotnost má také značný vliv na hormonální rovnováhu. To znamená, že může narušit menstruační cyklus, který ztrácí svou pravidelnost nebo zcela ustane (amenorea). Nízká váha může dokonce negativně ovlivnit plodnost žen (Cooper, 2014).

Naprostozjevnými a viditelnými projevy nedostatečné výživy bývají řídké a lámavé vlasy, zhoršená kvalita pleti, měkké nehty, modřiny, zvýšený růst ochlupení, kazivost zubů a celkově sešlý vzhled. Osoby vlivem podvýživy působí mladší, než ve skutečnosti jsou. U mladých dívek hrozí zpomalení růstu, a dokonce i opoždění puberty. (Krch, 2002)

### **2.8.1.2 Zdravotní důsledky plynoucí z přejídání a zvracení**

Opakované záchvaty přejídání vedou k pocitům plnosti a nadmutosti, bolestem, zažívacím problémům a někdy i k obtížím s dýcháním. Úmyslné zvracení je jedním z kompenzačních mechanismů přejídání. Jeho důsledkem bývá poškození zubů, otékání slinných žláz pod čelistí, poškození hltanu a oslabení jícnového svěrače. Také je příčinou nerovnováhy tekutin a minerálů (elektrolytů), která souvisí se srdeční arytmií. Poškození tělesných funkcí způsobených dlouhodobým přejídáním a zvracením však není nezvratné a po vyléčení zpravidla dochází k tělesné úzdavě. (Cooper, 2014)

### **2.8.1.3 Zdravotní důsledky užívání projímadel a diuretik**

Zneužívání projímadel a diuretik je též jednou z kompenzačních praktik. Může vést k nerovnováze tekutin a elektrolytů. Jedinec si na nich navíc může vytvořit závislost, která znesnadňuje snahy o jejich vysazení. Užívání vysokých dávek některých projímadel může zapříčinit poškození střevní stěny. (Cooper, 2014)

MA a MB se však neprojevuje pouze na tělesné rovině, ale také na úrovni psychické a společenské. Jejich důsledky bývají velmi vážné, jelikož narušují psychickou pohodu a osobní, pracovní i společenský život postiženého. (Krch, 2002; 2008) Blíže se jim věnujeme v následujících dvou kapitolách.

## **2.8.2 Psychické důsledky**

MA provází silné pocity nejistoty, méněcennosti a zároveň veliká touha po dokonalosti. K tomu se často přidružují úzkostné prožitky a depresivní příznaky (spojené s narušeným vztahem k vlastnímu tělu a příjmem potravy) plynoucí právě z nejistoty a nedostatečného sebevědomí. Tyto příznaky nemocný redukuje kontrolou nad příjmem potravy a udržováním abnormálně nízké tělesné hmotnosti, což ho stojí obrovské množství energie. Pokud se mu to zcela nedaří, zažívá silné pocity viny a zahanbení. Postupně dochází k tomu, že se vysoká míra sebekontroly rozšiřuje i do dalších oblastí života. Se zvyšujícím se stupněm podvýživy však může přejít v apatii. (Krch, 2002)

Jak už bylo naznačeno výše, nálada nemocného se odvíjí především od tělesné hmotnosti a stupně sebekontroly. Pro počátek onemocnění je typická zvýšená aktivita a pocity euforie, později se setkáváme spíše s náladou pokleslou, podrážděnou či depresivní. U nemocných se projevuje nutkavé chování a myšlení. Jejich zájem se omezuje pouze na tělesný vzhled

a jídlo, vše ostatní přestává být důležité a je tudíž obtížné dosáhnout uspokojení skrze něco jiného. Také se stále více soustředí sami na sebe a na své problémy a podléhají sebelítosti. Často žijí v napětí a neustálých obavách ze selhání a nedokonalosti a vyskytují se u nich stavy podrážděnosti a nervového napětí doprovázené tělesnými obtížemi. MA s sebou rovněž nese problémy s orientací ve vlastních pocitech. Dále se objevuje zhoršená koncentrace pozornosti a intelektová výkonnost a také celkové zpomalení pracovního tempa. (Krch, 2002)

Psychické důsledky MA a MB jsou si velmi podobné. MB je rovněž spojena s velikou nejistotou a úzkostí. Nemocní prožívají pocity viny, neschopnosti a přibývá u nich depresivních příznaků (podrážděná apatie, pocity beznaděje, vyhýbání se společností atd.) spojených s příjmem potravy, tělesnou hmotností a postavou. Tyto příznaky závisí na stupni sebekontroly a prohlubují se, pokud jedinec nedokáže zhubnout, jak by si přál nebo pokud jeho kontrola není stoprocentní. (Krch, 2008)

MB se také vyznačuje jistou nutkavostí, kdy je veškerá pozornost vázána na jídlo a je obtížné nalézt uspokojení v něčem jiném. Onemocnění tak postupně začíná přebírat vládu nad životem jedince. Nemocní obvykle bývají podráždění, impulzivní, vztahovační a sebestřední. Objevují se u nich nepřiměřené obavy ze selhání, nedostatků a nedokonalosti a často trpí pocity sebelítosti. Mají snížený zájem o okolí a sexuální aktivity. Zhoršuje se u nich orientace ve vlastních pocitech, nesnadno koncentrují svou pozornost a jejich výkonnost je snižena. Nespokojenost s vlastní osobou a vnitřní napětí může někdy vyústit až v sebepoškozování. Velké nebezpečí pro bulimiky představují drogy a alkohol, ke kterým mají jistou náchylnost. (Krch, 2008)

### **2.8.3 Sociální důsledky**

Výše popsané fyzické a zejména psychické důsledky PPP mají výrazný dopad na jedincův osobní i společenský život. Problémy s jídlem na sebe vážou stále více pozornosti, což nevyhnutelně vede k narušení vztahu s partnerem, rodinou, přáteli, ale také vztahů v práci. (Cooper, 2014)

Jak už jsme zmiňovali výše, jedinci s PPP obvykle bývají egocentričtí a vztahovační. Projevuje se u nich snížený zájem o vše, co se netýká jídla a trpí neustálými výkyvy nálad, což ohrožuje kvalitu jejich vztahů. (Krch, 2002) Terčem jejich podrážděných reakcí se mnohdy stávají partneři, na které rovněž dopadá neuspokojivý společenský život

nemocných (Cooper, 2014). Jejich problematické jídelní návyky (přejídání, zvracení, vyhýbání se jídlu a jeho odmítání atp.) v druhých často vzbuzují úzkost, obavy a snahu pomoci. S dospívajícími je často zacházeno jako s dětmi, je o ně pečováno a ustupuje se jim, čímž se zvyšuje jejich závislost na sociálním prostředí, která narušuje vyžrávání. (Krch, 2002)

Jedinci, kteří trpí PPP své onemocnění navíc často tají, protože se pro ně stává zdrojem pocitů viny a studu. Jelikož je však důležitou součástí jejich existence, záměrně se od ostatních izolují, aby se jim ho před nimi podařilo skrýt. Problémem je, že jídlo hraje důležitou roli ve společenském životě. Ve snaze vyhnout se mu se nemocní uzavírají před okolím a odmítají pozvání na obědy či večere. Komplikované je pro ně i samotné stolování s rodinou. Společenských akcí se účastní pouze v období, kdy jsou poměrně spokojeni se svou váhou a tvarem těla, jinak se stahují do ústraní. (Cooper, 2014) Následkem toho všeho jsou stále častější konflikty s okolím, zhoršená kvalita vztahů, úbytek společenských kontaktů, pocity osamělosti, ale také snížená schopnost přizpůsobit se a nepřiměřené reagování. (Krch, 2002; 2008)

#### **2.8.4 Účinky hladovění**

Zajímavé výsledky přinesla studie zabývající se účinky hladovění na lidský organismus (The Minnesota Starvation Experiment), kterou během druhé světové války provedl Ancel Keys a jeho kolegové z Minnesotské univerzity. Jejím cílem bylo porozumět fyzickým a psychologickým dopadům hladovění a problému obnovení příjmu potravy u civilistů, kteří během války trpěli hladem. Experimentu se dobrovolně účastnilo 36 zdravých mužů, jimž byl záměrně omezen příjem potravy. V důsledku této restriktce většina z nich ztratila během šesti měsíců více než 25 % své původní tělesné hmotnosti a vyskytli se u nich různé zdravotní obtíže jako například anémie, závratě, extrémní únava, bolesti svalů, vypadávání vlasů a zhoršená koordinace. (Kalm & Semba, 2005)

Mimo to se u účastníků projevilo překvapivě mnoho psychologických a sociálních důsledků velmi podobných těm u PPP. Vlivem částečného hladovění se účastníci experimentu ve zvýšené míře zaobírali jídlem, které se pro ně stalo posedlostí a také jedinou věcí, na které jim opravdu záleželo. Sbírali recepty, a dokonce si začali vystavovat obrázky jídla, namísto původních obrázků žen. Výzkumníci u mužů rovněž pozorovali výrazné kognitivní a emocionální změny. Hůře se soustředili na zadané úkoly, prožívali převážně negativní



emoce a byli apatičtí a neteční. Stávali se nespolečenskými, introvertními, podrážděnými a přibýlo u nich konfliktů s ostatními. Rovněž ztratili zájem o ženy a sexuální aktivity. Jezení se pro ně stalo jakýmsi rituálem, každé sousto si vychutnávali co možná nejdéle a po ukončení experimentu měli původně normální strávnicki tendence ke ztrátě kontroly a přejídání se. (Kalm & Semba, 2005)

## 2.9 Léčba

Existuje velké množství různých metod a přístupů k léčbě PPP. Postup by měl být vždy individuální a odpovídat současným potřebám postiženého. (Procházková & Sladká Ševčíková, 2017) Cílem by se však nemělo stát hledání možné příčiny (Krch, 2007). Terapeutický přístup by měl být komplexní a zahrnovat psychoterapii, farmakoterapii a režimovou léčbu (Němečková, 2007).

Léčba probíhá na třech rovinách:

- 1) Léčba dlouhodobé podvýživy a fyzických potíží.
- 2) Psychoterapie zaměřená na pochopení příčin nemoci a její role v životě klienta.
- 3) Psychoterapie cílená na změnu abnormálních stravovacích návyků a životního stylu. (Procházková & Sladká Ševčíková, 2017)

### 2.9.1 Léčebné cíle

Základní léčebné cíle u MA lze shrnout do následujících bodů (Papežová, Kocourková, & Koutek, 2006, podle Hadaš, 2007):

- Dosažení normální tělesné hmotnosti
- Obnovení reprodukční schopnosti u žen, normálního sexuálního citění a hormonální hladiny u mužů a běžného tělesného růstu a sexuálního vývoje u dětí a dospívajících
- Odstranění dalších biologických a psychologických důsledků podvýživy
- Posílení motivace k terapeutické spolupráci
- Psychoedukace pacienta týkající se zásad zdravé výživy, následků hladovění a diet
- Stanovení a dosažení cílové hmotnosti
- Změna nežádoucího myšlení, postojů a pocitů
- Léčba dalších psychopatologických projevů, poruch nálad, změn v chování a v sebehodnocení

- Spolupráce s rodinou či partnerem
- Usilování o prevenci relapsu

Mezi základní léčebné cíle u MB patří (Papežová et al., 2006, podle Hadaš, 2007):

- Redukce přejídání a zvracení
- Akceptace individuálně stanovené optimální hmotnosti pacientem
- Nutriční poradenství (pravidelné a pestré stravování, minimalizace diet)
- Volba adekvátní tělesné zátěže
- Léčba komorbidit
- Léčba další psychopatologie

### **2.9.2 Postup léčby**

Zpočátku se nemocný a jeho rodina nejčastěji obrací na praktického lékaře, který se zaměřuje především na tělesnou problematiku a informuje o důsledcích onemocnění a možnostech léčby. Rovněž nemocného vede ke změnám patologických postojů, návyků a chování a do jisté míry se snaží zvýšit jeho motivaci. Pacientovo spoluúčast na léčbě je totiž nezbytná pro její úspěšný průběh. Dále zprostředkovává cílenou léčbu nemocného u klinického psychologa, psychiatra nebo jiných specialistů v závislosti na typu obtíží. Primárním cílem léčby je změna jídelního chování a v případě vyhublosti také zvýšení tělesné váhy. (Krch, 2007)

Užitečná je kooperace s rodinou, která se u mladých pacientů stává nezbytnou (Krch, 2007). Pokud je spolupráce pacienta či jeho rodinných příslušníků nedostatečná, dochází k narušení léčby (Hadaš, 2007). Důležitá je psychoedukace pacienta a členů jeho rodiny prostřednictvím literatury, svépomocných manuálů, internetových stránek a tak dále (Krch, 2007; Němečková, 2007).

Lehčí formy PPP jsou léčeny ambulantně nebo se řeší docházením do denních center. Ambulantní péče zahrnuje péči lékařskou, nutriční terapii a psychoterapii. Pokud ambulantní léčba nefunguje a pokud je psychický či fyzický stav pacienta vážný, je nutná hospitalizace sloužící k jeho stabilizaci. Probíhá na psychiatrických odděleních či na jednotkách intenzivní péče, kde je léčba zajištěna multidisciplinárním týmem odborníků. Ve specializovaných

jednotkách nemocný pobývá přibližně dva až tři měsíce. Cílem je zlepšit jeho psychický i fyzický stav. (Procházková & Sladká Ševčíková, 2017)

K léčbě PPP se využívá různých forem psychoterapie – individuální, skupinové, rodinné (zejména u dospívajících), vícerodinné a rovněž svépomocných skupin. Vedle psychoterapie je někdy vhodné užití psychofarmak, zejména antidepresiv a anxiolytik. Ty však nemění chuť k jídlu, jídelní zvyklosti, ani tendence k držení diet a neměli by představovat prvotní řešení problému. (Krch, 2007; Němečková, 2007) Slouží spíše jak podpůrná léčba, jelikož zmírňuje doprovodné příznaky (Procházková & Sladká Ševčíková, 2017).

### **2.9.3 Psychoterapeutické přístupy**

Jak už jsme psali výše, pro efektivitu léčby je nutná její komplexnost, což znamená, že musí zahrnovat nejen medicínský a sociální přístup, ale také přístup psychologický. V současnosti neexistuje jediný psychoterapeutický směr, který by byl při léčbě PPP nejučinnější. Ukazuje se, že nejpodstatnějším faktorem je kvalitní vztah mezi pacientem a terapeutem. (Štěpánková & Ratajová, 2015) Nabídka psychoterapeutických přístupů užívaných při léčbě PPP za posledních deset let vzrostla. Doporučována je integrace či následné použití různých přístupů na základě klinických rysů nemocného a jeho reakcí na jednotlivé formy léčby. (Garner & Needleman, 1997, podle Garner, 2005)

Při léčbě PPP je hojně užívaným přístupem kognitivně-behaviorální terapie (KBT), která je doporučována jako prvotní léčba, jelikož podněcuje rychlý ústup příznaků. KBT je běžně uznávanou léčbou MB, v případě MA je doporučována především pro klinické užití. (Garner, 2005) Její podstatou je opětovné získání kontroly nad vlastním stravováním a redukce obav vztahujících se k tělesné hmotnosti a tvaru těla. Klinické studie naznačují vysokou účinnost KBT v terapii MB. Po absolvování léčby se přibližně dvě třetiny pacientů přestávají přejídat a podobně se snižuje i frekvence zvracení a užívání laxativ. U pacientů také dochází k výraznému zlepšení nálady. Podle výzkumných zjištění jsou změny navozené touto léčbou pravděpodobně trvalé. (Cooper, 2014)

Další dostupnou možností představuje interpersonální terapie (IPT), jejíž efektivita je zejména u MB rovněž slibná. Na konci léčby je IPT sice méně účinná než KBT, ale dlouhodobé studie ukázaly, že se jejich účinnost po čase vyrovnává. (Hadaš, 2007) Tento přístup se nejčastěji volí u pacientů s MB, kteří nereagují dobře na počáteční průběh KBT a u nichž převládají interpersonální konflikty. Doporučuje se ji začleňovat také

do dlouhodobější psychoterapie pacientů s MA. (Garner, 2005) Mezi další, méně časté formy psychologické léčby patří psychodynamická psychoterapie, psychoanalytická psychoterapie a řada dalších (Garner, 2005).

