

**Univerzita Karlova
1.lékařská fakulta**

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví
Studijní obor: Adiktologie



Bc. Denisa Nedvědová

Vztah mezi stravovacími návyky a užíváním alkoholu u vysokoškolských studentek
The relationship between eating habits and alcohol consumption among female university
students

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Gabriela Rolová, Ph.D.

Praha, 2025

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu. Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému mezi univerzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 15.4.2025

Bc. Denisa Nedvěďová

.....

Podpis

Identifikační záznam

NEDVĚDOVÁ, Denisa. *Vztah mezi stravovacími návyky a užíváním alkoholu u vysokoškolských studentek. [The relationship between eating habits and alcohol consumption among female university students]*. Praha, 2025. 60 s., 1 příl. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí závěrečné práce: Rolová, Gabriela.

Poděkování

Tímto bych ráda poděkovala vedoucí práce Mgr. Gabriele Rolové, Ph.D. za cenné rady, podporu a její čas při vedení této bakalářské práce. Poděkování patří také všem respondentkám, které se do studie zapojily a které mi poskytly cenné informace. Současně bych na tomto místě ráda poděkovala za podporu svým nejbližším a překladatelce za odborný překlad dotazníku z anglického jazyka do českého jazyka.

Abstrakt

Východiska: Vysokoškolské prostředí představuje specifické sociální prostředí, které bývá spojováno s intenzivním sociálním životem, kde alkohol může hrát významnou roli a také s tlakem na vzhled a štíhlost. S tímto tlakem může souviset fenomén drunkorexie. Drunkorexie představuje omezování kalorického příjmu, či nadměrnou fyzickou aktivitu ve dnech konzumace alkoholu z obavy přibírání na váze. V posledních letech proběhlo několik zahraničních výzkumů, které se věnují hlavně populaci vysokoškolských studentů. V České republice je však výzkum této problematiky velice omezený.

Cíle: Cílem této bakalářské práce je zhodnotit vliv konzumace alkoholu na stravovací návyky u studentek vysokých škol a identifikovat psychologické faktory, které tento vliv ovlivňují. Práce se zaměří také na to, zda se toto chování liší mezi studentkami s normální hmotností, podváhou, nadváhou a obezitou.

Metody: Výzkum zahrnuje 110 studentek z různých vysokých škol v České republice ve věku 18-26 let. Data byla získána prostřednictvím on-line dotazníku, který kombinoval otázky z dotazníků College life alcohol salience scale (CLASS), Eating attitudes test (EAT-26) a Drunkorexia motives and behaviors scale (DMBS) doplněných o sociodemografické otázky na platformě Google forms. Data byla analyzována popisnou statistikou prostřednictvím programu Microsoft Excell.

Výsledky: Z celkového počtu 110 respondentek konzumovalo alkohol v posledních 30 dnech 91,8 %. Pouze 13,6 % respondentek uvedlo, že omezují kalorický příjem ve dnech, kdy plánují konzumovat alkohol. Celkem 67,6 % respondentek má ideální BMI. Nejčastějším důvodem je strach z přibírání na váze, což uvedlo 53,3 % respondentek, zatímco sociální tlak hraje minimální roli. Zajímavým poznatkem je, že 53,6 % respondentek kompenzuje kalorický příjem získaný z alkoholu následující den, a to především omezením jídla (53,6 %) a zvýšenou fyzickou aktivitou (44,5 %). Celkem 62,7 % respondentek se snaží vybírat alkohol s nižším obsahem kalorií. Co se týče stravovacích návyků, tak 22,7 % se někdy cítí po jídle provinile a 18,2 % drží často nebo velmi často diety.

Závěr: Výsledky naznačují, že většina respondentek sice alkohol konzumuje, nicméně pouze malá část omezuje kvůli konzumaci alkoholu kalorický příjem. To je v kontrastu se zahraničními výzkumy, kde je výskyt tohoto chování mnohem vyšší. Hlavní důvod tohoto chování je stejný jako v zahraničních studiích, a tím je strach z přibírání na váze.

Klíčová slova: drunkorexie – stravovací návyky – konzumace alkoholu – vysokoškolský život

Abstract

Introduction: The university environment represents a specific social setting often associated with an intense social life, where alcohol can play a significant role, along with pressure related to appearance and thinness. This pressure may be related to the phenomenon of drunkorexia. Drunkorexia refers to restricting caloric intake or engaging in excessive physical activity on days of alcohol consumption due to fear of gaining weight. In recent years, several international studies have focused on this issue among university students. However, in the Czech Republic, research in this area remains very limited.

Objectives: The aim of this bachelor's thesis is to evaluate the impact of alcohol consumption on the eating habits of female university students and to identify psychological factors influencing this behavior. The study also explores whether this behavior differs between students with normal weight, underweight, overweight, and obesity.