## 2.10 Úmrtnost

PPP jsou velmi závažná onemocnění, která mohou vést až k ohrožení života. MA je jedním z nejvíce smrtelných psychických onemocnění. Riziko úmrtí je u něj přibližně třikrát vyšší oproti ostatním psychickým nemocem. (Galová, 2013) Podle DSM-IV mortalita u mentální anorexie přesahuje deset procent. Nejčastějšími důvody úmrtí je vyhublost, sebevražda či metabolický rozvrat. (Stárková, 2009) Kvůli komplikacím spojených s MA umírá pět až dvacet procent nemocných v závislosti na délce trvání onemocnění (Galová, 2013). V porovnání s MA je průběh MB i přes závažné akutní období příznivější a ve většině případů dochází k uzdravě (Krch, 1999). Zdravotní následky jsou však natolik vážné, že mohou vést až k úmrtí, proto by neměla být podceňována. Uváděná mortalita MB je přibližně třikrát nižší než u MA. (Galová, 2013)

## 2.11 Další typy PPP

Mimo MA a MB existuje řada dalších, nedávno vzniklých a ne příliš známých PPP, které však doposud nejsou zařazeny do Mezinárodní klasifikace nemocí (Procházková & Sladká Ševčíková, 2017). Papežová (2010) se domnívá, že tyto diagnózy používá zejména laická veřejnost k zakrytí jiných PPP, jako např. MA. Jejich výskyt není příliš častý, ale přesto mohou být nebezpečné, a to zejména pro rizikovou skupinu dospívajících (Procházková & Sladká Ševčíková, 2017). Do této kategorie spadá například bigorexie, drunkorexie, pregorexie a orthorexie. Ve skutečnosti jich je ale mnohem více. (Papežová, 2010)

*Bigorexie* postihuje zejména muže. Jde o posedlost vlastním vzhledem a nepřiměřenou snahu dosáhnout fyzické zdatnosti a nabýt svalovou hmotu. Typické je zneužívání potravinových doplňků a anabolických látek. *Drunkorexie* se vyskytuje převážně u mládeže. Spočívá ve snížení příjmu energie z potravy, aby jedinec mohl vypít větší množství kalorického alkoholu. *Pregorexie* je záměrné snižování tělesné hmotnosti v období těhotenství, jde tedy o anorektickou symptomatiku v těhotenství. Tato diagnóza je obzvláště nebezpečná, protože může ohrozit život matky i plodu. *Orthorexie* je definována jako

patologická posedlost zdravou stravou. Podrobněji se jí budeme věnovat v následující kapitole bakalářské práce. (Procházková & Sladká Ševčíková, 2017)

### 3 Orthorexie nervosa

Termín orthorexie nervosa neboli mentální orthorexie (ON) pochází z řeckých slov „orthós“ (správný, pravdivý, přesný) a „orexis“ (chuť, touha). „Nervosa“ se využívá k označení posedlosti či fixace. (Bratman & Knight, 2000) ON byla zamýšlena jako paralela mentální anorexie neboli anorexie nervosy, od níž je také odvozen její název (Bratman, 2014). Poprvé ji v roce 1996 formuloval americký lékař alternativní medicíny Steven Bratman, který si onemocněním sám prošel a pozoroval ho rovněž u mnohých svých pacientů (Bratman & Knight, 2000; Bratman, 2014). Tento koncept poprvé představil v roce 1997 v článku „Health Food Junkie“ v periodiku Yoga Journal, kde ho definoval jako chorobnou fixaci na zdravém stravování (Bratman, 1997).

Jinými slovy řečeno jde o patologickou posedlost biologicky „čistými“ potravinami bez obsahu herbicidů, pesticidů a jiných umělých látek, která se v současnosti objevuje v rozvinutých zemích (Catalina Zamora, Bonaechea, Sánchez & Rial, 2005). O orthorexii hovoříme, pokud je onemocnění dlouhodobé a pozornost věnovaná jídlu po čase neklesá. Dalším znakem je výrazný negativní dopad na kvalitu života jedince. (Donini, Marsili, Graziani, Imbriale, & Cannella, 2004) Důsledkem tohoto striktního způsobu stravování bývá ztráta sociálních vztahů, emoční nespokojenost, která zpětně posiluje zájem o jídlo a rovněž nejrůznější somatické potíže, jako například nedostatek živin (Catalina Zamora et al., 2005). ON je tedy nejen psychologicky limitujícím, ale také fyzicky nebezpečným onemocněním (Bratman & Knight, 2000). V extrémních případech by jedinec trpící orthorexii raději zemřel hladem, než aby pozřel jídlo, které považuje za nečisté a tudíž škodlivé (Donini et al., 2004). Přitom ON zpravidla začíná poměrně nevinně. Prvotní motivací pro zdravé stravování často bývá touha překonat chronické onemocnění, zlepšit vlastní zdraví nebo snaha o snížení vlastní tělesné hmotnosti (Bratman & Knight, 2000). Onemocnění se ale často vystupňuje natolik, že se strava stane ústředním bodem života jedince (Catalina Zamora et al., 2005).

Také je třeba vyjasnit, že ne každý, kdo usiluje o zdravé stravování, trpí orthorexii. Zdravé stravovací návyky totiž samy o sobě nejsou onemocněním. Pakliže je jedinec motivován zdravím, nejde o patologii. Problém vzniká, pokud je pozornost věnovaná stravě obsesivní

nebo pokud vychází převážně z negativních emocí, jako je strach (např. z nemoci, stárnutí či smrti). (Billings, 1997) Chorobnost ON spočívá právě v její nutkavosti, absenci umírněnosti, ztrátě náhledu a rovnováhy a přenesení veškerého životního smyslu na jídlo (Bratman & Knight, 2000).

Ačkoliv se o orthorexii vedou rozsáhlé diskuze a mnohdy bývá považována za jednu z nových forem poruch příjmu potravy, nebyla doposud uznána jako samostatná klinická jednotka, tudíž není zařazena do MKN-10 ani DSM-V (Bratman, 2014; World Health Organisation, 2008). Důvodem je zejména nedostatek relevantních dat, absence univerzální definice a platných diagnostických kritérií (Donini et al., 2004).

### **3.1 Diagnostická kritéria**

Jak jsme již zmiňovali výše, ON doposud nebyla uznána jako samostatná diagnóza a nemá tedy platná diagnostická kritéria. Přesto někteří autoři vytvořili seznam prozatímních kritérií, která slouží jako výchozí bod a budou se dále upravovat a vylepšovat.

Dunn a Bratman (2016) navrhuji následující diagnostická kritéria, která dělí do dvou částí:

Část A se týká obsesivního zabývání se zdravou stravou. Mezi tato kritéria patří:

- 1) Kompulzivní chování a/nebo duševní předsudky spojené s výběrem potravin vhodných pro optimální zdraví.
- 2) Porušení vlastních stravovacích návyků vyvolává přehnaný strach z nemoci, pocit osobní nečistoty a/nebo negativní tělesné pocity doprovázené úzkostí a studem.
- 3) Stravovací zásady postupem času eskalují a mohou vést k omezení konzumace většiny potravin. Často se objevuje také držení půstů, které jsou považovány za očistné a detoxikační. To běžně způsobuje úbytek tělesné hmotnosti. Touha zhubnout zde ale chybí nebo je skrytá či podřízená zdravému stravování.

Část B je spojena s nutkavým chováním a duševními předsudky, které jedince poškozují. Spadají tam tato kritéria:

- 1) Podvýživa, závažný úbytek tělesné váhy nebo jiné zdravotní komplikace plynoucí z restriktivního způsobu stravování.
- 2) Intrapersonální tíseň nebo narušení sociálních vztahů, fungování ve škole či v zaměstnání.

- 3) Pozitivní tělesný obraz, sebeúcta, identita a/nebo spokojenost nadměrně závisí dodržování stravovacích zásad, které si jedinec sám stanovil.

Bratman rovněž vytvořil sebesuzovací dotazník, který má sloužit k rozpoznání projevů ON. Z tohoto dotazníku vyplývá, že jedinec trpící orthorexií často vykazuje tyto příznaky:

- přemýšlí o zdravé stravě více než tři hodiny denně (to zahrnuje nakupování, vaření jídla, zjišťování informací o potravinách atp.),
- plánuje si předem, co bude jíst,
- záleží mu více na kvalitě jídla a jejím vlivu na zdraví než na potěšení, které přináší,
- pociťuje, že s rostoucí kvalitou stravy souběžně klesá kvalita jeho života,
- je na sebe stále přísnější, co se stravování týče,
- obětuje osobní zájmy, aby se mohl stravovat způsobem, který považuje za správný,
- když se stravuje zdravě, pociťuje vyšší sebeúctu a povyšuje se nad ostatní, kteří tak nečiní,
- když své stravovací zásady poruší, pociťuje vinu nebo nenávist k sobě samému,
- kvůli stravě prožívá sociální izolaci,
- když se stravuje způsobem, který považuje za správný, pociťuje uklidnění. (Bratman & Knight, 2000)

### 3.2 Možné příčiny

Na pozadí ON, stejně jako u jiných PPP, pravděpodobně stojí více faktorů, které se podílejí na jejím vzniku (Mišáková, 2012). Její příčiny jsou velmi různorodé a často bývají skryty za velmi hlubokým a zdánlivě přitažlivým přesvědčením (Donini et al., 2004). Prvotní motivací orthorektiků bývá touha po dosažení dokonalosti a vnitřní čistoty (Mathieu, 2005). Vedle zjevných důvodů (smrtelné onemocnění v rodině, snaha o zvýšení energie, pocitu životní pohody, neúčinnost konvenční medicíny na daný problém atd.) existují také nevědomé psychologické potřeby, které velmi často zapříčiňují vznik ON (Bratman & Knight, 2000).

Podle Bratmana může být skrytou motivací přílišného zabývání se stravou *iluze totálního bezpečí*, která nám poskytuje pocit bezpečí ve světě plném rizik a dodává nám víru, že se díky zdravému stravování můžeme navždy vyhnout nemocem. Dále *pak touha*

*po naprosté kontrole*, která nám pomáhá překonat nepříjemnou nepředvídatelnost života, *skrytá konformita*, jež odkazuje k nevědomé touze po štíhlé postavě z důvodu vyhovění kulturním normám, *hledání spirituality v kuchyni*, tzn. povýšení stravy na náboženství, *stravovací puritánství*, tedy touha po askezi a sebetrýznění, *vytvoření identity* založené na tom, co jedinec jí, nikoliv na tom, kým je a *strach z druhých lidí*, kdy se neobvyklé stravování stává záminkou pro sociální izolaci. (Bratman & Knight, 2000)

### **3.3 Rizikové faktory a ohrožené skupiny**

U jedinců trpících orthorexii můžeme často vyzorovat určité znaky, které zřejmě zvyšují riziko propuknutí tohoto onemocnění. Mezi jejich společné vlastnosti patří pečlivost, pořádkumilovnost a nadměrná potřeba ochrany a péče o sebe sama. (Bartrina, 2007) Minnesotská psychoterapeutka Kathy Kater u orthorektiků nalezla genetickou predispozici k perfekcionismu a potřebu kontroly. Říká, že jde o úzkostné a puntičkářské jedince, kteří nacházejí zklidnění právě ve způsobu, jakým se stravují. Rovněž se u nich často vyskytuje potřeba dodržovat přísná pravidla a touha po vnitřní čistotě. Mezi další rizikové faktory patří prodělaná PPP v anamnéze (zejména MA), společné rysy s jedinci trpící anorexií nebo obsesivně kompulzivní tendence. (Bartrina, 2007; Mathieu, 2005) Mimo tyto vlastnosti nesmíme opomenout ani vliv společnosti, která v současnosti vyvíjí veliký tlak na zdravé stravování a hraje tak roli v určování těchto obsesí (Mathieu, 2005).

K ON také ve zvýšené míře inklinují zastánci biopotravin, odpůrci uměle hnojených a geneticky modifikovaných potravin, dále pak lidé, kteří si sami diagnostikovali potravinové alergie nebo ortodoxní vyznavači alternativních výživových směrů jako jsou vegani, frutariáni, makrobiotici atp. (Martykánová & Piskáčková, 2010) Také Bratman (2017) se domnívá, že volba výživového směru může představovat značné riziko. Platí, že čím je způsob stravování restriktivnější, tím spíše může přerůst v ON. Roli zde hraje také tendence k extrémům, která jedince činí náchylnější k rozvoji ON. Možné nebezpečí spatřuje především ve vitariánství a frutariánství, která s sebou nesou vylučování celých potravinových skupin.

Bartrina (2007) uvádí, že jsou zvýšenému riziku vystaveny adolescenti a ženy. Jiné výzkumy naopak uvádějí vyšší prevalenci ON u mužů. Ta může být způsobena důrazem dnešní společnosti na fyzický vzhled mužů, kteří se pak snaží přiblížit jejímu ideálu a z toho důvodu se uchylují k dietním omezením. (Donini, 2004; Fidan, Ertekin, Işikay, & Kırpınar, 2010)



Sklony k orthorexii mohou vykazovat i lidé v určitých profesích jako například modelky, umělci (herečky, zpěvačky), zdravotníci, nutriční terapeuti a sportovci, zejména kulturisté či atleti (Martykánová & Piskáčková, 2010; Varga, Dukay-Szabó, Túry, & van Furth, 2013). Některé výzkumy naznačují souvislost ON s nižším vzděláním, jiné s vyšším socioekonomickým postavením (Donini et al., 2004; Varga et al., 2010).

### 3.4 Prevalence

Jelikož je obtížné rozlišit, kdy se ještě jedná o zvýšený zájem o zdravou stravu a kdy už jde o ON, nelze přesně určit počet lidí trpících touto poruchou ani četnost jejího výskytu. Výsledky jednotlivých výzkumů zaměřených na zjišťování prevalence ON se značně rozcházejí, pohybují se v rozmezí 6-90 %. Důvodem může být absence společných diagnostických kritérií. (Vilímovský, 2016) V tuto chvíli stručně zmíníme některé z provedených výzkumů zabývajících se tímto tématem.

Italští autoři Donini et al. (2004) zkoumali výskyt ON u 404 osob různého zaměstnání starších šestnácti let. Účastníci byli hodnoceni z hlediska chování při výběru jídla a výskytu obsesivně kompulzivních a fobických symptomů. Ve vztahu k chování při výběru jídla bylo 17,1 % (N=69) osob označeno za „fanatiky zdraví“ a 6,9 % (N=28) vzorku byla diagnostikována ON. V jiném výzkumu byl zjišťován výskyt ON u 275 amerických vysokoškolských studentů a pouze necelé 1 % splňovalo její kritéria (Dunn, Gibbs, Whitney, & Starosta, 2017). V turecké studii, kterou realizoval Fidan et. al (2010) byla zjištěna 43,6% prevalence ON u studentů medicíny a rovněž častější výskyt ON u mužů než u žen. Na závěr zmíníme výzkum, který byl realizován v Rakousku. Soubor byl tvořen 283 nutričními terapeutkami. Ukázalo se, že 34,9 % z nich (n=99) vykazuje částečné orthorexické chování a u 12,8 % (n=36) byla diagnóza ON prokázána. Toto šetření potvrzuje předpoklad zvýšeného rizika ON u osob, které se profesionálně zabývají výživou. (Kinzl, Haver, Raweger, & Kiefer, 2006).

### 3.5 Důsledky

ON negativně působí nejen na tělesnou a duševní stránku člověka, ale také na jeho sociální život. Nyní tyto kategorie blíže vysvětlíme.

### 3.5.1 Fyzické důsledky

Orthorektici se vlivem extrémního způsobu stravování potýkají s mnoha zdravotními problémy. Ačkoliv doposud nebylo provedeno mnoho studií, zdá se, že se podobají komplikacím, které s sebou nesou jiné PPP (především MA). Jde zejména o podvýživu, která pramení z vylučování celých potravinových skupin z jídelníčku. Hovoří se ale také například o anémii, osteoporóze, zažívacích potížích či bradykardii, tzn. zpomaleném srdečním rytmu. (Dunn, Moroze, Holland, Yager, & Weintraub, 2015; Koven & Abry, 2015) Bohužel jsou známy také případy, kdy jedinec onemocnění podlehl, což je poměrně vzácné, ale ne nemožné (Bratman & Knight, 2000).

### 3.5.2 Psychické důsledky

Spektrum psychických potíží doprovázejících ON je velice široké. Jak už bylo řečeno, orthorektici tráví nadměrné množství času přemýšlením o jídle, plánováním toho, co budou jíst, nákupem potravin, jejich přípravou a konzumací. Dalo by se říci, že vše v jejich životě je podřízeno stravě a touze dosáhnout optimálního zdraví, což přirozeně narušuje jejich každodenní život a fungování v něm. (Donini et al., 2004; Varga et al., 2013) Typickým důsledkem tohoto obsesivního vztahu k jídlu jsou zpřeházené priority (v žebříčku životních hodnot lidí s ON dominuje strava) a neschopnost flexibility. (Bratman & Knight, 2000; Varga et al., 2013)

Jedinec trpící ON svůj způsob stravování považuje za jediný možný a správný a pociťuje nadřazenost vůči ostatním, kteří se stravují a žijí jinak (Donini et al., 2004). Dokud se drží svých zásad, je spokojený a jeho sebeúcta roste. Má pocit, že dokáže řídit svůj život a prožívá hrdost. Zároveň dochází ke snížení jeho strachu, stresu a napětí, jelikož mu toto stravování poskytuje kontrolu. (Bratman & Knight, 2000; Fraňková, Pařízková, & Malichová, 2013; Varga et al., 2013) Pokud však dojde k porušení těchto pravidel, jedinec zažívá silnou frustraci, pocity viny a odporu k sobě samému. Trpí chronickými obavami týkajícími se nedokonalosti a zdraví. Narušení dietních zásad může vést až k touze po potrestání sebe sama, například dalším zpřísněním diety nebo snahou o pročištění držením půstu apod. (Koven & Abry, 2015)

### 3.5.3 Sociální důsledky

Jak už jsme zmínili výše, jedním ze základních znaků orthorexie je jedincův pocit, že je lepší než ostatní díky svému domněle zdravému stravování. To nevyhnutelně vede k narušení sociálních a osobních vztahů a často končí sociální izolací jedince. (Bratman & Knight, 2000; Varga et al., 2013) Ten totiž nesdílí stejné stravovací návyky s ostatními, tudíž odmítá jíst mimo domov nebo si přinejmenším bere vlastnoručně připravené jídlo kamkoliv jde (Donini et al., 2004). Někteří orthorektici si odloučení od ostatních dokonce užívají, protože ve skutečnosti usilují o prohloubení propasti mezi nimi a zbytkem světa (Bratman & Knight, 2000). Není tedy nijak neobvyklé, že mnohdy žijí sami nebo v komunitách lidí se stejným smýšlením (Varga et al., 2013; Mathieu, 2005). To vše jedince poškozují po emoční i fyzické stránce a snižuje jeho šanci na úzdravu (Bratman & Knight, 2000).

### 3.6 Léčba

V oblasti léčby ON se doposud potýkáme s nedostatkem realizovaných výzkumů. Z tohoto důvodu se zde budeme držet především navrhovaných nejvhodnějších postupů při léčbě tohoto onemocnění. (Koven & Abry, 2015)

Doporučený způsob léčby ON se v mnoha ohledech podobá léčbě jiných PPP, obsedantně kompulzivní poruchy či psychotických poruch (Dunn et al., 2015). Volba tradičního přístupu k léčbě PPP pro orthorektiky ale nemusí být vhodná a měla by být uzpůsobena jejich příznakům a potřebám (Dunn & Bratman, 2016). Na léčbě by se ideálně měl podílet multidisciplinární tým odborníků zahrnující lékaře, psychiatry, psychology a odborníky na výživu (Dunn et al., 2015). U pacientů se doporučuje kombinovat medikaci s psychoterapií, kde se využívá zejména metod kognitivně behaviorální terapie. Důležitá je rovněž psychoedukace pacienta a práce s jeho bezprostředním okolím. (Brytek-Matera, 2012) V případě závažnějšího úbytku váhy nebo podvýživy bývá nutná hospitalizace (Koven & Abry, 2015).

Problémem při práci s orthorektickými pacienty může být jejich odmítavost vůči předepsaným lékům, které považují za škodlivé. Na druhou stranu se u nich setkáváme s větší ochotou spolupracovat a lepší odezvou na léčbu díky jejich zájmu o zdraví a sebeděči. (Brytek-Matera, 2012) Stěžejním faktorem, který předurčuje úspěšnost léčby je jedincovo uvědomění vlastního obsesivního vztahu k jídlu a pochopení, že způsob stravování není

jediným faktorem, který ovlivňuje zdraví (Brytek-Matera, 2012). Bratman a Knight (2000) uvádějí, že léčba orthorexie není tak náročná jako například léčba anorexie a ve většině případů dochází k úzdavě. Přesto obvykle trvá velmi dlouho, někdy až roky, než se jedinec z této posedlosti vymaní a naučí se stravovat normálním způsobem. Je však nutné, aby získal náhled a přiznal si svůj problém. Dalšími nezbytnými předpoklady pro uzdravení jsou rozpad orthorektických hodnot a odhalení skrytých příčin, které za onemocněním stojí.

### **3.7 Orthorexie nervosa v kontextu psychických poruch**

Jak už jsme psali výše, lékaři a vědci doposud debatují o tom, zda je ON nově vzniklou poruchou, která by měla být samostatně kategorizována v klasifikačních systémech nebo syndrom již existující PPP, případně obsedantně kompulzivní poruchy (Brytek-Matera, 2012).

ON má mnoho společných znaků s jinými poruchami příjmu potravy, jako je mentální anorexie či mentální bulimie. Z toho důvodu se někteří odborníci domnívají, že by v případě ON mohlo jít o variantu některé z těchto poruch. Hlavním společným rysem je přikládání nadměrné důležitosti v životě stravě. (Bratman & Knight, 2000) Další podobnosti jsou spatřovány například v genetické predispozici k perfekcionismu, potřebě kontroly a stejných důsledcích ON a MA, kterými jsou úbytek váhy a podvýživa. Lidé trpící ON mají také často společnou anamnézu či znaky s anorektickými pacienty. U obou onemocnění jsou rovněž popsány obsesivně kompulzivní, hypochondrické a fobické mechanismy (intenzivní úzkost z určitých potravin). (Brytek-Matera, 2012)

Podstatným znakem, ve kterém se výše zmíněné poruchy liší je důraz na kvantitu u MA a MB a zaměření na kvalitu potravin u ON (Bratman & Knight, 2000). Na rozdíl od PPP orthorexie obvykle nepočíná nízkým sebevědomím a není pro ni typická touha zhubnout a přílišná zaměřenost na fyzický vzhled. Podstatou je spíše snaha dosáhnout čistoty a dokonalosti (Brytek-Matera, 2012). Zatímco u MA a MB je jejich škodlivost poměrně zjevná, ON se jeví jako ctnost, v čemž spočívá její nebezpečí. Jedinci trpící tímto onemocněním na sebe totiž bývají pyšní a domnívají se, že se o své zdraví pečují, jak nejlépe mohou. (Bratman & Knight, 2000)

Jiní odborníci se přiklánějí spíše k tomu, že je ON syndromem obsedantně kompulzivní poruchy (OCD). U orthorektiků se totiž projevují určité obsesivně kompulzivní tendence jako opakující se vtíravé myšlenky týkající se jídla a zdraví, nepřiměřené obavy

z kontaminace a nečistoty a silná potřeba ritualizace při přípravě a konzumaci jídla. To vše narušuje život jedince a omezuje čas, který by mohl věnovat jiným aktivitám. Na rozdíl od OCD je u ON předmět posedlosti vnímán kladně, tzn. jedinec ho pokládá za svou součást a nesnaží se ho zbavit, je s ním v souladu. (Koven & Abry, 2015) Brytek-Matera (2012) shrnula dosavadní výzkumná zjištění a přišla s kompromisem. Podle jejích závěrů je ON narušeným stravovacím návykem spojeným s obsedantně kompulzivními symptomy.

Bratman uvádí, že ON rovněž sdílí některé charakteristiky se závislostmi. Jedná se především o stupňující se zaměření na předmět zájmu, který jedince činí šťastným a stává se pro něj nejpodstatnější věcí v životě. To vede k zužování ostatních zájmů a omezování sociálního kontaktu nebo úplné izolaci. Jedinou výjimkou oproti jiným závislostem je, že se orthorektici svou posedlostí obvykle netají. (Bratman & Knight, 2000)

## 4 Sebehodnocení

Sebehodnocení je široce užívaným termínem a je ho možné chápat vícero způsoby. V této práci se zaměříme na tzv. globální neboli celkové sebehodnocení (self-esteem). Jde o subjektivní hodnotící a emoční aspekt sebesystému. Výraz sebesystém (self-system) můžeme definovat jako konstrukt popisující sebereflexi. V jeho rámci rozlišujeme tři složky: již zmíněnou emocionální, dále pak kognitivní (sebepojetí) a konativní (seberegulace). Toto rozdělení je však pouze teoretické. Ve skutečnosti je velmi obtížné vyčlenit emoce a city jako samostatnou komponentu sebesystému, neboť jsou všechny jeho složky navzájem provázané. (Macek, 2008)

Globální sebehodnocení je vyjádřením celkového pocitu z vlastní osoby. Provedené výzkumy naznačují, že je ve velké míře závislé na celkovém emočním ladění a není tedy pouze součtem či průměrem dílčích hodnocení. (Pelham & Swan, 1989, podle Macek, 2008). Lidé s pozitivním vztahem k sobě mají většinou strukturované a jasně vymezené sebepojetí (Kernis & Goldman, 2003, podle Macek, 2008). Méně pozitivní sebehodnocení bývá naopak spojeno s nižší flexibilitou a menší komplexností struktury sebepojetí. (Macek, 2008)

## 4.1 Vývoj sebehodnocení

V průběhu života naše sebehodnocení přirozeně roste a klesá. Toto kolísání je zapříčiněno změnami v našem sociálním prostředí, změnami spojenými se zráním a kognitivním úpadkem ve stáří. (Robins & Trzesniewski, 2005)

V dětství bývá sebehodnocení poměrně vysoké, v jeho průběhu však postupně klesá. S kognitivním vývojem se sebehodnocení začíná zakládat na sociálním srovnávání a zpětné vazbě od okolí. Díky tomu děti dokážou stále přesněji posoudit vlastní studijní kompetence, sociální dovednosti, atraktivitu a další osobnostní charakteristiky. (Robins & Trzesniewski, 2005)

V průběhu adolescence se sebehodnocení nadále snižuje, a to zejména u dívek, což bývá přisuzováno změnám tělesného sebeobrazu, ostatním potížím spjatým s pubertou, nově osvojené schopnosti abstraktního myšlení o sobě samém a své budoucnosti a rovněž přechodu ze základní školy na střední školu, která na jedince klade mnohem vyšší nároky. (Robins & Trzesniewski, 2005)

Na počátku adolescence hraje významnou roli hodnocení vlastního vzhledu. Dospívající se začínají více zabývat svým zevnějškem, což může být rizikové obzvláště pro nejisté jedince s nízkým sebehodnocením. Ti totiž bývají náchylní k nacházení různých odchylek a drobných vad, kterým přikládají vysokou důležitost a trápí se jimi, což může v extrémních případech vést až k rozvoji PPP. S kognitivním dozríváním a nástupem formálních operací se adolescent začíná posuzovat zejména podle reakcí druhých na jeho osobu nebo podle toho, jak si myslí, že jej ostatní vidí. Důležití jsou v tomto ohledu zejména vrstevníci. (Langmeier & Krejčířová, 2007). Přesto, že je interpersonální zkušenost pro sebehodnocení významná, hraje zde roli také osobnostní determinace. Celkové sebehodnocení totiž souvisí také s úzkostností, temperamentovými dimenzemi a emočním laděním. (Macek, 2003)

V průběhu adolescence dochází k ustálení sebehodnocení a k jeho stále menšímu podléhání situačním změnám. V souvislosti s tím bylo zjištěno, že adolescenti, pro které je zdrojem sebejistoty především vlastní výkon, mívají stabilnější sebehodnocení než ti, kteří ji čerpají z názorů druhých. Celkové pozitivní sebehodnocení je založeno na uznání vlastní hodnoty, která závisí na pravdivosti či autentičnosti vlastního já a také na vědomí vlastní kompetence. (Macek, 2003)

V dospělosti dochází k postupnému nárůstu sebehodnocení, který vrcholí po šedesátém roce života. To pravděpodobně souvisí se zvyšováním společenského postavení a moci v tomto období. Okolo sedmdesátého roku sebehodnocení opět prudce klesá vlivem souhry změn, které přináší stáří. Mezi ně patří změny v rolích, vztazích, fyzickém fungování a socioekonomickém postavení. (Robins & Trzesniewski, 2005)

Pokud pomineme kolísání sebehodnocení v souvislosti s věkem, ukazuje se, že jde o poměrně stabilní konstrukt. V tomto ohledu je srovnatelný s ostatními osobnostními charakteristikami, jako je extraverteze či neuroticismus. Ačkoliv je v určitých obdobích života více stabilní než v jiných, platí, že lidé s poměrně vysokým sebehodnocením v určitém období vykazují poměrně vysoké sebehodnocení i později a naopak. (Robins & Trzesniewski, 2005)

## **4.2 Poruchy příjmu potravy, orthorexie nervosa a sebehodnocení**

Výzkumy konzistentně dokládají úzkou souvislost mezi nízkým sebehodnocením a PPP. Doposud však není docela jisté, zda je nízké sebehodnocení jejich příčinou, důsledkem nebo mezi nimi existuje obousměrný vztah. Ukazuje se také, že vyšší míra sebehodnocení u jedinců s PPP funguje jako protektivní faktor, který snižuje riziko pro udržování poruchy a její další rozvoj a může přispívat k úspěšné léčbě. (Hrbáčková, 2014) Naproti tomu jedinci s ON disponují vyšší mírou sebehodnocení, ale pouze v případě, že se jim daří dodržovat dietní omezení, která si sami stanovili. Čím jsou jejich stravovací zásady striktnější, tím ze sebe mají lepší pocit. Pokud však tato pravidla poruší, trpí pocity viny a selhání, což má negativní dopad na jejich sebehodnocení. (Bratman & Knight, 2000)

## **5 Self-efficacy**

Self-efficacy neboli v překladu do češtiny vědomí vlastní účinnosti je konceptem, který poprvé popsal Albert Bandura ve své sociálně kognitivní teorii. Tato teorie zdůrazňuje aktivní roli jedince ve vytváření vlastních standardů, což je jeden z aspektů seberegulace pojící se s pozitivním pocitem a sebehodnocením. Termín self-efficacy je definován jako důvěra ve vlastní schopnosti organizovat a provádět aktivity, které jsou potřebné k dosažení požadovaných výsledků v dané situaci. (Macek, 2008) Jde o jednu z komponent

sebehodnocení, jež se vyvíjí současně se sebepojetím a je provázána s procesem socializace. (Hoskovcová, 2006; Plháková, 2015)

Přesvědčení o vlastní účinnosti určuje, jak cítíme, myslíme a jak se chováme. Ovlivňuje naše životní volby, kvalitu fungování, úroveň motivace, odolnost vůči nepříznivým okolnostem a rovněž náchylnost ke stresu a depresi. Toto přesvědčení na lidské fungování působí prostřednictvím kognitivních, motivačních, afektivních a selektivních procesů. Vytváří se ze čtyř hlavních zdrojů, mezi které patří zkušenost se zvládáním situací, nepřímá zkušenost zprostředkovaná sociálními modely (tzn. pozorování ostatních, jak zvládají určité situace), sociální přesvědčení o tom, že jedinec dokáže zvládnout dané činnosti, a intenzita, vnímání a interpretace tělesných a emočních stavů. (Bandura, 1994)

Míra self-efficacy výrazně ovlivňuje, jak jedinec přistupuje k úkolům a stanoveným cílům. Lidé s vysokou mírou vnímané vlastní účinnosti věří, že zvládnou překonat různé problémy a překážky, které se před nimi v životě objeví. Někdy dokonce sami vyhledávají náročné úkoly bez pochybností, že je zvládnou vyřešit. (Bandura, 1977, podle Plháková, 2003) Přistupují k nim spíše jako k výzvám a případný neúspěch zdůvodňují nedostatkem vynaloženého úsilí nebo nízkou úrovní znalostí a dovedností, které si ale mohou dodatečně osvojit. (Bandura, 1994) Jedinci s nízkou mírou vnímané vlastní účinnosti si naopak příliš nedůvěřují a připadají si slabí a bezmocní, pokud jsou konfrontováni s životními problémy. Nemyslí si, že dokážou změnit své životní podmínky a při setkání s potížemi mají sklon k rezignaci. (Bandura, 1977, podle Plháková, 2003) Jejich aspirační úroveň je poměrně nízká. Obtížné úkoly pro ně představují hrozbu a mají tendenci vyhýbat se jim. Při každém drobném neúspěchu ztrácí víru ve vlastní schopnosti a nedostatečný výkon připisují jejich nízké úrovni. (Bandura, 1994)

## **5.1 Self-efficacy v adolescenci**

Charakter a rozsah self-efficacy během života prochází změnami a každé vývojové období pro něj přináší nové výzvy (Bandura, 1994). V adolescenci je self-efficacy obzvláště významné, jelikož v jejím průběhu dochází ke stále většímu uvědomování odpovědnosti za vlastní život, k osvojování řady rolí a nutnosti činit mnohá rozhodnutí. Nízké přesvědčení o vlastní účinnosti tyto situace komplikuje a vzbuzuje v jedinci silný stres, který je velmi zatěžující a může překračovat jeho kapacitu zvládání. (Macek, 2003) Z nizozemské studie zaměřující se na zjišťování vztahu mezi self-efficacy, příznaky úzkostných poruch a deprese



na normálním vzorku adolescentů vyplývá, že je nízká úroveň self-efficacy obecně doprovázena vysokou úrovní úzkosti a deprese (Muris, 2002). Vyhýbání se problematickým situacím, ke kterému mají tito jedinci sklon nepředstavuje řešení, protože vede k malé připravenosti vyrovnat se s možnými obtížemi v budoucnu (Bandura, 1994).

Vědomí vlastní účinnosti závisí na tom, jak adolescent dokáže vyhodnotit vlastní minulou zkušenost a zda nabyde pocit, že má dostatek zkušeností s úkolem podobného typu. Důležitou roli hraje také tzv. zástupná zkušenost, tedy pozorování ostatních při řešení obtížných úkolů, předvídání vlastního chování v dané situaci, tzn. strukturování kroků směřujících k dosažení cíle a schopnost flexibility v plánování, která je důležitá při změně podmínek situace. Na vědomí vlastní účinnosti působí také sociální vlivy, které jej mohou posilovat či utlumovat. Mezi ty stěžejní řadíme styl výchovy, způsob vzdělávání, stabilitu sociálního prostředí a míru, do jaké kultura oceňuje samostatnost dospívajících a vytváří pro ně podněcující prostředí. (Macek, 2003)

# EMPIRICKÁ ČÁST

## 6 Cíl výzkumu a výzkumné hypotézy

Hlavním cílem kvantitativního výzkumu je zjistit, *jaký je vztah mezi orthorexií nervosou, poruchami příjmu potravy, respektive abnormálními postoji k jídlu, a vybranými Self koncepty*, konkrétně se sebehodnocením a self-efficacy u cílové skupiny adolescentů. Dále jsme si stanovili následující dílčí cíle: zjistit výskyt orthorexie nervosy u zvoleného vzorku a ověřit případný rozdíl ve výskytu orthorexie nervosy v závislosti na pohlaví a typu navštěvované střední školy (střední odborná škola, gymnázium).

Na základě výše zmíněného hlavního cíle výzkumu byly formulovány následující výzkumné otázky a hypotézy:

**Výzkumná otázka 1:** Jaký je vztah mezi orthorexií nervosou a poruchami příjmu potravy?

**Hypotéza 1:** Vyšší míra orthorexie nervosy statisticky významně souvisí s vyšší mírou dietního chování.

**Hypotéza 2:** Vyšší míra orthorexie nervosy statisticky významně souvisí s vyšší mírou bulimie a nadměrného zabývání se jídlem.

**Hypotéza 3:** Vyšší míra orthorexie nervosy statisticky významně souvisí s vyšší mírou orální kontroly.

**Výzkumná otázka 2:** Jaký je vztah mezi orthorexií nervosou a Self?

**Hypotéza 4:** Vyšší míra orthorexie nervosy statisticky významně souvisí s vyšší mírou sebehodnocení.

**Hypotéza 5:** Mezi mírou orthorexie nervosy a mírou self-efficacy existuje statisticky významný vztah.

## 7 Metodologický rámec

### 7.1 Výzkumné metody

Výzkum byl uskutečněn kvantitativní formou prostřednictvím dotazníkového šetření, které umožňuje získání velkého množství dat v poměrně krátkém čase. Tato metoda byla rovněž zvolena z toho důvodu, že respondentům poskytuje anonymitu, čímž zvyšuje pravděpodobnost pravdivého zodpovězení otázek. Vybrány byly čtyři dotazníky. Pro zjištění orthorexie nervosy byl využit dotazník ORTO-15. Dále jsme použili Test jídelních postojů (EAT-26), kterým lze zjišťovat tendence k poruchám příjmu potravy, Rosenbergovu škálu sebehodnocení využívanou k měření globálního sebehodnocení (RSES) a Dotazník obecné vlastní efektivity (DOVE) sloužící ke zjišťování vnímané osobní účinnosti. Všechny výše zmíněné dotazníky jsou v plném znění uvedeny v přílohách. Do testové baterie byly dále zahrnuty doplňující otázky týkající se demografických charakteristik jako je věk, pohlaví a typ navštěvované střední školy.