Methods: The research sample consisted of 110 female students from various universities across the Czech Republic, aged 18–26. Data were collected using an online questionnaire based on a combination of items from the College Life Alcohol Salience Scale (CLASS), the Eating Attitudes Test (EAT-26), and the Drunkorexia Motives and Behaviors Scale (DMBS), supplemented by sociodemographic questions. The data were analyzed using descriptive statistics through Microsoft Excel.

Results: Out of 110 respondents, 91,8 % reported alcohol consumption within the last 30 days. Only 13,6 % of participants reported restricting their caloric intake on days when they planned to drink alcohol. 67.6% of respondents have an ideal BMI. The most common reason for this behavior was fear of gaining weight (53,3 %), while social pressure played a minimal role. A notable finding is that 53,6 % of participants compensated for alcohol-related calories the following day, primarily by reducing food intake (53,6 %) and increasing physical activity (44,5 %). Additionally, 62,7 % reported choosing alcoholic beverages with lower caloric content. Regarding eating behaviors, 22,7 % of respondents sometimes feel guilty after eating, and 18,2 % frequently or very frequently follow diets.

Conclusion: The findings suggest that although most respondents consume alcohol, only a small proportion restrict caloric intake because of it. This contrasts with international studies, where such behavior is more prevalent. However, the primary motivation—fear of weight gain—is consistent with previous findings.

Key words: drunkorexia – eating habits – alcohol consumption, university life

Obsah

ÚVOD	10
TEORETICKÁ ČÁST	11
1. Poruchy příjmu potravy	12
1.1. Mentální anorexie	12
1.1.1. Definice dle MKN-10	12
1.1.2. Definice dle DSM-V	12
1.1.3. Zdravotní důsledky	12
1.1.4. Léčba.....	12
1.2. Mentální bulimie.....	13
1.2.1. Definice dle MKN-10	13
1.2.2. Definice dle DSM-V	13
1.2.3. Zdravotní důsledky	14
1.2.4. Léčba.....	14
1.3. Méně známé poruchy příjmu potravy	15
1.3.1. Ortorexie	15
1.3.2. Bigorexie.....	15
1.4. Epidemiologie.....	16
1.5. Etiologie.....	17
2. Drunkorexie	19
2.1. Definice.....	19
2.2. Diagnostika	19
2.2.1. Metody zkoumání	21
2.3. Etiologie.....	21
2.4. Důsledky	22
2.5. Rizikové skupiny	24
2.6. Epidemiologie.....	24
2.7. Léčba.....	25
2.8. Shrnutí.....	25
PRAKTICKÁ ČÁST	27
3. Výzkumné cíle a otázky	27
3.1. Výzkumné otázky	27
3.2. Design výzkumu	27
4. Výzkumný soubor	27
4.1. Výběrový soubor.....	27
5. Metody získávání dat	28
5.1. College Life Alcohol Salience Scale (CLASS)	28
5.2. Eating Attitudes Test (EAT-26).....	28
5.3. Drunkorexia Motives and Behaviors Scales (DMBS).....	28
5.4. Struktura dotazníku.....	29

6. Proces získávání dat.....	29
7. Metody analýzy dat.....	29
8. Etické normy	30
9. Výsledky.....	30
9.1. Popis výzkumného souboru	30
9.2. Alkoholové návyky	32
9.2.1. Frekvence pití alkoholu	32
9.2.2. Frekvence opíjení.....	33
9.3. Omezování kalorií ve dnech konzumace alkoholu	33
9.3.1. Důvody omezování kalorií.....	34
9.3.2. Způsoby omezování kalorií	35
9.4. Konzumace alkoholu ve dnech, kdy se stravování neomezuje.....	36
9.5. Kompenzační chování den po pití alkoholu	38
9.6. Vnímání konzumace alkoholu na vysoké škole.....	39
9.7. Stravovací návyky.....	42
10. Diskuze.....	44
11. Limity a silné stránky	46
ZÁVĚR	47
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	48
SEZNAM TABULEK	52
SEZNAM ZKRATEK	53
PŘÍLOHY.....	54

ÚVOD

Většina lidí si pod pojmem porucha příjmu potravy představí mentální anorexii, mentální bulimii, případně záchvatovité přejídání. Málokdo se však setkal s fenoménem drunkorexie. Drunkorexie spojuje problematické užívání alkoholu s poruchami příjmu potravy (PPP), aby se maximalizovala intoxikace ethanolem a/nebo minimalizoval kalorický příjem spojený s konzumací alkoholu (Ritz et al., 2024). Chambers (2008) drunkorexii staví na pomezí PPP a závislosti na alkoholu.

Drunkorexie je laické i odborné veřejnosti ještě poměrně neznámá. V České republice se tomuto fenoménu zatím nevěnuje tolik pozornosti, a proto je otázkou, zda a do jaké míry zde drunkorexie představuje reálný problém.