#### 7.1.1 Dotazník ORTO-15

Pro účely této práce jsme zvolili dotazník ORTO-15, který se využívá k diagnostice orthorexie nervosy. V současné době jde o nejpoužívanější nástroj sloužící k měření tohoto konceptu (Hrbáčková, 2014). Dotazník byl vytvořen a validizován italskými výzkumníky Donini et al. (2004, 2005) a vychází z Bratmanova desetipoložkového sebeuposuzovacího testu. Je tvořen 15 otázkami, v nichž respondenti volí odpověď, která je nejvíce vystihuje na čtyřbodové škále Likertova typu (vždy, často, někdy, nikdy). Za každou odpověď je možné získat 1 až 4 body (vždy – nikdy) na základě klíče autorů přiloženému k originální studii. Položky ohodnocené jedním bodem indikují orthorektické tendence, zatímco položky ohodnocené čtyřmi body naznačují normální stravovací chování, tzn. nižší skóre poukazují na vyšší riziko ohrožení orthorexií nervosou. Dotazník se zaměřuje jak na emocionální, tak na racionální aspekty. Otázky jsou rozděleny do tří oblastí: kognitivně racionální (otázky č. 1, 5, 6, 11, 12, 14), klinické (otázky č. 3, 7, 8, 9, 15) a emocionální (otázky č. 2, 4, 10, 13). (Donini et al., 2005)

Autoři zjistili, že má dotazník velmi dobrou prediktivní schopnost na prahové hodnotě 40, což znamená, že k orthorexii nervose inklinují jedinci s celkovým skórem nižším než 40 bodů (Donini et al., 2005; podle Hrbáčková, 2014). Jelikož dotazník doposud nebyl

oficiálně přeložen do češtiny, využili jsme pro tuto studii vlastního překladu z anglického jazyka.

### 7.1.2 Test jídelních postojů EAT

Test jídelních postojů (The Eating Attitudes Test) je metodou prvního výběru užívanou v mnoha výzkumech a rovněž nejběžněji používaným sebesuzovacím dotazníkem pro pacienty s poruchami příjmu potravy. Jde o citlivý screeningový nástroj sloužící k identifikaci jedinců s abnormálním postojem k jídlu, vhodný je zejména pro rozpoznání mentální anorexie. Test EAT byl vytvořen D. M. Garnerem a P. E. Garfínkelem roku 1979 a byl standardizován na americké populaci. Existuje ve dvou variantách: původní 40položkové (EAT-40) a zkrácené 26položkové verzi (EAT-26). (Grogan, 2000; Krch, 2005; Lébllová, 2010) Pro náš výzkum byla zvolena kratší verze z důvodu více použitých dotazníků v testové baterii, menší časové náročnosti a předpokládané vyšší ochotě respondentů zodpovídat menší množství položek, obzvláště pokud jde o adolescenty.

EAT-26 se skládá ze tří subškál: *Dietní chování* (někdy nazývaná jako *Anorexie a dietní chování*), *Bulimie a nadměrné zabývání se jídlem* a *Orální kontrola* tedy vědomá kontrola příjmu potravy (Lébllová, 2010). Úkolem respondentů je označit u každého tvrzení odpověď, která je v současnosti nejvíce vystihuje na šestibodové Likertově škále (vždy, velmi často, často, někdy, zřídka, nikdy). Za každou položku lze získat 0 až 3 body. Vyhodnocení se provádí následujícím způsobem: vždy –3 body, velmi často – 2 body, často – 1 bod, někdy – 0 bodů, zřídka – 0 bodů, nikdy – 0 bodů. Jedinou výjimku tvoří položka číslo 26, která je reverzibilní, tudíž je její hodnocení obrácené (tzn. 0, 0, 0, 1, 2, 3). (Eating Attitudes Test, 2017) Celkové skóre 20 bodů a výše je považováno za kritické a může poukazovat na narušené jídelní postoje respondenta (Krch, 2005).

### 7.1.3 Rosenbergova škála sebehodnocení

Další metodou, kterou jsme pro náš výzkum zvolili je Rosenbergova škála sebehodnocení, v originále Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES). Jejím autorem je Morris Rosenberg, který ji v roce 1965 vytvořil pro adolescenty, v současnosti se však využívá pro všechny věkové skupiny (Blatný & Osecká, 1994). Slouží ke zjišťování míry globálního sebehodnocení a zaměřuje se jak na pozitivní, tak na negativní pocity o sobě samém. Tato škála je jednodimenzionální a skládá se z deseti položek. Respondenti vyjadřují míru

souhlasu s jednotlivými tvrzeními na čtyřstupňové Likertově škále (rozhodně souhlasím, spíše souhlasím, spíše nesouhlasím, rozhodně nesouhlasím), za odpovědi lze získat 0 až 3 body. (Rosenberg, 1965) Pět položek je reverzibilních (v našem případě jde o položky číslo 2, 5, 7, 9, 10), vyhodnocují se tedy opačným způsobem. Součet všech bodů může nabývat hodnot 0 až 30 a vypovídá o celkové míře sebehodnocení. Čím vyšších hodnot respondent dosahuje, tím vyšší je jeho míra sebehodnocení. (Hrbáčková, 2014)

#### **7.1.4 Dotazník obecné vlastní efektivity**

Posledním nástrojem, který jsme v našem výzkumu využili je Dotazník obecné vlastní efektivity (DOVE) s jehož pomocí lze odhadnout orientační úroveň vnímané osobní účinnosti jedince. Zaměřuje se na zjišťování míry optimistického sebepojetí, účinnosti vlastního působení a vnímané schopnosti zvládat problémy. Autory dotazníku jsou M. Jerusalem a R. Schwarzer, kteří vycházejí z původního Bandurova konceptu. Překlad z německého do českého jazyka provedl J. Křivohlavý. Dotazník obsahuje deset tvrzení, u nichž respondenti volí míru souhlasu na čtyřbodové Likertově škále od rozhodně nesouhlasím – 1 bod po rozhodně souhlasím – 4 body. (Hoskovcová, 2006) Za všechny položky je tedy možné získat celkem 10 až 40 bodů. Předpokládá se, že čím je výsledné skóre vyšší, tím je vnímaná osobní účinnost jedince větší.

## **7.2 Průběh výzkumu**

Sběr dat probíhal od listopadu do prosince roku 2017. Osloveno bylo několik školských zařízení s žádostí o spolupráci, k níž nakonec svolila dvě gymnázia a jedna střední škola. Finální verze dotazníku byla v papírové formě osobně administrována studentům prvního až čtvrtého ročníku ve věku 15 až 20 let. Účast všech respondentů byla dobrovolná a zcela anonymní. Z celkového počtu vybraných dotazníků musela být část vyřazena z důvodu nevyplnění některé z uvedených položek, podařilo se vybrat 397 platných dotazníků.

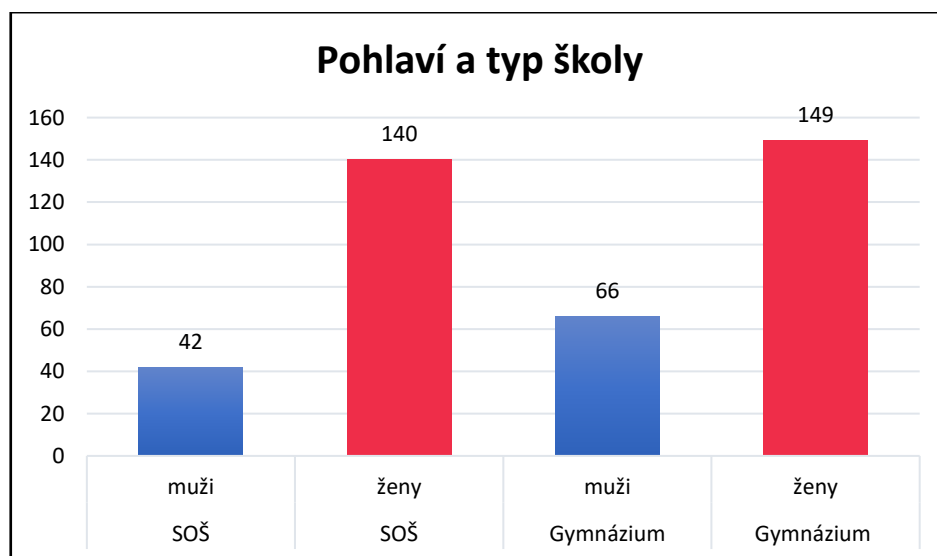
## **7.3 Výzkumný soubor**

Jak už jsme mnohokrát zmiňovali, cílovou skupinu této práce představují adolescenti. Věkovou kategorii adolescentů jsme zvolili z toho důvodu, že se jedná o nejrizikovější skupinu z hlediska možného propuknutí některé z poruch příjmu potravy. Dalším důvodem

byl fakt, že se na dospívající zaměřuje minimum studií zkoumajících koncept orthorexie nervosy. Předpokládáme, že ačkoliv jsou dospívající stále pod vlivem rodičů a jejich stravovacích návyků, začínají při výběru jídla postupně nabývat i jistou míru nezávislosti a samostatného rozhodování. Na základě toho se domníváme, že pro adolescenty může orthorexie nervosa představovat ohrožení a má význam věnovat jí pozornost i v tomto věku.

Vzorek respondentů jsme získali nepravděpodobnostní technikou výběru, konkrétně šlo o skupinový výběr realizovaný přes instituce. Výzkumný soubor tvořili studenti střední odborné školy a gymnázia prvního až čtvrtého ročníku, od nichž bylo získáno celkem 397 platných dotazníků. Z celkového počtu respondentů navštěvovalo 182 osob střední odbornou školu (45,8 %) a 215 osob gymnázium (54,2 %). Výzkumný vzorek sestával ze 108 mužů (27,2 %) a 289 žen (72,8 %) ve věku od 15 do 20 let. Skupina studentů střední odborné školy (N=182) čítala 42 mužů a 140 žen, skupinu gymnazistů (N=215) tvořilo 66 mužů a 149 žen.

*Graf 1: Rozložení respondentů dle pohlaví a typu školy*



*Zdroj: Vlastní výzkum (N=397)*

*Tabulka 1: Četnost zastoupení mužů a žen v závislosti na typu navštěvované školy*

	Střední odborná škola		Gymnázium	
	Počet (N)	%	Počet (N)	%
<b>Muži</b>	42	45,8	66	54,2
<b>Ženy</b>	140		149	

*Zdroj: Vlastní výzkum (N=397)*

Celkový věkový průměr (N=397) byl 16,75 (směrodatná odchylka (SD)=1,23). Věkový průměr mužů se rovnal 16,84 let (SD=1,22), věkový průměr žen 16,72 (SD=1,23). Pro větší přehlednost je rozložení respondentů a zastoupení jednotlivých věkových skupin vyjádřeno v níže uvedených tabulkách a grafech.

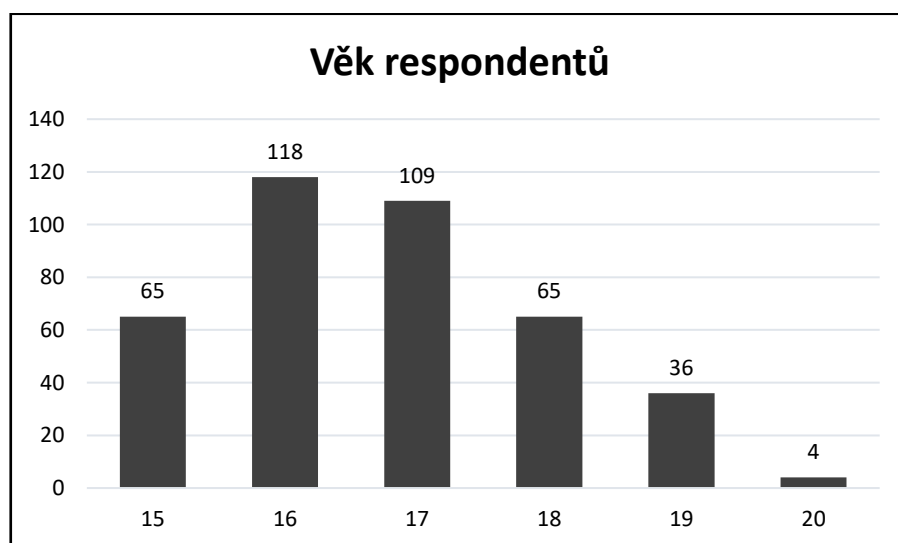
*Tabulka 2: Deskriptivní statistiky věku respondentů*

	Počet (N)	Průměr a sm. odchylka	Modus	Medián
<b>Celkový věk</b>	397	16,75 (SD=1,23)	16	17
<b>Věk mužů</b>	108	16,84 (SD=1,22)	16	17
<b>Věk žen</b>	289	16,72 (SD=1,23)	17	17

*Zdroj: Vlastní výzkum (N=397)*

Nejvíce zastoupenou věkovou skupinou našeho souboru tvořila skupina šestnáctiletých, která čítala 118 osob (30 %). Druhou nejpočetnější byla skupina sedmnáctiletých se 109 osobami (27 %). Nejméně zastoupenou věkovou skupinou byla skupina dvacetiletých, která sestávala pouze ze 4 osob (1 %).

*Graf 2: Rozložení všech respondentů dle věku*



*Zdroj: Vlastní výzkum (N=397)*

Tabulka 3: Četnost zastoupení jednotlivých věkových skupin

Věk	Počet (N)	%
15	65	16
16	118	30
17	109	27
18	65	16
19	36	9
20	4	1

Zdroj: Vlastní výzkum (N=397)

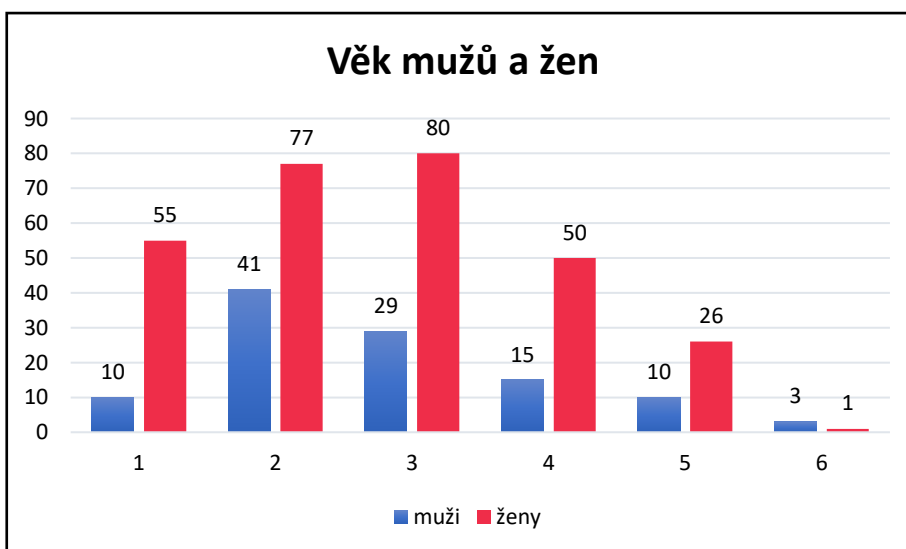
Nejvíce zastoupenou mužskou skupinu představovali šestnáctiletí se 41 osobami. Nejméně početnou mužskou skupinou byli dvacetiletí čítající 3 osoby. Největší počet žen obsahovala skupina sedmnáctiletých (N=80) a šestnáctiletých (N=77). Nejméně zastoupenou ženskou skupinou byla skupina dvacetiletých čítající pouze jednu osobu.

Tabulka 4: Četnost zastoupení věkových skupin mužů a žen

Věk	Muži		Ženy	
	Počet (N)	%	Počet (N)	%
15	10	9	55	19
16	41	38	77	27
17	29	27	80	28
18	15	14	50	17
19	10	9	26	9
20	3	3	1	0

Zdroj: Vlastní výzkum (N=397)

Graf 3: Rozložení mužů a žen dle věku



Zdroj: Vlastní výzkum (N=397)



## **7.4 Etické aspekty**

Jelikož jsme se obávali možného zkreslení výsledků, dotazník jsme nijak nepojmenovávali a pouze respondenty informovali o tom, že se zaměřuje na téma psychického stavu adolescentů. Respondenti byli poučeni o zachování naprosté anonymity a zcela dobrovolné účasti na výzkumu. Svou účast na výzkumu tedy mohli kdykoliv přerušit a dotazník nedokončit. Rovněž byli ubezpečeni, že s uvedenými údaji bude nakládáno důvěrně a že budou použity pouze pro výzkumné účely. Domníváme se, že vyplňování anonymních dotazníků pro respondenty není natolik zatěžující jako například osobní rozhovor a poskytuje jim pocit bezpečí, což snižuje riziko možného zkreslení odpovědí. V závěru dotazníku byly uvedeny kontaktní údaje včetně e-mailu, na který se respondenti mohli obracet s případnými dotazy týkajícími se výzkumu.

## **7.5 Metody zpracování a analýzy dat**

Pro zpracování kvantitativních dat jsme zvolili program MS Excel 2016 a statistický program STATISTICA 12. Nasbíraná data od 397 respondentů byla zadána do programu MS Excel, ve kterém byla vytvořena datová matice. V tomto programu byla provedena úprava dat a rovněž sloužil k jednoduchým výpočtům, tvorbě grafů atp.

Statistické výpočty a testování hypotéz se uskutečnilo v programu STATISTICA. Na základě typu dat, které jsme měli k dispozici jsme se rozhodli pro využití parametrických testů. Pro ověření hypotéz (H1-H5) byl vybrán Pearsonův korelační koeficient, který ukazuje závislost dvou kvantitativních statistických znaků (Dostál, 2016).

K analýze stanovených dílčích cílů byl použit t-test pro dva nezávislé výběry, dále pak test dobré shody neboli Pearsonův chí-kvadrát test v kontingenční tabulce a Pearsonův korelační koeficient, kterým jsme zjišťovali vztah mezi orthorexií nervosou a poruchami příjmu potravy.

## 8 Výsledky

### 8.1 Deskriptivní statistiky

V této kapitole uvádíme deskriptivní statistiky jednotlivých proměnných – orthorexie nervosa, poruch příjmu potravy, sebehodnocení a self-efficacy. Pro větší přehlednost jsou hodnoty proměnných uvedeny v samostatných tabulkách. První proměnnou je orthorexie nervosa. Její průměrná míra v dotazníku ORTO-15 byla 37,21 (SD=3,92). Modus a medián byl roven 37. Hodnoty se pohybovaly v rozmezí od 23 do 61 bodů. Průměrná míra mužů 37,21 (SD=4,68) převyšovala průměrnou míru žen, která se rovnala 36,97 (SD=3,57).

Tabulka 5: Deskriptivní statistiky míry orthorexie nervosa

	Počet (N)	Průměr a sm. odchylka	Modus	Medián
<b>ORTO-15</b>	397	37,21 (SD=3,92)	37	37
<b>ORTO-15 muži</b>	108	37,84 (SD=4,68)	41	38
<b>ORTO-15 ženy</b>	289	36,97 (SD=3,57)	37	37

Zdroj: Vlastní výzkum (N=397)

Další proměnnou jsou poruchy příjmu potravy. Jejich celková průměrná míra v dotazníku EAT-26 vyšla 9,47 (SD=8,88). Celková průměrná míra mužů dosahovala hodnoty 6,46 (SD=6,99), celková průměrná míra žen se rovnala 10,6 (SD=9,24). Minimální dosažená hodnota byla 0 bodů, maximální 58 bodů. Dosažený průměr první 13položkové subškály *Dietní chování* byl 5,32 (SD=6,03). Průměrná hodnota 6položkové subškály *Bulimie a nadměrné zabývání se jídlem* byla 1,73 (SD=2,58) a 7položková subškála *Orální kontrola* měla průměrnou hodnotu 2,43 (SD=2,93).

Tabulka 6: Deskriptivní statistiky míry poruch příjmu potravy

	Počet (N)	Průměr a sm. odchylka	Modus	Medián
<b>EAT-26</b>	397	9,47 (SD=8,88)	3	7
<b>EAT-26 muži</b>	108	6,46 (SD=6,99)	5	5
<b>EAT-26 ženy</b>	289	10,6 (SD=9,24)	3	8

	Počet (N)	Průměr a sm. odchylka	Modus	Medián
<b>Dietní chování</b>	397	5,32 (SD=6,03)	0	3
<b>Bulimie a nadměrné zabývání se jídlem</b>	397	1,73 (SD=2,58)	0	0
<b>Orální kontrola</b>	397	2,43 (SD=2,93)	0	2

Zdroj: Vlastní výzkum (N=397)

Celková průměrná míra další proměnné, kterou bylo sebehodnocení, se rovnala 17,48 (SD=5,4). Hodnoty se pohybovaly v rozmezí od 2 do 30 bodů. Průměrná míra mužů byla 19,67 (SD=6,05) a převyšovala průměrnou míru žen, která dosahovala hodnoty 16,67 (SD= 4,89).

Tabulka 7: Deskriptivní statistiky míry sebehodnocení

	Počet (N)	Průměr a sm. odchylka	Modus	Medián
<b>RSES</b>	397	17,48 (SD=5,4)	18	18
<b>RSES muži</b>	108	19,67 (SD=6,05)	24	20
<b>RSES ženy</b>	289	16,67 (SD=4,89)	18	17

Zdroj: Vlastní výzkum (N=397)

Poslední proměnnou představovalo self-efficacy, jehož průměrná naměřená hodnota byla 27,87 (SD=4,59). Minimální počet dosažených bodů byl 12, maximální 40. Průměrná hodnota mužů se rovnala 30,28 (SD=4,49) a byla opět vyšší než průměrná hodnota žen, která se rovnala 26,97 (SD=4,3).

Tabulka 8: Deskriptivní statistiky míry self-efficacy

	Počet (N)	Průměr a sm. odchylka	Modus	Medián
<b>DOVE</b>	397	27,87 (SD=4,59)	27	28
<b>DOVE muži</b>	108	30,28 (SD=4,49)	32	30,5
<b>DOVE ženy</b>	289	26,97 (SD=4,3)	28	27

Zdroj: Vlastní výzkum (N=397)

Jedním z dílčích cílů, který jsme si stanovili, bylo zjistit případný rozdíl ve výskytu orthorexie nervosy v závislosti na pohlaví a typu navštěvované střední školy (střední odborná škola, gymnázium). Pro jejich ověření jsme zvolili t-test pro dva nezávislé výběry, který je využíván k porovnání středních hodnot dvou skupin. Stanovena byla konsenzuální pětiprocentní hladina významnosti.

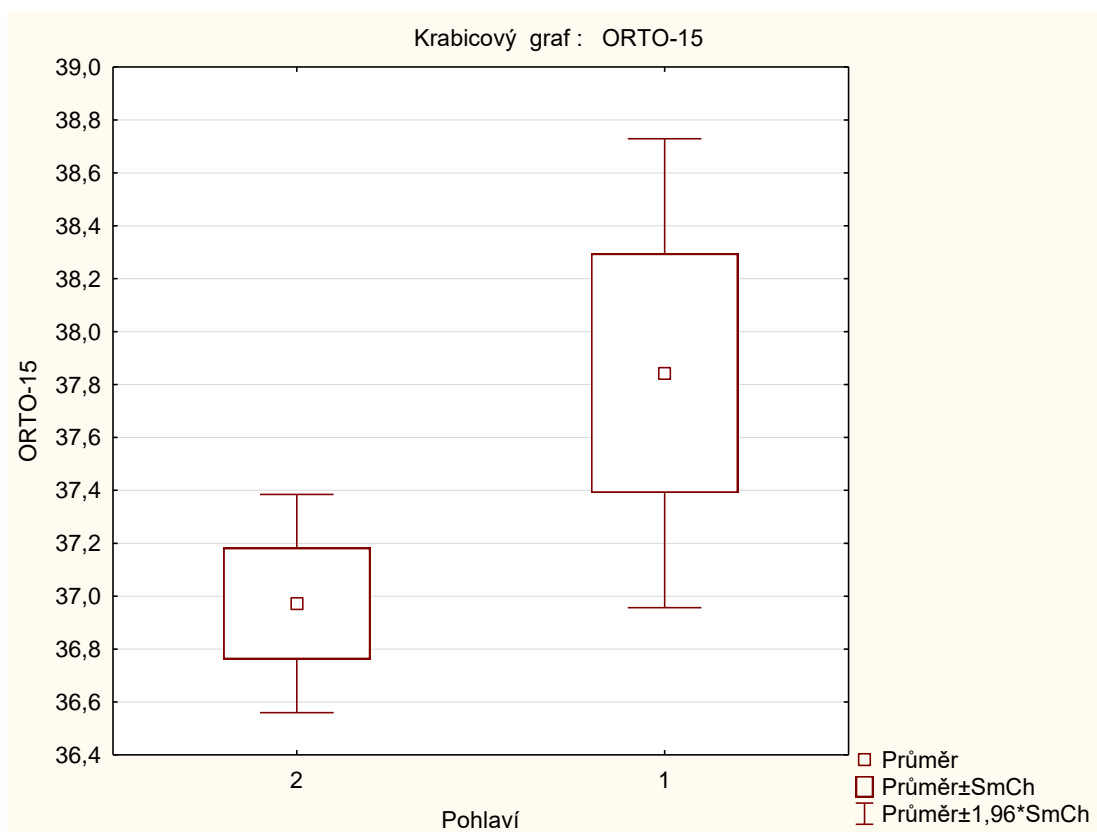
Nejprve jsme ověřovali, zda se liší výskyt orthorexie nervosy u mužů a u žen. Po provedení t-testu bylo zjištěno, že je výskyt orthorexie nervosy statisticky významně vyšší u žen než u mužů,  $t = -1,97$ ;  $p = 0,049$ .

Tabulka 9: Výsledky t-testu pro dva nezávislé výběry týkající se pohlaví

Proměnná	t	p	Průměr muži (N=108)	Průměr ženy (N=289)	Sm. odch. muži	Sm. odch. ženy
<b>ORTO-15</b>	-1,97	0,049	37,84	36,97	4,70	3,58

Zdroj: Vlastní výzkum (N=397)

Graf 4: Krabicový graf zobrazující rozdíl ve výskytu ON u mužů (1) a u žen (2)



Zdroj: Vlastní výzkum (N=397)

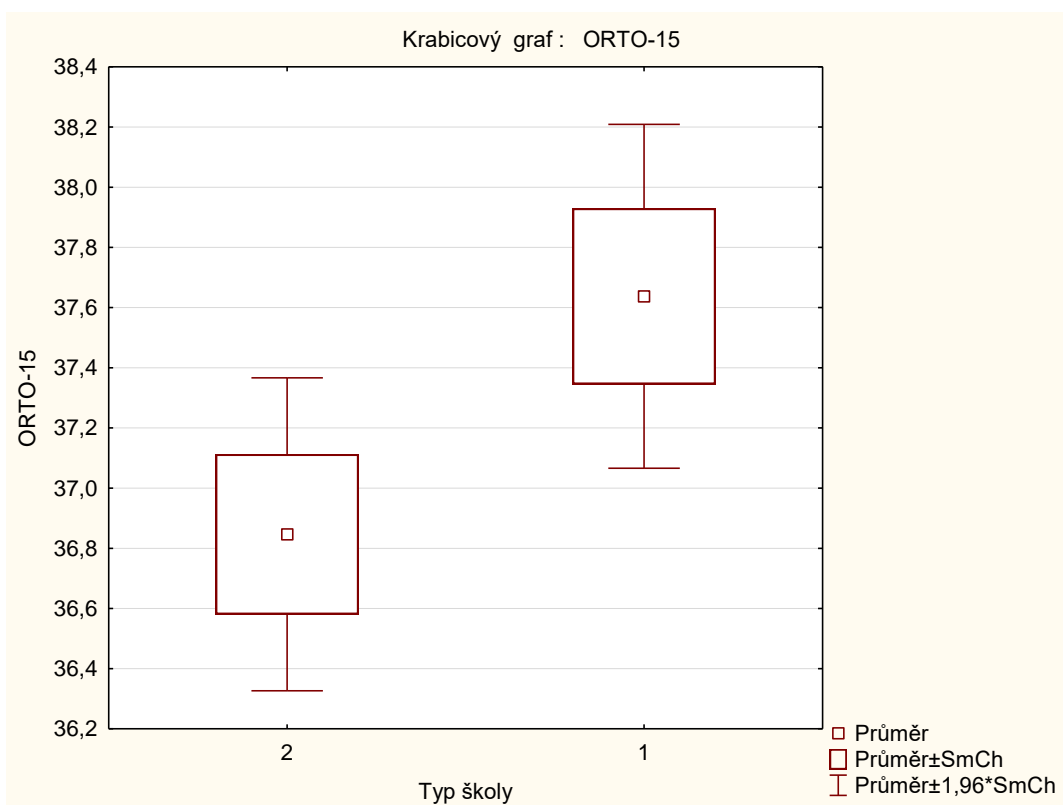
Následně jsme zjišťovali, zda se liší výskyt orthorexie nervosy u studentů střední odborné školy a gymnázia. Výsledky t-testu naznačují statisticky významně vyšší výskyt orthorexie u studentů gymnázia oproti studentům střední odborné školy,  $t = -2,01$ ;  $p = 0,045$ .

Tabulka 10: Výsledky t-testu pro dva nezávislé výběry týkající se typu navštěvované školy

Proměnná	t	p	Průměr SOŠ (N=182)	Průměr gymnázium (N=215)	Sm. odch. SOŠ	Sm. odch. gymnázium
ORTO-15	-2,01	0,045	37,64	36,85	3,93	3,89

Zdroj: Vlastní výzkum (N=397)

Graf 5: Krabicový graf zobrazující rozdíl ve výskytu ON u studentů SOŠ (1) a studentů gymnázia (2)



Zdroj: Vlastní výzkum (N=397)

Dalším stanoveným dílčím cílem bylo zjistit výskyt orthorexie nervosy u námi zvoleného vzorku adolescentů, pro jehož zjištění jsme použili kontingenční tabulku. Nejprve jsme pracovali s prahovou hodnotu 40 bodů, která je doporučena autory dotazníku ORTO-15. Podle ní mají tendenci k orthorektickému chování jedinci s celkovým skóre nižším než 40 bodů. Na základě toho jsme došli k následujícím výsledkům: u 291 (73 %) z celkových 397 adolescentů v našem souboru se objevily tyto tendence (z toho 71 mužů a 220 žen). U 42 z těchto 291 osob se současně vyskytovali tendence k orthorexii nervose a poruchám příjmu potravy. 6 osob vykazovalo tendence k poruchám příjmu potravy bez přítomnosti tendencí k orthorexii nervose a u 100 osob celkové skóre v dotazníku ORTO-15 a EAT-26 nenaznačovalo ani jednu z výše zmíněných tendencí.

*Tabulka 11: Četnost osob s tendencemi k orthorexii nervose a poruchám příjmu potravy (při prahové hodnotě 40 bodů v ORTO-15)*

	<b>Bez narušení jídelních postojů</b> (celkové skóre v dotazníku EAT-26 < 20)		<b>Možné narušení jídelních postojů</b> (celkové skóre v dotazníku EAT-26 ≥ 20)	
<b>Bez tendencí k ON</b> (celkové skóre v dotazníku ORTO-15 ≥ 40)	100	25 %	6	2 %
<b>S tendencemi k ON</b> (celkové skóre v dotazníku ORTO-15 < 40)	249	63 %	42	11 %

*Zdroj: Vlastní výzkum (N=397)*

Výše uvedený počet osob s tendencí k orthorexii nervose nám připadá nepřiměřeně vysoký. Zdá se, že prahová hodnota 40 bodů je v našem prostředí nevyhovující, proto jsme se rozhodli vyzkoušet, jak se výsledky změní při posunu prahové hodnoty o jednu směrodatnou odchylku, tzn. na hodnotu 36. Při použití této hodnoty se počet osob s tendencí k orthorexii nervose výrazně snížil: pouze u 123 adolescentů (tzn. u 31 %; z toho 31 mužů a 92 žen) se objevily tendence k orthorexii nervose, z toho 27 osob vykazovalo jak tendence k orthorexii nervose, tak k poruchám příjmu potravy. U 21 osob se objevilo možné narušení jídelních postojů bez tendencí k orthorexii nervose a 253 osob neinklinovalo ani k orthorexii nervose, ani k poruchám příjmu potravy. Tyto výsledky se nám jeví jako průkaznější.

Tabulka 12: Četnost osob s tendencemi k orthorexii nervose a poruchám příjmu potravy (při prahové hodnotě 36 bodů v ORTO-15)

	Bez narušení jídelních postojů (celkové skóre v dotazníku EAT-26 < 20)		Možné narušení jídelních postojů (celkové skóre v dotazníku EAT-26 ≥ 20)	
	<b>Bez tendencí k ON</b> (celkové skóre v dotazníku ORTO-15 ≥ 40)	253	64 %	21
<b>S tendencemi k ON</b> (celkové skóre v dotazníku ORTO-15 < 40)	96	24 %	27	7 %

Zdroj: Vlastní výzkum (N=397)

Dále jsme v kontingenční tabulce testovali nezávislost obou proměnných pomocí testu dobré shody. Výsledná hodnota Pearsonova chí-kvadrátu byla 16,3;  $p < 0,01$ , čímž jsme prokázali, že jsou na sobě obě tendence navzájem závislé.

Tabulka 13: Výsledky testu dobré shody pro ORTO-15 a EAT-26

		Tendence k PPP
<b>Tendence k ON</b>	Pearsonův chí-kvadrát	16,3
	p	$p < 0,01$

Zdroj: Vlastní výzkum (N=397)

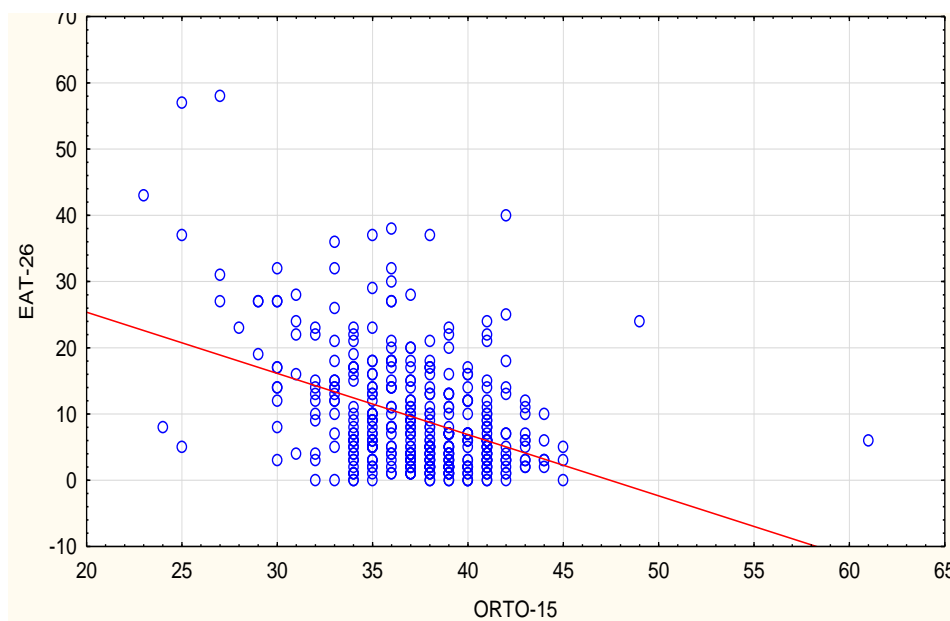
Následně jsme pomocí Pearsonova korelačního koeficientu na pětiprocentní hladině významnosti ověřovali, zda vyšší míra orthorexie nervosy souvisí s vyšší mírou poruch příjmu potravy. Nalezli jsme statisticky významný vztah mezi nižšími skóre v dotazníku ORTO-15 naznačujícími tendence k orthorexii nervose a vyššími skóre v dotazníku EAT-26 poukazujícími na možnou přítomnost poruchy příjmu potravy,  $R = -0,41$ ,  $p < 0,01$ . Z těchto výsledků vyplývá, že vyšší míra orthorexie nervosy souvisí s vyšší mírou poruch příjmu potravy na střední až podstatné úrovni korelace (podle de Vaus, 2002).