Výzkumný problém spočívá v nedostatku údajů o prevalenci drunkorexie mezi vysokoškolskými studentkami v České republice. Chybí detailní informace o jejich sociodemografických charakteristikách, což omezuje možnosti cílených preventivních a terapeutických intervencí. Tato mezera v poznání vyžaduje další výzkum, který by přispěl k lepšímu pochopení faktorů ovlivňujících vznik a rozvoj drunkorexie u vysokoškolských studentek.

Tato práce se zaměřuje na prevalenci drunkorexie mezi studentkami různých vysokých škol v České republice. Cílem tohoto textu je popsat příčiny, důsledky a možné cesty prevence a léčby drunkorexie, a tím přispět k lepšímu pochopení tohoto rostoucího problému v dnešní společnosti.

V následující teoretické části se zaměřím na poruchy příjmu potravy obecně, následovat bude popis drunkorexie, jejích symptomů, etiologie, léčby, důsledků a dalších důležitých bodů provázející tuto problematiku.

TEORETICKÁ ČÁST

V teoretické části se zaměřím obecně na PPP jako takové. Představím mentální anorexii, mentální bulimii a méně známé poruchy, jako je bigorexie a ortorexie. Vybrala jsem tyto konkrétní poruchy, protože jsou k tématu drunkorexie relevantní a spojují je konkrétní chování a vzorce. Stručně shrnu jejich definici, zdravotní důsledky a léčbu.

Další část bude věnována drunkorexii. Tato kapitola se bude týkat definice, etiologie, metod zkoumání, důsledků, rizikových skupin a faktorů, epidemiologie a léčby.

1. PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

PPP zahrnují široké spektrum patologického chování ohledně stravovacích návyků. Anorexia nervosa, bulimia nervosa, psychogenní přejídání a další formy PPP vedou k psychopatologiím a taktéž k patofyziologii regulace tělesné váhy (Papežová, 2021).

PPP patří mezi nejzávažnější a nejčastější onemocnění mladých dívek a žen. Jedna z nejčastěji skloňovaných etiologických příčin je to, že tito jedinci posuzují sebe sami a svou hodnotu na základě svého fyzického vzhledu a tělesné váhy. Nicméně etiologie PPP je multifaktoriální. Faktory vzniku můžeme rozdělit na predisponující (individuální, sociokulturní, rodinné), spouštěcí (ztráta blízké osoby, ztráta sebevědomí, puberta aj.) a udržující (hladovění, zvracení, endokrinní změny, percepční poruchy aj.). V rodinách dívek trpících mentální bulimií je pozorován vyšší výskyt afektivních poruch, především depresí. Samotná nemoc má tendenci negativně ovlivnit rodinné vztahy, což pravděpodobně představuje jeden z faktorů, které onemocnění udržují (Koutek & Kocourková, 2024).

V České republice se k diagnostice PPP (kód F50) využívá Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10). Tato klasifikace zahrnuje různé typy poruch, mezi které patří:

- F50.0 - mentální anorexie
- F50.1 - atypická mentální anorexie
- F50.2 - mentální bulimie
- F50.3 - atypická mentální bulimie.
- F50.4 - přejídání spojené s psychologickými problémy
- F50.5 - zvracení spojené s jinými psychickými poruchami,
- F50.8 - specifické poruchy příjmu potravy, jako je například pica u dospělých či psychogenní ztráta chuti k jídlu
- F50.9 - porucha příjmu potravy NS (Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2014).

1.1. MENTÁLNÍ ANOREXIE

1.1.1. DEFINICE DLE MKN-10

Mentální anorexie je psychická porucha charakterizovaná záměrným snižováním tělesné hmotnosti, které si postižený jedinec aktivně udržuje. Nejčastěji se objevuje u dospívajících dívek a mladých žen, ale může postihnout i muže a starší ženy. Klíčovým rysem je intenzivní strach z přibírání na váze a zkreslené vnímání vlastního těla. Nemoc vede k podvýživě a hormonálním změnám. Typickými projevy jsou extrémní omezení jídla, nadměrné cvičení, vyvolávání zvracení a užívání projímadel či léků na hubnutí (Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, n.d.).

1.1.2. DEFINICE DLE DSM-V

Mentální anorexie je porucha příjmu potravy, která se diagnostikuje na základě tří hlavních kritérií podle DSM-V: výrazné omezení příjmu potravy vedoucí k podváze, silný strach z přibírání na váze a narušené vnímání vlastního těla, které ovlivňuje sebehodnocení. DSM-V rozlišuje dva podtypy anorexie: restriktivní typ, kde dochází k omezení příjmu potravy, a bulimický typ s purgativním chováním, zahrnující záchvaty přejídání a následné zvracení nebo užívání projímadel. Závažnost anorexie je hodnocena podle BMI, přičemž mírná forma je definována hodnotou BMI 17 nebo méně, a extrémní forma BMI nižší než 15. Ačkoliv amenorea (absence menstruace) již není součástí diagnostických kritérií, zůstává důležitým klinickým ukazatelem, přičemž hormonální antikoncepce může tuto absenci skrýt. K dalším příznakům mohou patřit zpomalení růstu, obsesivní myšlenky o jídle nebo hyperaktivita (American Psychiatric Association, 2022).