Tabulka 14: Výsledky Pearsonova korelačního koeficientu pro ORTO-15 a EAT-26

Proměnná	EAT-26
<b>ORTO-15</b>	$R = -0,41$
	$p < 0,01$

Zdroj: Vlastní výzkum (N=397)

Graf 6: Bodový graf zobrazující vztah mezi ORTO-15 a EAT-26



Zdroj: Vlastní výzkum (N=397)

## 8.2 Ověřování hypotéz

**Hypotéza 1: Vyšší míra orthorexie nervosy statisticky významně souvisí s vyšší mírou dietního chování.**

Hypotéza 1 byla testována Pearsonovým korelačním koeficientem na pětiprocentní hladině významnosti. Mezi nižšími skóry v dotazníku ORTO-15 naznačujícími tendence k orthorexii nervosy a vyššími skóry v subškále „dietní chování“ dotazníku EAT-26 poukazujícími na možnou přítomnost poruchy příjmu potravy byl nalezen statisticky významný vztah,  $R = -0,44$ ;  $p < 0,01$ . Nulová hypotéza „Mezi vyšší mírou orthorexie nervosy a vyšší mírou dietního chování není statisticky významný vztah.“ byla falsifikována, je nutno verifikovat alternativní hypotézu: **Vyšší míra orthorexie nervosy statisticky významně souvisí s vyšší mírou dietního chování na střední až podstatné úrovni korelace** (podle de Vaus, 2002).

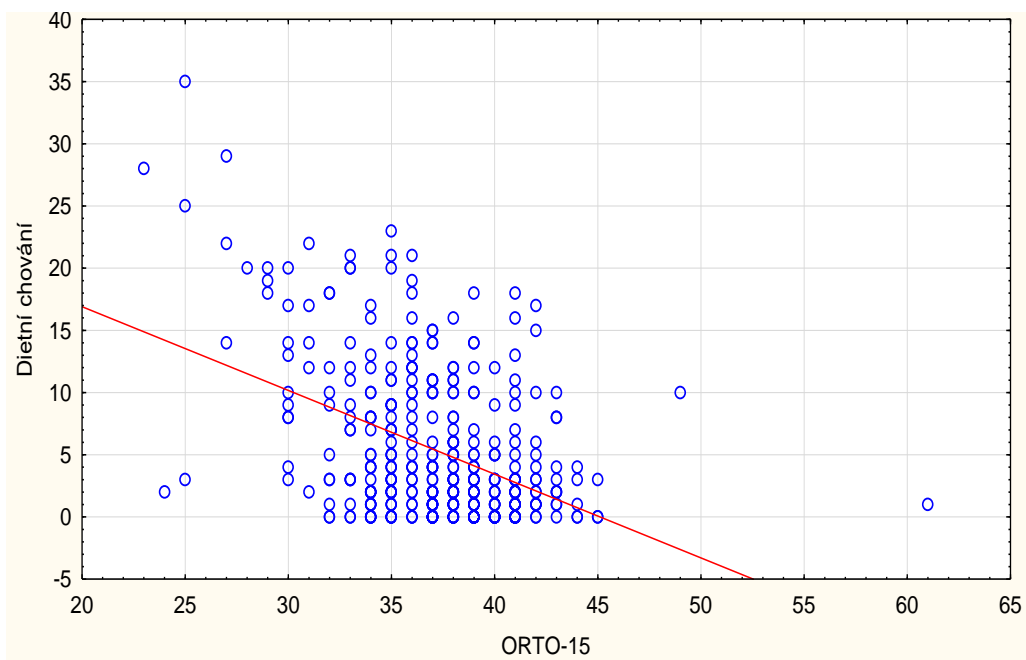
Tabulka 15: Výsledky Pearsonova korelačního koeficientu pro H1

Proměnná	Dietní chování
ORTO-15	$R = -0,44$
	$p < 0,01$

Zdroj: Vlastní výzkum (N=397)



Graf 7: Bodový graf zobrazující vztah mezi ORTO-15 a subškálou Dietní chování dotazníku EAT-26



Zdroj: Vlastní výzkum (N=397)

**Hypotéza 2: Vyšší míra orthorexie nervosy statisticky významně souvisí s vyšší mírou bulimie a nadměrného zabývání se jídlem.**

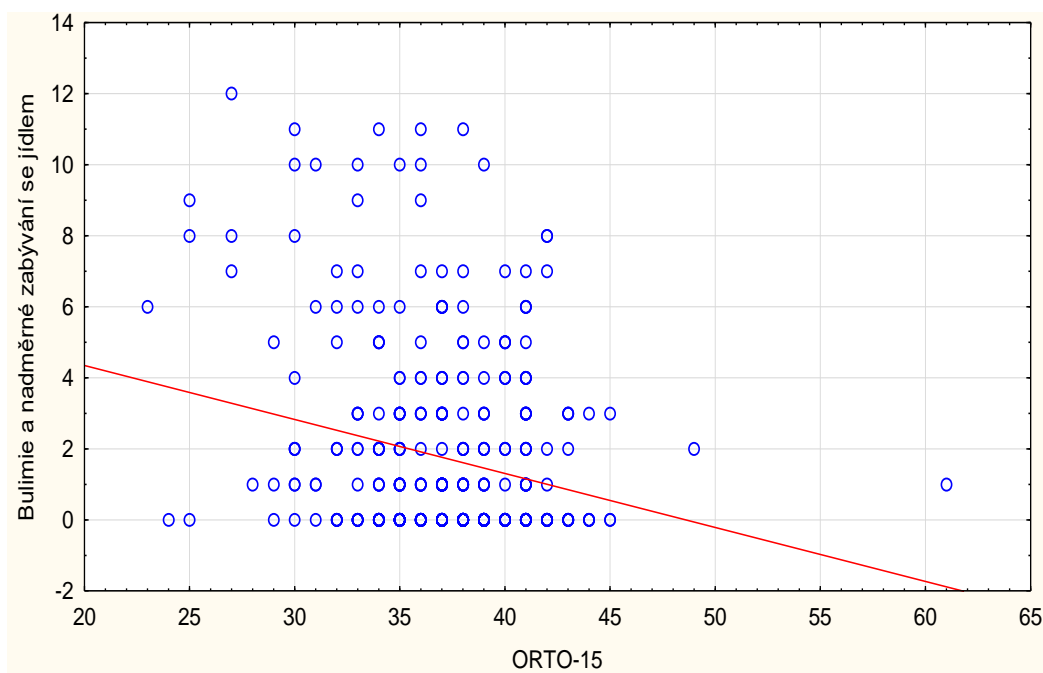
Hypotéza 2 byla ověřována Pearsonovým korelačním koeficientem na pětiprocentní hladině významnosti. Výsledky naznačují statisticky významný vztah mezi nižšími skóry v dotazníku ORTO-15 naznačujícími tendence k orthorexii nervose a vyššími skóry v subškále „bulimie a nadměrné zabývání se jídlem“ dotazníku EAT-26 poukazujícími na možnou přítomnost poruchy příjmu potravy,  $R = -0,23$ ;  $p < 0,01$ . Nulovou hypotézu „Mezi vyšší mírou orthorexie nervosy a vyšší mírou bulimie a nadměrného zabývání se jídlem není statisticky významný vztah.“ odmítáme a přijímáme alternativní hypotézu: **Vyšší míra orthorexie nervosy statisticky významně souvisí s vyšší mírou bulimie a nadměrného zabývání se jídlem na nízké až střední úrovni korelace** (podle de Vaus, 2002).

Tabulka 16: Výsledky Pearsonova korelačního koeficientu pro H2

Proměnná	Bulimie a nadměrné zabývání se jídlem
ORTO-15	$R = -0,23$
	$p < 0,01$

Zdroj: Vlastní výzkum (N=397)

Graf 8: Bodový graf zobrazující vztah mezi ORTO-15 a subškálou Bulimie a nadměrné zabývání se jídlem dotazníku EAT-26



Zdroj: Vlastní výzkum (N=397)

### Hypotéza 3: Vyšší míra orthorexie nervosy statisticky významně souvisí s vyšší mírou orální kontroly.

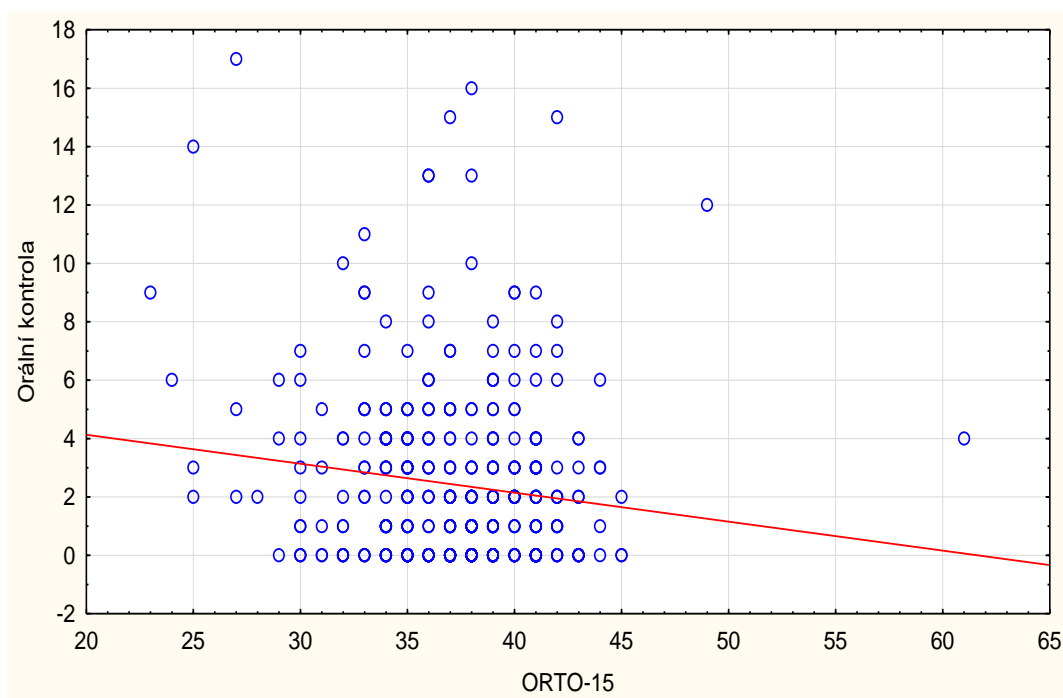
Pro otestování hypotézy 3 byl použit Pearsonův korelační koeficient na pětiprocentní hladině významnosti. Mezi nižšími skóry v dotazníku ORTO-15 naznačujícími tendence k orthorexii nervosy a vyššími skóry v subškále „orální kontrola“ poukazujícími na možnou přítomnost poruchy příjmu potravy byl i v tomto případě nalezen statisticky významný vztah,  $R = -0,13$ ;  $p < 0,01$ . Na základě tohoto výsledku zamítáme nulovou hypotézu „Mezi vyšší mírou orthorexie nervosy a vyšší mírou orální kontroly není statisticky významný vztah.“ a přijímáme alternativní hypotézu: **Vyšší míra orthorexie nervosy statisticky významně souvisí s vyšší mírou orální kontroly na nízké až střední úrovni korelace** (podle de Vaus, 2002).

Tabulka 17: Výsledky Pearsonova korelačního koeficientu pro H3

Proměnná	Orální kontrola
ORTO-15	$R = -0,13$
	$p < 0,01$

Zdroj: Vlastní výzkum (N=397)

Graf 9: Bodový graf zobrazující vztah mezi ORTO-15 a subškálou Orální kontrola dotazníku EAT-26



Zdroj: Vlastní výzkum (N=397)

**Hypotéza 4: Vyšší míra orthorexie nervosy statisticky významně souvisí s vyšší mírou sebehodnocení.**

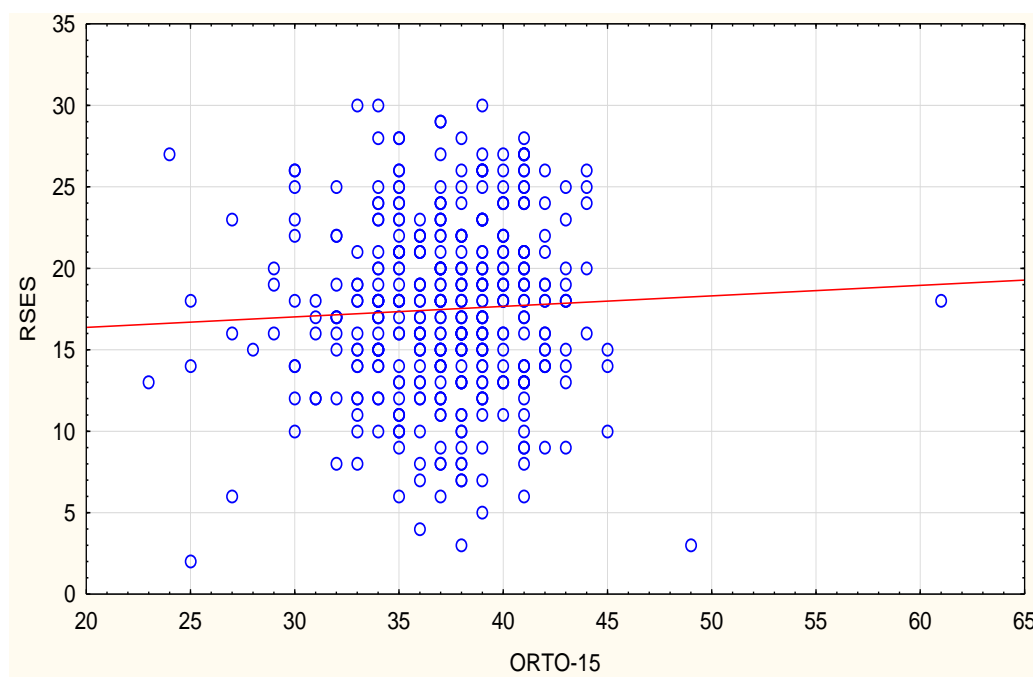
Hypotéza 4 byla testována Pearsonovým korelačním koeficientem na pětiprocentní hladině významnosti. Nenalezli jsme statisticky významný vztah mezi nižšími skóry v dotazníku ORTO-15 naznačujícími tendence k orthorexii nervosy a vyššími skóry v dotazníku RSES poukazujícími na vyšší sebehodnocení,  $R = 0,05$ ;  $p = 0,35$ . Jelikož je p-hodnota vyšší než stanovená hladina významnosti, zamítáme alternativní hypotézu a přijímáme nulovou hypotézu: **Mezi vyšší mírou orthorexie nervosy a vyšší mírou sebehodnocení není statisticky významný vztah.**

Tabulka 18: Výsledky Pearsonova korelačního koeficientu pro H4

Proměnná	RSES
ORTO-15	$R = 0,05$
	$p = 0,35$

Zdroj: Vlastní výzkum (N=397)

Graf 10: Bodový graf zobrazující vztah mezi ORTO-15 a RSES



Zdroj: Vlastní výzkum (N=397)

**Hypotéza 5: Mezi mírou orthorexie nervosy a mírou self-efficacy existuje statisticky významný vztah.**

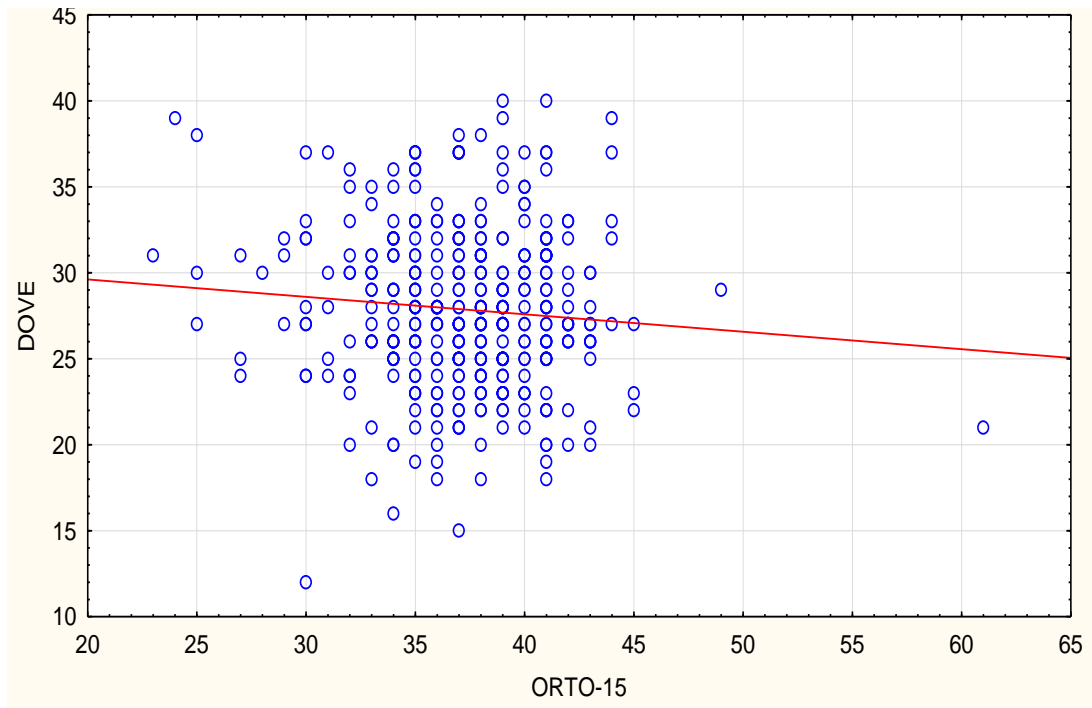
Po otestování hypotézy 5 pomocí Pearsonova korelačního koeficientu na pětiprocentní hladině významnosti nebyl nalezen statisticky významný vztah mezi skóry v dotazníku ORTO-15 a skóry v dotazníku DOVE,  $R = -0,09$ ;  $p = 0,09$ . Na základě tohoto výsledku zamítáme alternativní hypotézu a přijímáme hypotézu nulovou: **Mezi mírou orthorexie nervosy a mírou self-efficacy není statisticky významný vztah.**

Tabulka 19: Výsledky Pearsonova korelačního koeficientu pro H5

Proměnná	DOVE
ORTO-15	$R = -0,09$
	$p = 0,09$

Zdroj: Vlastní výzkum (N=397)

Graf 11: Bodový graf zobrazující vztah mezi ORTO-15 a DOVE



Zdroj: Vlastní výzkum (N=397)

## 9 Diskuze

Hlavním cílem této práce bylo zjištění souvislostí orthorexie nervosy s poruchami příjmu potravy, kde jsme se zaměřovali na abnormální postoje k jídlu (dietní chování, bulimie a nadměrné zabývání se jídlem, orální kontrola) a vybranými Self koncepty, konkrétně sebehodnocením a self-efficacy u cílové skupiny adolescentů.