1.1.3. ZDRAVOTNÍ DŮSLEDKY

Mentální anorexie může vést ke změnám nálady, plačtivosti, depresivnímu ladění až hluboké depresi se sebevražedným rizikem. Pacienti trpí nespavostí, sníženou koncentrací, únavou a vegetativními obtížemi. Onemocnění má také závažné tělesné důsledky. Dochází k poruchám trávení, zánětům slinných žláz s otoky obličeje, zpomalenému vyprazdňování žaludku a otokům z nedostatku bílkovin. Časté jsou poruchy krevního obrazu (anemie, leukopenie, trombocytopenie) a riziko osteoporózy vlivem hormonálních změn. U žen se vyskytuje amenorea, v extrémních případech neplodnost (Němečková, 2011).

1.1.4. LÉČBA

Léčba PPP zahrnuje jak ambulantní, tak hospitalizační přístupy, přičemž hospitalizace je nutná v případech extrémního úbytku hmotnosti, podvýživy či závažných psychických obtíží, jako je hluboká deprese nebo riziko sebevraždy. Po stabilizaci na somatickém oddělení by měla následovat psychiatrická léčba, ideálně ve specializovaných centrech (Němečková, 2011).

Ambulantní terapie je vhodná při dobré spolupráci pacienta a rodiny a obvykle zahrnuje psychoterapii, zejména kognitivně-behaviorální nebo rodinnou terapii. Farmakoterapie není primární metodou léčby, ale antidepresiva, zejména SSRI, mohou pomoci při úzkostech, depresi a prevenci relapsu (Němečková, 2011).

Prognóza závisí na závažnosti onemocnění, věku pacienta a míře sebepoznání. Úplné uzdravení dosahuje asi 44 % pacientů s mentální anorexií. Mortalita může v dlouhodobém horizontu dosahovat až 20 %, zejména kvůli srdečnímu selhání, poruchám elektrolytů nebo suicidii. Pozitivní prognózu podporuje včasná léčba, mírnější průběh a dobrá psychická adaptace (Němečková, 2011).

1.2. MENTÁLNÍ BULIMIE

1.2.1. DEFINICE DLE MKN-10

Mentální bulimie je porucha charakterizovaná opakovanými epizodami přejídání, po nichž následují kompenzační mechanismy, jako je zvracení nebo užívání projímadel, s cílem kontrolovat tělesnou hmotnost. Sdílí mnoho psychologických rysů s mentální anorexií, včetně nadměrného zaměření na váhu a vzhled těla. Časté zvracení může vést k nerovnováze elektrolytů a dalším zdravotním komplikacím. V minulosti pacienti často prodělali epizodu mentální anorexie, která mohla trvat několik měsíců až let (Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, n.d.).

1.2.2. DEFINICE DLE DSM-V

Opakované záchvaty přejídání jsou definovány jako situace, kdy osoba sní větší množství jídla, než by většina lidí snědla za podobné časové období a za podobných okolností, obvykle během jednoho specifikovaného časového úseku, například během dvou hodin. Během těchto záchvatů také osoba pociťuje ztrátu kontroly nad jídlem, což znamená, že má pocit, že není schopná přestat jíst nebo kontrolovat, co nebo kolik jí (American Psychiatric Association, 2022).

K prevenci nárůstu tělesné hmotnosti se používají nevhodná kompenzační chování, jako je záměrné zvracení, zneužívání projímadel, diuretik nebo jiných léků, hladovění nebo nadměrné cvičení. Záchvaty přejídání a nevhodné kompenzační chování musí být přítomné alespoň jednou týdně po dobu tří měsíců. Sebehodnocení osoby je silně ovlivněno její tělesnou hmotností a tvarem těla. Porucha se nevyskytuje výhradně během epizod anorexie nervózy (American Psychiatric Association, 2022).

Pokud byla osoba dříve diagnostikována s bulimií nervózu, ale některá kritéria již nesplňuje po určitou dobu, mluvíme o částečné remisi. Pokud žádná kritéria už nesplňuje po určitou dobu, mluvíme o úplné remisi (American Psychiatric Association, 2022).

Závažnost poruchy se určuje podle frekvence nevhodných kompenzačních chování. Pokud

osoba vykazuje průměrně 1–3 epizody nevhodného kompenzačního chování týdně, máme mírnou závažnost. U průměrného počtu 4–7 epizod týdně jde o střední závažnost. Pokud je průměr 8–13 epizod týdně, jde o těžkou závažnost. Pokud je počet epizod 14 nebo více týdně, jedná se o extrémní závažnost (American Psychiatric Association, 2022).

1.2.3. ZDRAVOTNÍ DŮSLEDKY

Mentální bulimie způsobuje řadu zdravotních problémů, mezi které patří zažívací potíže, jako jsou bolest žaludku, plynatost, zácpa či průjem. Dále může docházet k nepravidelné menstruaci, jejímu úplnému vymizení nebo problémům s otěhotněním a těhotenstvím. Časté zvracení může také poškodit zuby, a to v důsledku působení žaludečních šťáv. Dalším důsledkem je otok slinných žláz pod čelistí, který může způsobit „buclatý“ vzhled obličeje, i když je nebolestivý (Cooper, 1995).

Vyvolávání zvracení může vést k poškození krku, oslabení svěrače jícnu, a při dlouhodobém zvracení se může rozvinout i hypoglykémie způsobená nadměrnou konzumací sladkostí. Dlouhodobé zvracení může narušit rovnováhu tělesných tekutin a solí, a zároveň vést k vzniku závislosti na laxativech a diuretikách. Mezi další zdravotní problémy způsobené podvýživou patří citlivost na chlad, celková únava, svalová slabost a poruchy spánku. Kromě toho dochází ke změnám pleti, která může být zažloutlá, praskající, vlasy mohou být řídké a lámavé, a na těle se může objevit nadměrný růst ochlupení (Cooper, 1995).

Mezi srdeční problémy patří bradykardie, arytmie, oslabený krevní oběh, chudokrevnost a zvýšený cholesterol. Nedostatek živin může poškodit játra, která nejsou schopná produkovat dostatek bílkovin, a také může dojít k odvápnění kostí, které se stanou tenké a křehké. Dalšími problémy jsou oslabení močového měchýře a častější nutkání na močení. Kromě fyzických problémů může být přítomné také oslabení celkové imunity, což činí organismus náchylnější k nemocem. U dívek trpících bulimií jsou pozorovány i psychické problémy podobné těm, které se objevují u mentální anorexie (Cooper, 1995).

1.2.4. LÉČBA

Léčba bulimie se zaměřuje na normalizaci stravovacích návyků a stabilizaci hmotnosti, obvykle pomocí psychoterapie, někdy i léků. Lékař rozhoduje o formě léčby, která může zahrnovat ambulantní, denní stacionář nebo hospitalizaci. Klíčová je motivace pacienta, o léčbě jsou informováni i jeho blízcí. Normalizace stravování zahrnuje vyváženou stravu a doplňky, jako vitamíny, minerály a elektrolyty. Prevence záchvatů přejídání spočívá v pravidelném jídle a rozpoznání hladu od chutě. V případě deprese mohou být předepsána antidepresiva. Rodiče mají důležitou roli při podpoře léčby, ale musí respektovat autonomii dítěte. Konflikty v rodině je často třeba řešit s odborníkem (Němečková, 2011).

1.3.MÉNĚ ZNÁMÉ PPP

Drunkorexie se může projevat nejen omezeným příjmem potravy, ale také nadměrným cvičením s cílem kompenzovat kalorický příjem z alkoholu. Proto je relevantní zmínit také bigorexii, která je charakterizována obsesivní potřebou nabývání svalové hmoty a extrémním cvičením. Podobně lze nalézt paralelu i s ortorexií, kdy jedinec může nadměrně kontrolovat kvalitu stravy a vyhýbat se určitým potravinám s cílem „vyvážit“ konzumaci alkoholu nebo eliminovat jeho negativní dopady.

1.3.1. ORTOREXIE

Ortorexie a ortorexie nervosa jsou odlišné, ale příbuzné pojmy v rámci PPP. Ortorexie může být definována jako obsesivní a extrémní zaměření na konzumaci pouze „čistých“ a „zdravých“ potravin, přičemž se primárně soustředí na kvalitu a čistotu stravy. Jedinci trpící ortorexií vykazují přísná dietní pravidla, často se vyhýbají celým skupinám potravin a stávají se stále více zaneprázdnění původem, přípravou a nutričním obsahem svých jídel. Na druhé straně ortorexie nervosa představuje závažnější a klinicky významnější formu této obsese, charakterizovanou intenzivní úzkostí, stresem a narušením každodenního fungování v důsledku extrémních dietních omezení. Obě podmínky kladou důraz na čistotu a zdraví potravin, ale ortorexie nervosa se vyznačuje výrazným stresem a dysfunkcí (Horovitz & Argyrides, 2023).

Ortorexie a ortorexie nervosa získaly v poslední době zvýšenou pozornost v PPP. Studie prevalence naznačují, že i když přesné údaje zůstávají nejasné, obě poruchy jsou stále častější, zejména v západních společnostech, kde je kladen silný důraz na zdraví a výživu. Mezi rizikové faktory spojené s těmito poruchami patří osobnostní rysy, jako je perfekcionismus a neuroticismus, historie diet, nespokojenost s tělem a vystavení médiím, která propagují nerealistické ideály tělesné krásy a trendy „čistého stravování“ (Horovitz & Argyrides, 2023)

Diagnóza a konceptualizace ortorexie a ortorexie nervosa zůstávají předmětem časté debaty. Ortorexie nervosa není považována za oficiální duševní poruchu; není uvedena v Diagnostickém a statistickém manuálu duševních poruch DSM-V. Přesto navrhované diagnostické nástroje a dotazníky pomáhají při identifikaci jedinců s poruchami příjmu potravy, které souvisejí s obsesemi na čistotu a zdraví potravin. Přístupy k léčbě zahrnují multidisciplinární přístup, včetně psychoedukace, kognitivně-behaviorální terapie, výživového poradenství a intervencí založených na mindfulness (Horovitz & Argyrides, 2023).