Na základě hlavního cíle práce jsme formulovali dvě výzkumné otázky a pět výzkumných hypotéz. Pod první výzkumnou otázkou, která zněla: „*Jaký je vztah mezi orthorexií nervosou a poruchami příjmu potravy?*“, spadaly následující tři hypotézy:

- *H1: Vyšší míra orthorexie nervosy statisticky významně souvisí s vyšší mírou dietního chování.*
- *H2: Vyšší míra orthorexie nervosy statisticky významně souvisí s vyšší mírou bulimie a nadměrného zabývání se jídlem.*
- *H3: Vyšší míra orthorexie nervosy statisticky významně souvisí s vyšší mírou orální kontroly.*

Abychom ověřili hypotézy H1 až H3, zkoumali jsme vztah mezi skóry v dotazníku ORTO-15 a skóry v subškálách dotazníku EAT-26, které se nazývají: *dietní chování* neboli *anorexie a dietní chování*, *bulimie a nadměrné zabývání se jídlem* a *orální kontrola*. Dotazník ORTO-15 má obrácené skórování, tzn. nižší skóry naznačují orthorektické tendence, zatímco v dotazníku EAT-26 na patologické jídelní postoje poukazují vyšší skóry. U hypotéz H1 až H3 byl nalezen statisticky významný pozitivní vztah mezi vyšší mírou orthorexie nervosy a vyšší mírou dietního chování na střední až podstatné úrovni korelace ( $R = -0,44$ ;  $p < 0,01$ ), dále pak mezi vyšší mírou orthorexie nervosy a vyšší mírou bulimie a nadměrného zabývání se jídlem na nízké až střední úrovni korelace ( $R = -0,23$ ;  $p < 0,01$ ) a rovněž mezi vyšší mírou orthorexie nervosy a vyšší mírou orální kontroly na nízké až střední úrovni korelace ( $R = -0,13$ ;  $p < 0,01$ ). Dodatečně jsme zjišťovali míru korelace mezi celkovými skóry v dotazníku ORTO-15 a EAT-26, která měla hodnotu  $R = -0,41$ ;  $p < 0,01$ , což značí střední až podstatný vztah mezi proměnnými. Z těchto výsledků vyplývá, že orthorexie nervosa souvisí s poruchami příjmu potravy, konkrétně se s vyššími tendencemi k orthorexii nervose objevuje zvýšené riziko poruch příjmu potravy. Náš výsledek se shoduje se studiemi autorů Arusoğlu, Kabakçi, Köksal a Kutluay Merdol (2008) a Brytek-Matera, Krupa, Poggiogalle a Donini (2014), což může naznačovat správné zařazení orthorexie nervosy mezi poruchy příjmu potravy. Nejsilnější vztah byl nalezen mezi

vyšší mírou orthorexie nervosy a vyšší mírou dietního chování, což je v souladu s poznatky Bratmana a Knighta (2000) a výzkumem autorů Kinzl et al. (2006).

Druhá výzkumná otázka, kterou jsme si pokládali, měla následující znění: „*Jaký je vztah mezi orthorexií nervosou a Self?*“ K této výzkumné otázce se vztahovaly dvě hypotézy:

- *H4: Vyšší míra orthorexie nervosy statisticky významně souvisí s vyšší mírou sebehodnocení.*
- *H5: Mezi mírou orthorexie nervosy a mírou self-efficacy existuje statisticky významný vztah.*

Pro ověření hypotéz H4 a H5 jsme zjišťovali vztah mezi skóry v dotazníku ORTO-15 a skóry v Rosenbergově škále sebehodnocení (RSES) a Dotazníku obecné vlastní účinnosti (DOVE). I v tomto případě platí, že vyšší skóry v RSES a DOVE poukazují na vyšší míru měřeného znaku, zatímco v dotazníku ORTO-15 je tomu naopak (nižší skóry indikují orthorektické tendence). Po otestování hypotéz H4 a H5 nebyl nalezen statisticky signifikantní vztah mezi vyšší mírou orthorexie nervosy a vyšší mírou sebehodnocení ( $R = 0,05$ ;  $p = 0,35$ ), ani mezi mírou orthorexie nervosy a mírou self-efficacy ( $R = -0,09$ ;  $p = 0,09$ ). Hypotézu H4 jsme formulovali na základě předpokladů autora konceptu orthorexie nervosy, který u svých orthorektickýckých pacientů pozoroval zvýšené sebehodnocení (Bratman & Knight, 2000). Naše zjištění je však v souladu s výzkumem Hrbáčkové (2014), která rovněž našla negativní souvislost mezi vyšší mírou orthorexie nervosy a vyšší mírou sebehodnocení, i když v našem případě statisticky nesignifikantní. Tento výsledek se shoduje s výzkumnými zjištěními z oblasti poruch příjmu potravy, které se pojí právě s nižším sebehodnocením. (Button, Loan, Davies, & Sonuga-Barke, 1997; Williams et al., 1993) V H5 jsme se zaměřili na zjišťování vztahu mezi orthorexií nervosou a self-efficacy. Na toto téma se nám nepodařilo nalézt žádný existující výzkum, ale předpokládali jsme, že by mezi nimi mohla být určitá souvislost, jelikož jde o koncept příbuzný sebehodnocení. Ani zde jsme však nenalezli statisticky významný vztah.

Díličními cíli, které jsme si stanovili bylo zjistit výskyt orthorexie nervosy u námi zvoleného vzorku adolescentů a ověřit, zda se výskyt orthorexie nervosy liší u mužů a u žen a dále u studentů střední odborné školy a gymnázia.

Pro zjištění výskytu orthorexie nervosy jsme nejprve pracovali s prahovou hodnotou 40 bodů, kterou doporučují autoři dotazníku ORTO-15. Na základě této hodnoty mají tendence k orthorexii nervose jedinci s celkovým skóre nižším než 40 bodů. Při použití této

hodnoty jsme došli k výsledku, že k orthorexii nervose inklinuje 291 z 397 respondentů v našem souboru (z toho 71 mužů a 220 žen), tj. 73 % osob. Jelikož nám tento počet připadal nepřiměřeně vysoký, rozhodli jsme se pro posun prahové hodnoty o jednu směrodatnou odchylku, tzn. na 36 bodů. Při použití této hodnoty vykazovalo orthorektické tendence pouze 123 osob (z toho 31 mužů a 92 žen), tj. 31 % respondentů, což se nám jeví jako průkaznější výsledek. Domníváme se, že autory navržená prahová hodnota 40 bodů není pro české prostředí vyhovující, jelikož není příliš striktní v rozlišování jedinců s orthorektickými tendencemi od jedinců s normálním stravovacím chováním.

Dále jsme ověřovali případný rozdíl ve výskytu orthorexie nervosy u mužů a u žen. Výsledkem bylo zjištění, že je výskyt orthorexie nervosy statisticky významně vyšší u žen než u mužů ( $t = -1,97$ ;  $p = 0,049$ ), což se shoduje s některými provedenými studiemi (Arusoğlu, Kabakçı, Köksal, & Kutluay Merdol, 2008; Cinosi et al., 2015; Hrbáčková, 2014), ale rozchází se to například s výsledky studie Donini et al. (2004). Následně jsme zjišťovali, zda se liší výskyt orthorexie nervosy u studentů střední odborné školy a gymnázia. I v tomto případě byl nalezen rozdíl: výskyt orthorexie nervosy je statisticky významně vyšší u studentů gymnázia oproti studentům střední odborné školy ( $t = -2,01$ ;  $p = 0,045$ ). Tento výsledkem není v souladu s některými výzkumnými zjištěními naznačujícími souvislost orthorexie nervosy s nižším vzděláním (Donini et al., 2004).

V tuto chvíli bychom se rádi zaměřili na možné limity tohoto výzkumu. Hlavní z nich spatřujeme v samotném konceptu orthorexie nervosy, který doposud není jednotně definován a nemá platná diagnostická kritéria. Problematický je rovněž dotazník ORTO-15, který pro měření orthorexie nervosy využívá převážná většina výzkumných studií, ačkoliv jeho platnost a spolehlivost nebyla potvrzena. Stejně jako ORTO-15 mohou být i ostatní námi zvolené metody limitující, jelikož se jedná o sebeposuzovací dotazníky, které se spoléhají na schopnost introspekce a ochotu respondentů odpovídat pravdivě. U dotazníků ORTO-15 a EAT-26 lze poměrně snadno zjistit, na co se zaměřují, což může vést k záměrnému zastírání skutečného stavu nebo sociálně žádoucím odpovědím. Dalším limitujícím faktorem je způsob sběru dat. Studentům byly dotazníky administrovány během vyučovací hodiny a na jejich vyplnění měli omezený čas, což mohlo být pro některé respondenty stresující a způsobit zkreslení odpovědí. K tomu mohl přispět i vysoký počet položek a nedostatečný klid na vyplňování, který s sebou nese skupinová administrace. Nevýhodou může být i složení výzkumného vzorku, který je tvořen převážně ženami. Tento fakt však nutně nemusí vést ke zkreslení výsledků, protože mnohé výzkumy naznačují vyšší



výskyt orthorexie nervosy i poruch příjmu potravy u žen (Arusoğlu, Kabakçı, Köksal, & Kutluay Merdol, 2008; Cinosi et al., 2015; Hrbáčková, 2014).

Do budoucna bychom považovali za přínosné blíže prozkoumat souvislost mezi orthorexií nervosou a mentální anorexií, na kterou jsme se zaměřovali v hypotéze č. 3, u níž se projevila nejvyšší míra korelace. Námětem k dalšímu zkoumání by mohlo být také vyšetření souvislostí mezi orthorexií nervosou a obsedantně kompulzivní poruchou, pro níž v této práci nebyl dostatečný prostor. Zajímavé výsledky by dále mohlo přinést prozkoumání vztahu mezi orthorexií nervosou a úzkostností, která se pojí s potřebou kontroly, jež se objevuje jak u pacientů s mentální anorexií, tak u pacientů s orthorexií nervosou.

## 10 Závěr

Tato výzkumná studie se zaměřovala na zjištění souvislostí orthorexie nervosy s poruchami příjmu potravy a vybranými Self koncepty, konkrétně sebehodnocením a self-efficacy u adolescentů. Dílčím cílem bylo zjistit výskyt orthorexie u námi zvoleného výzkumného vzorku a ověřit, zda se se liší v závislosti na pohlaví a typu navštěvované střední školy.

Ke zjišťování vztahu mezi orthorexií nervosou a poruchami příjmu potravy, respektive abnormálními jídelními postoji, jsme zvolili dotazník ORTO-15 a Test jídelních postojů (EAT-26). Zjistili jsme, že vyšší míra orthorexie nervosy statisticky významně souvisí s vyšší mírou anorexie a dietního chování na střední až podstatné úrovni korelace ( $R = -0,44$ ;  $p < 0,01$ ), dále pak s vyšší mírou bulimie a nadměrného zabývání se jídlem na nízké až střední úrovni korelace ( $R = -0,23$ ;  $p < 0,01$ ) a rovněž s vyšší mírou orální kontroly na nízké až střední úrovni korelace ( $R = -0,13$ ;  $p < 0,01$ ). Mezi celkovými skóry v dotazníku ORTO-15 a EAT-26 byl nalezen střední až podstatný statisticky významný vztah ( $R = -0,41$ ,  $p < 0,01$ ). Z výsledků naší studie tedy vyplývá, že se s vyššími tendencemi k orthorexie nervose objevuje zvýšené riziko poruch příjmu potravy, což se shoduje s výsledky dalších provedených výzkumů (např. Arusoğlu et al., 2008; Brytek-Matera et al., 2014).

Pro ověření vztahu mezi orthorexií nervosou, sebehodnocením a self-efficacy jsme použili dotazník ORTO-15, Rosenbergovu škálu sebehodnocení (RSES) a Dotazník obecné vlastní efektivity (DOVE). Výsledky nepotvrdily existenci statisticky významného vztahu mezi vyšší mírou orthorexie nervosy a vyšší mírou sebehodnocení ( $R = 0,05$ ;  $p = 0,35$ ). Rovněž nebyl nalezen statisticky významný vztah mezi mírou orthorexie nervosy a mírou self-efficacy ( $R = -0,09$ ;  $p = 0,09$ ).

Na základě získaných dat jsme dále zjistili, že je výskyt orthorexie nervosy statisticky signifikantně vyšší u žen než u mužů ( $t = -1,97$ ;  $p = 0,049$ ) a u studentů gymnázia oproti studentům střední odborné školy ( $t = -2,01$ ;  $p = 0,045$ ).

Posledním cílem, který jsme si stanovili bylo zjistit výskyt orthorexie nervosy u našeho výzkumného vzorku. Při použití dotazníku ORTO-15 na prahové hodnotě 36 bodů vykazovalo orthorektické tendence 123 osob (z toho 31 mužů a 92 žen), tj. 31 % respondentů. Při práci s autory doporučenou hodnotou 40 bodů vyšlo,

že k orthorexii nervose inklinuje dokonce 291 z 397 respondentů v našem souboru (z toho 71 mužů a 220 žen), tj. 73 % osob.

Výsledky této i dalších výzkumných studií naznačují poměrně vysokou prevalenci orthorexie nervosy, jež by neměla být přehlížena. Je zjevné, že jde o velmi aktuální a významné téma, které by si zasloužilo mnohem více pozornosti ze strany odborníků, než je mu v současnosti věnováno. Za důležité považujeme důkladné prozkoumání tohoto konceptu, formulování jednotné definice a stanovení diagnostických kritérií, která doposud neexistují, což představuje problém, na který neustále narážíme. Domníváme se, že orthorexie nervosa představuje vhodný předmět k dalšímu zkoumání, a to zejména u adolescentů, kteří jsou obecně považováni za velmi ohroženou skupinu, což se potvrdilo i v naší studii. Rozšíření znalostí a zvýšení obecného povědomí o tomto onemocnění může přispět k jeho časnější detekci, čímž lze dle našeho názoru zamezit jeho plnému rozvoji a předejít tak mnohým komplikacím.

## 11 Seznam použité literatury

- Arusoğlu, G., Kabakçı, E., Köksal, G., & Kutluay Merdol, T. K. (2008). Orthorexia Nervosa and Adaptation of ORTO-11 into Turkish. *Turkish Journal Of Psychiatry*, 19(3), 1-9.
- Bandura, A. (1994). *Self-efficacy*. In Ramachandran, V. S. (Ed.), *Encyclopedia of human behavior* (Vol. 4, pp. 71-81). New York: Academic Press.
- Bartrina, J. A. (2007). Ortorexia o la obsesión por la dieta saludable. *Archivos Latinoamericanos De Nutrición*. 57(4), 313-315.
- Billings, T. E. (1997). Clarifying Orthorexia: Obsession with dietary purity as an eating disorder [online]. In *Beyond Vegetarianism*. Dostupné z: <http://www.beyondveg.com/billings-t/orthorexia/orthorexia-1a.shtml>
- Blatný, M., & Osecká, L. (1994). Rosenbergova škála sebehodnocení: struktura globálního vztahu k sobě. *Československá psychologie*, 38(6), 481-488.
- Bratman, S. (1997). Health Food Junkie [online]. In *Beyond Vegetarianism*. Dostupné z: <http://www.beyondveg.com/bratman-s/hfj/hf-junkie-1a.shtml>
- Bratman, S., & Knight, D. (2000). *Health Food Junkies: Orthorexia Nervosa: Overcoming the Obsession with Healthful Eating*. New York: Broadway Books.
- Bratman, S. (2014). What is Orthorexia? [online]. In *Orthorexia*. Dostupné z: <http://www.orthorexia.com/what-is-orthorexia/>
- Bratman, S. (2017). Healthy Eating vs. Orthorexia [online]. In *Orthorexia*. Dostupné z: <http://www.orthorexia.com/healthy-eating-vs-orthorexia/>
- Brytek-Matera, A. (2012). Orthorexia nervosa – an eating disorder, obsessive-compulsive disorder or disturbed eating habit? *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 14(1), 55-60.
- Brytek-Matera, A., Krupa, M., Poggiogalle, E., & Donini, L. (2014). Adaptation of the ORTHO-15 test to Polish women and men. *Eating And Weight Disorders*, 19(1), 69-76. doi:10.1007/s40519-014-0100-0
- Button, E. J., Loan, P., Davies, J., & Sonuga-Barke, E. J. S. (1997). Self-esteem, eating problems, and psychological well-being in a cohort of schoolgirls aged 15-16: a questionnaire and interview study. *The International journal of eating disorders*, 21(1), 39-47. doi: 10.1002/(SICI)1098-108X(199701)21:1<39::AID-EAT5>3.0.CO;2-4
- Carr-Gregg, M. (2012). *Psychické problémy v dospívání*. Praha: Portál.
- Catalina Zamora, M. L., Bonaecha, B. B., Sánchez, F. G., & Rial, B. R. (2005). Orthorexia nervosa. A new eating behavior disorder? *Actas españolas de psiquiatría*, 33(1), 66-68.
- Cooper, P. J. (2014). *Bulimie a záchvatovité přejídání: jak je překonat*. Praha: Portál.

- Cinisi, E., Matarazzo, I., Marini, S., Acciavatti, T., Lupi, M., Corbo, M., & ... Di Giannantonio, M. (2015). Prevalence of Orthorexia Nervosa in a Population of Young Italian Adults. *European Psychiatry*, 30(1), 1330. doi: 10.1016/S0924-9338(15)31038-5
- Davis, C., & Scott-Robertson, L. (2000). A psychological comparison of females with anorexia nervosa and competitive male bodybuilders: Body shape ideals in the extreme. *Eating Behaviors*, 1(1), 33-46. doi: 10.1016/S1471-0153(00)00007-6
- Donini, L. M., Marsili, D., Graziani, M. P., Imbriale, M., & Cannella, C. (2004). Orthorexia nervosa: A preliminary study with a proposal for diagnosis and an attempt to measure the dimension of the phenomenon. *Eating and Weight Disorders*, 9(2), 151–157. doi: 10.1007/BF03325060
- Donini, L. M., Marsili, D., Graziani, M. P., Imbriale, M., & Cannella, C. (2005). Orthorexia nervosa: Validation of a diagnosis questionnaire. *Eating and Weight Disorders*, 10, 28–32. doi: 10.1007/BF03327537
- Dostál, D. (2016). *Statistické metody v psychologii*. Nепublikovaná skripta. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Dunn, T. M., Moroze, R. M., Holland, J. C., Yager, J., & Weintraub, P. (2015). Microthinking About Micronutrients: A Case of Transition From Obsessions About Healthy Eating to Near-Fatal “Orthorexia Nervosa” and Proposed Diagnostic Criteria. *Psychosomatics* 56(4), 397-403. doi: 10.1016/j.psych.2014.03.003
- Dunn, T. M., & Bratman, S. (2016). On orthorexia nervosa: A review of the literature and proposed diagnostic criteria. *Eating Behaviors*, 21, 11-17. doi: 10.1016/j.eatbeh.2015.12.006
- Dunn, T. M., Gibbs, J., Whitney, N., & Starosta, A. (2017). Prevalence of orthorexia nervosa is less than 1 %: data from a US sample. *Eating And Weight Disorders – Studies On Anorexia, Bulimia And Obesity*, 22(1), 185-192. doi: 10.1007/s40519-016-0258-8
- Eating Attitudes Test. (2017). *Scoring* [online]. Dostupné z: <http://www.eat-26.com/scoring/>
- Fialová, L. (2001). *Body image jako součást sebepojetí člověka*. Praha: Karolinum.
- Fidan, T., Ertekin, V., Işıkay, S., & Kırpınar, İ. (2010). Prevalence of orthorexia among medical students in Erzurum, Turkey. *Comprehensive Psychiatry*, 51(1), 49-54. doi: 10.1016/j.comppsy.2009.03.001
- Fraňková, S., Pařízková, J., & Malichová, E. (2013). *Jídlo v životě dítěte: Teorie, výzkum, praxe*. Praha: Karolinum.
- Galová, K. (2013). *Mýty a omyly*. Dostupné z: [http://www.anabell.cz/images/obr/1404372388\\_myty-a-omyly.pdf](http://www.anabell.cz/images/obr/1404372388_myty-a-omyly.pdf)

- Garner, D. M. (2005). Přehled léčby poruch příjmu potravy. In: Krch, F.D. et al. *Poruchy příjmu potravy* (s. 123-132). Praha: Grada.
- Grogan, S. (2000). *Body image: Psychologie nespokojenosti s vlastním tělem*. Praha: Grada.
- Hadaš, L. (2007). *Poruchy příjmu potravy: psychosociální přístup rodinné terapie* (Disertační práce). Brno: Masarykova univerzita.
- Hoskovcová, S. (2006). *Psychická odolnost předškolního dítěte*. Praha: Grada.
- Hrbáčková, K. (2014). *Orthorexia nervosa aneb nezdravá posedlost zdravou stravou* (Diplomová práce). Brno: Masarykova univerzita.
- Kalm, L. M., & Semba, R. D. (2005). They Starved So That Others Be Better Fed: Remembering Ancel Keys and the Minnesota Experiment. *The Journal of Nutrition*, 135(6), 1347-1352. doi: 10.1093/jn/135.6.1347
- Kaňková, K. (2005). *Poruchy metabolismu a výživy: Vybrané kapitoly z patologické fyziologie*. Brno: Masarykova univerzita.
- Kinzl, J. F., Hauer, K., Traweger, C., & Kiefer, I. (2006). Orthorexia Nervosa in Dieticians. *Psychotherapy and Psychosomatics*, (75)6, 395-396. doi: 10.1159/000095447
- Koven, N. S., & Abry, A. W. (2015). The clinical basis of orthorexia nervosa: emerging perspectives. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11, 385-394. doi: 10.2147/NDT.S61665
- Krch, F. D. et al. (1999). *Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie*. Praha: Grada.
- Krch, F. (2002). *Mentální anorexie*. Praha: Portál.
- Krch, F. (2007). Poruchy příjmu potravy. *Medicína pro praxi*, 4(10), 420-422.
- Krch, F. D. et al. (2005). *Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie*. Praha: Grada.
- Krch, F. (2008). *Bulimie: jak bojovat s přejídáním*. Praha: Grada.
- Langmeier, J., & Krejčířová, D. (2007). *Vývojová psychologie*. Praha: Grada.
- Lébllová, P. (2010). Poruchy příjmu potravy: vztah k imaginaci a závislosti na poli. *E- Psychologie*, 4(3), 1-12.
- Macek, P. (2003). *Adolescence*. Praha: Portál.
- Macek, P. (2008). Sebesystém, vztah k vlastnímu já. In: Výrost, J. & Slaměník, I. (Eds.). *Sociální psychologie* (s. 89-107). Praha: Grada.
- Marádová, E. (2007). *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí.
- Marková, M. (2008). Vliv sociálních faktorů na problémové chování adolescentů. *Pediatric pro praxi*, 9(3), 190-191.
- Martykánová, L., & Piskáčková, Z. (2010). Orthorexie a bigorexie – méně známé formy poruch příjmu potravy. *Výživa a potraviny*, 1, 15-16.

- Mathieu, J. (2005). What is orthorexia? *Journal of The American Dietetic Association*, 105(10), 1510–1512. doi: 10.1016/j.jada.2005.08.021
- Meczekalski, B., Podfigurna-Stopa, A., & Katulski, K. (2013). Review: Long-term consequences of anorexia nervosa. *Maturitas*, 75(3), 215-220. doi: 10.1016/j.maturitas.2013.04.014
- Míčová, L., & Švédová, J. (2010). *Poruchy příjmu potravy: manuál pro pedagogy*. Dostupné z: [http://www.anabell.cz/images/obr/1404371833\\_manualpropedagogy.pdf](http://www.anabell.cz/images/obr/1404371833_manualpropedagogy.pdf)
- Mišáková, V. (2012). *Prožívání životní smysluplnosti u adolescentů se sklony k mentální ortorexii* (Diplomová práce). Olomouc: Univerzita Palackého.
- Muris, P. (2002). Relationships between self-efficacy and symptoms of anxiety disorders and depression in a normal adolescent sample. *Personality and Individual Differences*, 32(2), 337-348. doi: 10.1016/S0191-8869(01)00027-7
- Němečková, P. (2007). Poruchy příjmu potravy. *Psychiatrie pro praxi*, 4, 156-158.
- Papežová, H. (2000). *Anorexia nervosa*. Praha: Psychiatrické centrum.
- Papežová, H. (2003). *Bulimia nervosa*. Praha: Psychiatrické centrum.
- Papežová, H. (Ed). (2010). *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Praha: Grada.
- Plháková, A. (2015). *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia.
- Procházková, L., & Sladká-Ševčíková, J. (2017). *Poruchy příjmu potravy: odpovědi na otázky, na které jste se báli zeptat*. Praha: Pasparta.
- Robins, R. W., & Trzesniewski, K. H. (2005). Self-Esteem Development Across the Lifespan. *Current Directions In Psychological Science*, 14(3), 158-162. doi: 10.1111/j.0963-7214.2005.00353.x
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Stárková, L. (2009). Riziko smrti a zákeřných komplikací u poruch příjmu potravy. *Psychiatrie pro praxi*, 10(3), 112-116.
- Štěpánková T., & Ratajová, D. (2015). Přístupy k léčbě poruch příjmu potravy [online]. In *Healthy and free*. Dostupné z: <http://www.healthyandfree.cz/index.php/lecba/pristupy-k-lecbe/item/302-lecba-poruch-prijmu-potravy>
- Vágnerová, M. (2012). *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Praha: Karolinum.
- Varga, M., Dukay-Szabó, S., Túry, F., & van Furth, E. (2013). Evidence and gaps in the literature on orthorexia nervosa. *Eating And Weight Disorders – Studies On Anorexia, Bulimia And Obesity*, 18(2), 103-111. doi: 10.1007/s40519-013-0026-y
- Vaus, D. A. de. (2002). *Analyzing Social Science Data. 50 Key Problems in Data Analysis*. London: Sage.

Vilímovský, M. (2016). Ortorexie aneb když se zdravé stravování stane úchylkou [online]. In *Medlicker*. Dostupné z: <https://cs.medlicker.com/1174-ortorexie>

Williams, G. J., Power, K. G., Millar, H. R., Freeman, C. P., Yellowlees, A., Dowds, T. ...Jackson, M. A. (1993). Comparison of eating disorders and other dietary/weight groups on measures of perceived control, assertiveness, self-esteem, and self-directed hostility. *International Journal of Eating Disorders*, 14(1), 27-32. doi: 10.1002/1098-108X(199307)14:1<27::AID-EAT2260140104>3.0.CO;2-F

World Health Organisation. (2008). *MKN-10: Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize*. Praha: Bomton Agency.



## Seznam uvedených tabulek a grafů

### Tabulky:

Tabulka 1: Četnost zastoupení mužů a žen v závislosti na typu navštěvované školy .....	46
Tabulka 2: Deskriptivní statistiky věku respondentů .....	47
Tabulka 3: Četnost zastoupení jednotlivých věkových skupin.....	48
Tabulka 4: Četnost zastoupení věkových skupin mužů a žen .....	48
Tabulka 5: Deskriptivní statistiky míry orthorexie nervosy .....	50
Tabulka 6: Deskriptivní statistiky míry poruch příjmu potravy .....	50
Tabulka 7: Deskriptivní statistiky míry sebehodnocení .....	51
Tabulka 8: Deskriptivní statistiky míry self-efficacy .....	51
Tabulka 9: Výsledky t-testu pro dva nezávislé výběry týkající se pohlaví .....	52
Tabulka 10: Výsledky t-testu pro dva nezávislé výběry týkající se typu navštěvované školy .....	53
Tabulka 11: Četnost osob s tendencemi k orthorexii nervose a poruchám příjmu potravy (při prahové hodnotě 40 bodů v ORTO-15) .....	54
Tabulka 12: Četnost osob s tendencemi k orthorexii nervose a poruchám příjmu potravy (při prahové hodnotě 36 bodů v ORTO-15) .....	55
Tabulka 13: Výsledky testu dobré shody pro ORTO-15 a EAT-26 .....	55
Tabulka 14: Výsledky Pearsonova korelačního koeficientu pro ORTO-15 a EAT-26 .....	55
Tabulka 15: Výsledky Pearsonova korelačního koeficientu pro H1 .....	56
Tabulka 16: Výsledky Pearsonova korelačního koeficientu pro H2 .....	57
Tabulka 17: Výsledky Pearsonova korelačního koeficientu pro H3 .....	58
Tabulka 18: Výsledky Pearsonova korelačního koeficientu pro H4 .....	59
Tabulka 19: Výsledky Pearsonova korelačního koeficientu pro H5 .....	60

### Grafy:

Graf 1: Rozložení respondentů dle pohlaví a typu školy.....	46
Graf 2: Rozložení všech respondentů dle věku .....	47
Graf 3: Rozložení mužů a žen dle věku .....	48
Graf 4: Krabicový graf zobrazující rozdíl ve výskytu ON u mužů (1) a u žen (2).....	52
Graf 5: Krabicový graf zobrazující rozdíl ve výskytu ON u studentů SOŠ (1) a studentů gymnázia (2) .....	53
Graf 6: Bodový graf zobrazující vztah mezi ORTO-15 a EAT-26.....	56
Graf 7: Bodový graf zobrazující vztah mezi ORTO-15 a subškálou Dietní chování dotazníku EAT-26.....	57
Graf 8: Bodový graf zobrazující vztah mezi ORTO-15 a subškálou Bulimie a nadměrné zabývání se jídlem dotazníku EAT-26.....	58
Graf 9: Bodový graf zobrazující vztah mezi ORTO-15 a subškálou Orální kontrola dotazníku EAT-26.....	59
Graf 10: Bodový graf zobrazující vztah mezi ORTO-15 a RSES .....	60
Graf 11: Bodový graf zobrazující vztah mezi ORTO-15 a DOVE.....	61

## **Seznam příloh**

**Příloha 1:** Dotazník ORTO-15

**Příloha 2:** Test jídelních postojů (EAT-26)

**Příloha 3:** Rosenbergova škála sebehodnocení (RSES)

**Příloha 4:** Dotazník obecné vlastní efektivity (DOVE)

## Přílohy

### Příloha 1: Dotazník ORTO-15

		vždy	často	někdy	nikdy
1.	Věnujete pozornost tomu, jak kalorické je jídlo, které jíte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Když si jdete do obchodu koupit jídlo, cítíte se zmaten/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Dělal/a jste si v posledních třech měsících starosti ohledně stravování?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Je Váš výběr jídla ovlivněn starostmi o Váš zdravotní stav?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Je pro Vás při výběru jídla důležitější chuť než kvalita?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Jste ochoten/ochotna utratit více peněz za zdravější jídlo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	Trápíte se myšlenkami na jídlo více než tři hodiny denně?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	Dovolujete si někdy v jídle zhřešit?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	Myslíte si, že Vaše nálada ovlivňuje to, jak se stravujete?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.	Myslíte si, že přesvědčení jíst pouze zdravou stravu zvyšuje sebeúctu?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.	Myslíte si, že zdravé stravování změnilo/by mohlo změnit Váš životní styl (např. omezení večeří v restauracích s přáteli)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.	Myslíte si, že zdravé stravování může zlepšit Váš vzhled?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.	Cítíte se provinile, když zhřešíte v jídle?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.	Myslíte si, že je v obchodech k dostání také nezdravé jídlo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.	Stravujete se v současné době o samotě?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



### Příloha 3: Rosenbergova škála sebehodnocení (RSES)

		rozhodně nesouhlasím	spíše nesouhlasím	spíše souhlasím	rozhodně souhlasím
1.	Mám pocit, že si uchovávám svoji osobní důstojnost nejméně v takové míře jako většina ostatních lidí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Jsem vždy náchylný/á považovat se za neúspěšného člověka.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Myslím si, že mám řadu dobrých vlastností.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Jsem schopný/á dělat mnoho věcí stejně dobře jako ostatní.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Zdá se mi, že nemohu být u sebe na nic zvláštního hrdý/á.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Mám k sobě dobrý vztah.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	Chtěl/a bych si sám/sama sebe více vážit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	Jsem se sebou vcelku spokojený/á.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	Občas jasně pocítuji svoji neužitečnost.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.	Někdy si myslím, že jsem naprosto neschopný/á.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Příloha 4: Dotazník obecné vlastní efektivity (DOVE)

		rozhodně nesouhlasím	spíše nesouhlasím	spíše souhlasím	rozhodně souhlasím
1.	Když se něco postaví proti mně, můžu nalézt způsob, jak dosáhnout toho, čeho dosáhnout chci.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Když se o to opravdu usilovně snažím, pak můžu vždy zvládnout i nesnadné problémy.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Pro mne je poměrně snadné držet se svých předsevzetí a dosáhnout cílů, které si stanovím.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Díky svým zkušenostem a možnostem vím, jak zvládat neočekávané situace.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Důvěřuji si plně, že zvládnu neočekávané situace.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Když se dostanu do obtíží, pak se můžu plně spolehnout na své schopnosti.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	Bez ohledu na to, co se děje, jsem obvykle schopný/á vypořádat se s tím.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	Vynaložím-li na to potřebné úsilí, pak můžu najít řešení pro téměř každý problém.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	Pokud stojím před něčím novým, vím, jak se s takovou situací vyrovnat.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.	Pokud se vynoří nějaký problém, můžu ho zvládnout vlastními silami.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>