1.3.2. BIGOREXIE

Bigorexie, známá také jako svalová dysmorfie nebo Adonisův komplex, je porucha, která postihuje hlavně muže. Lidé s tímto problémem nejsou spokojeni se svou svalovou hmotou a usilují o co největší svalový objem. Každodenně se věnují intenzivnímu posilování a dodržují

přísné stravovací režimy. Tato posedlost svaly často vede k úzkostem ohledně vlastního vzhledu, problémům ve společenském životě a někdy i k užívání anabolických steroidů nebo jiných látek. Přehnaná kontrola jídelníčku a nadměrné cvičení mohou mít negativní dopad na zdraví i celkové fungování člověka. Odborníci se neshodují na tom, kam bigorexii zařadit – někteří ji považují za typ tělesné dysmorfické poruchy, jiní ji spojují s poruchami příjmu potravy. Výzkumy navíc naznačují souvislost mezi bigorexií, nespokojeností s vlastním tělem a dalšími poruchami příjmu potravy (Tovt & Kajanová, 2021).

Bigorexie je spojena s užíváním anabolických steroidů, které zvyšují riziko srdečních chorob, poškození jater a ledvin i psychických problémů, jako je agrese, úzkost či deprese. Steroidy se aplikují do svalů, což může vést k infekcím a přenosu nemocí. Lidé s bigorexií často cvičí i přes silnou bolest nebo zranění, což může způsobit vážná ortopedická poškození, jako jsou zlomeniny či natržené vazy. Striktní diety s nadměrným příjmem bílkovin navíc zatěžují ledviny. Porucha je také spojena s vyšším rizikem užívání návykových látek a psychickými potížemi, včetně deprese a sebevražedných sklonnů. Muži trpící bigorexií mají celkově horší psychickou pohodu než běžní kulturisté (Tovt & Kajanová, 2021).

V současnosti neexistuje jednotný přístup k léčbě bigorexie, ale některé metody používané u obsedantně-kompulzivní poruchy, dysmorfofobie a PPP mohou být účinné. Lidé s bigorexií však jen zřídka vyhledávají odbornou pomoc, a pokud ano, většinou kvůli depresím nebo problémům spojeným s užíváním návykových látek. Jednou z možností léčby je kognitivně-behaviorální terapie. Kognitivní část se zaměřuje na rozpoznání zkresleného myšlení, například přesvědčení, že pokud tělo není dostatečně svalnaté, je odpuzivé. Cílem je naučit se tyto myšlenky pozorovat a potlačovat. Behaviorální přístup se soustředí na kontrolu impulzivního chování, jako je časté sledování svého těla v zrcadle, nadměrná konzumace jídla nebo sociální izolace kvůli tréninku. V rámci farmakoterapie mohou být použity antidepresiva SSRI, které pomáhají zmírnit nutkání a posedlost typické pro tuto poruchu (Tovt & Kajanová, 2021).

1.4.EPIDEMIOLOGIE

Prevalence PPP rapidně stoupla ve druhé polovině 20. století. Přibližně 1-3 % žen ve věku 15-30 let naplňuje diagnostická kritéria pro bulimia nervosa a přibližně 0,5-1 % pro anorexia nervosa. (odhad dle výzkumů z posledních desetiletí, Papežová, 2021). V 90-95 % případů PPP se porucha vyskytuje u pubertálních dívek, u chlapců je výskyt vzácnější. Výskyt PPP narůstá i u prepubertálních dívek, ale také žen ve středním věku. Vzhledem k tomu, že dívky a ženy svoje patologické stravovací chování skrývají, jsou epidemiologické údaje nejisté. Pacientky sice lékaře vyhledávají, ale spíše pro zdravotní obtíže, které souvisí nebo vznikají v důsledku poruchy příjmu potravy (Papežová, 2021).

V roce 2017 bylo v psychiatrických ambulancích léčeno celkem 3 731 pacientů s diagnózou PPP, přičemž 90 % z nich tvořily ženy. Z těchto pacientů bylo téměř 37 %, kteří byli poprvé

léčení pro tuto diagnózu v průběhu daného roku. Co se týče věkového rozdělení, přibližně 12 % pacientů bylo ve věku 0–14 let, necelých 32 % ve věku 15–19 let a 56 % bylo starších než 20 let. V roce 2017 bylo v psychiatrických lůžkových zařízeních (psychiatrické léčebny pro děti i dospělé a psychiatrická oddělení ostatních lůžkových zařízení) evidováno 454 hospitalizací pro poruchy příjmu potravy (diagnóza F50). Z toho téměř 65 % hospitalizací bylo kvůli diagnóze F50.0 - mentální anorexie, více než 13 % s diagnózou F50.2 - mentální bulimie a téměř 13 % s diagnózou F50.1 - atypická mentální anorexie. Ostatní diagnózy tvořily příčinu méně než 10 % hospitalizací pro poruchy příjmu potravy (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2018).

Dle studie *Review of the worldwide epidemiology of eating disorders* z roku 2016, kterou publikoval Hans Hoek, se tyto poruchy běžně vyskytují v zemích s vysokým příjmem, zejména u mladých žen, ale stále více se objevují i v jiných zemích, včetně některých asijských a arabských států, které procházejí procesem industrializace a urbanizace. Nejvíce postižené jsou ženy ve věku 15–19 let, kde anorexie a bulimie tvoří významnou část příčin zdravotních problémů (Hoek, 2016).

Důležitým zjištěním je, že prevalence anorexie je velmi nízká v Latinské Americe, Africe a mezi Hispánci v USA, kde se častěji vyskytují jiné poruchy příjmu potravy, jako je bulimie a binge eating disorder (BED). Tento rozdíl může souviset s kulturními normami o tělesné velikosti a ideálu krásy v těchto regionech, kde je větší tolerance k plnějším postavám (Hoek, 2016).

Zároveň se ukazuje, že studie o výskytu PPP ve většině světových regionů jsou nedostatečné, zejména v Africe a Latinské Americe, kde jsou dostupné pouze omezené statistiky. V některých zemích, jako je Čína a Japonsko, se v posledních desetiletích zvyšuje počet případů, což souvisí s rostoucími obavami o tělesnou hmotnost a změnami v životním stylu (Hoek, 2016).

1.5. ETIOLOGIE

Etiologie PPP potravy je komplexní a multifaktoriální. Vznik těchto poruch je ovlivněn biologickými, psychologickými, rodinnými a sociokulturními faktory, které se vzájemně ovlivňují. Biologické faktory zahrnují genetickou predispozici, hormonální změny, zejména v pubertě, a neurobiologické abnormality, například v neurotransmiterech, které ovlivňují vnímání těla a impulzivitu. Psychologické faktory zahrnují perfekcionismus, nízké sebevědomí, úzkostné poruchy a emoční labilitu, které mohou vést k nerealistickým očekáváním vůči tělu a stravování. Poruchy nálady, jako je deprese, mohou rovněž přispět k vývoji těchto poruch. Rodinné faktory hrají klíčovou roli, zejména rodinná dynamika, jako je vysoký tlak na výkon, kritičnost rodičů a nezdravé vzorce stravování, které mohou být předávány mezi generacemi. Problematické rodinné vztahy, jako je alkoholismus nebo emocionální zanedbávání, mohou

zvyšovat riziko. Sociokulturní faktory zahrnují tlak na štíhlost a ideály krásy, které jsou šířeny médii a společenskými normami. Vývojové faktory, jako jsou změny v tělesném vzhledu během puberty a proces hledání autonomie v dospívání, mohou vést k úzkosti a nátlaku na kontrolu tělesné hmotnosti, což může přispět k rozvoji PPP (Krch, 2004).

V roce 2023 byla zveřejněna systematická přehledová studie, která zahrnovala 284 jednotlivých studií. Cílem této studie bylo zjistit, jaké jsou rizikové faktory pro vznik poruchy příjmu potravy. Na základě odpovědí se výsledky studie rozdělily na následující kategorie:

1. Genetika
2. Střevní mikrobiomová dysbióza (bakterie E.coli)
3. Autoimunitní onemocnění (diabetes, zánětlivá GIT onemocnění)
4. Nízké/vysoké BMI
5. Vztahy s rodiči – rodiče vnímají, že dítě má nadváhu, šikana ze strany rodičů, nedostatečná péče, trauma, zneužití, aj.
6. Osobnostní rysy – perfekcionismus, impulzivita, obsese
7. Komorbidní stavy – OCD, sociální a úzkostná porucha, hraniční porucha osobnosti, bipolární porucha, deprese, aj.
8. Sociální faktory – tlak na štíhlost, nespokojenost s tělem, ranný vývoj puberty, výkon ve sportu (Barakat et al., 2023).

2. DRUNKOREXIE

2.1.DEFINICE

Pojem drunkorexie byl použit již v mnoha publikacích, nicméně definice se často liší. Podle Thompson-Memmer et al. (2019) drunkorexie představuje pozitivní vztah mezi užíváním alkoholu, poruchami příjmu potravy a/nebo nadměrnou fyzickou aktivitou. Jedná se o vzorec chování, kdy jedinec omezuje kalorie přijaté z potravy, aby si mohl „dopřát“ konzumaci alkoholu a nepřijal tak mnoho kalorií. Kompenzační chování jako je omezený přísun potravy či nadměrné cvičení se mohou objevit před i po konzumaci alkoholu. Barry (2016), Burke (2011), Eisenberg (2014) a Ward (2016) se shodují v tom, že se jedná o kombinaci konzumace alkoholu a poruchy stravování, jako je např. vynechávání jídel a/nebo nadměrného cvičení (Thompson-Memmer et al., 2019).

Je důležité upozornit na to, že drunkorexie není uznávaný lékařský termín. Ohledně výrazu „drunkorexie“ koluje mnoho radikálních názorů neuznávající tento pojem. Dá se předpokládat, že samotný termín ve skutečnosti s sebou nenesé předpokládaný význam. Např. Vandereycken ve svém článku zmiňuje, že nejen název drunkorexie, ale také např. bigorexie či manorexie jsou „směšnou“ variantou anorexie. Tyto pojmy považuje za pseudovědecké neologismy. Taktéž tvrdí, že většina tvůrců nezná kořeny těchto slov (Vandereycken, 2011). Dá se však předpokládat, že v budoucnu výzkumníci naleznou vhodnější charakterizaci tohoto chování. V současné době by měli výzkumníci, odborníci a klinici zvážit formálnější, profesně akceptované diagnostické zařazení „Poruchy příjmu potravy, jinak neurčené“ dle DSM-IV-TR (Piazza-Gardner & Barry, 2013).

2.2.DIAGNOSTIKA

Jak již bylo popsáno výše, drunkorexie není oficiálně uznávaný lékařský termín. Použití „drunk-“, znamená opilý, přičemž ve skutečnosti opilost není nutným předpokladem. „-orexie“ evokuje tendenci k anorexii. Podle různých definic může jedinec vykazovat anorektické či bulimické tendence při snaze snížit kalorický příjem spojený s alkoholem. Když tedy zvažujeme etymologii slova, označení jedince za „drunkorexika“ implikuje zcela jiný jev, než bylo zamýšleno, a může to vést k nesprávné diagnóze, pokud se použije v praxi. Pokud jde o formální diagnostické kategorizace, použití diagnostického a statistického manuálu duševních poruch, čtvrté vydání, textové revize (DSM-IV-TR) pro „Poruchy příjmu potravy, jinak neurčené“ by mohlo být nejvhodnější, protože tato diagnóza zahrnuje podprahové anorektické a/nebo bulimické tendence (ne dost silné pro plnou diagnózu anorexie nebo bulimie), kombinaci charakteristik anorexie a bulimie, a/nebo atypické chování, které není zahrnuto v jiných diagnózách (Piazza-Gardner & Barry, 2013).

Pokud bychom však stejně chtěli popsat typické chování u drunkorexie, literatura uvádí tyto charakteristické znaky problémového chování:

1. Nadměrná konzumace alkoholu: Žena vypije více než čtyři a muži víc než pět nápojů během dvou hodin.
2. Nízké sebevědomí: Jedinec vnímá vlastní tělo negativně.
3. Kompenzační chování: Jedinec vykazuje alespoň jedno z následujících chování, které se objevuje alespoň jednou za měsíc po dobu tří po sobě jdoucích měsíců:
 - a. Vynechání jídel nebo výrazné omezení kalorického příjmu (například méně než 1 200 kalorií denně) kvůli kontrole váhy.
 - b. Cvičení po dobu více než dvě hodiny denně jako kompenzace za kalorie, které byly přijaty alkoholem, nebo jako příprava na pití.
 - c. Používání stimulantů k regulaci váhy.
 - d. Použití projímadel nebo diuretik ke kontrole váhy.
 - e. Vyvolání zvracení po nebo během konzumace alkoholu.
 - f. Pití velkého množství alkoholu s cílem vyvolat zvracení.
 - g. Omezování kalorického příjmu před nebo během konzumace alkoholu s cílem urychlit opilost nebo ji zesílit.
4. Frekvence a doba trvání: Rizikové pití i kompenzační chování se objevují alespoň jednou měsíčně po dobu minimálně tří měsíců.
5. Nepřítomnost mentální bulimie: Tento problém se nevyskytuje výhradně během období bulimie nervosy.
6. Stres: Jedinec pocítuje výrazný stres nebo má problémy v životě kvůli tomuto chování (Thompson-Memmer et al., 2019).

Na základě frekvence kompenzačního chování se rozlišují čtyři úrovně závažnosti:

1. Mírná: 1 až 3 epizody kompenzačního chování měsíčně.
2. Střední: 4 až 7 epizod kompenzačního chování měsíčně.
3. Těžká: 8 až 13 epizod kompenzačního chování měsíčně.
4. Extrémní: 14 nebo více epizod kompenzačního chování měsíčně (Thompson-Memmer et al., 2019).

Vyskytly se však diskuze, že drunkorexie je klasifikována jako purgativní bulimie. Purgativní bulimie je charakteristická vyvoláváním zvracení, užíváním projímadel a jiných restriktivních opatření, na rozdíl od nepurgativního typu, u kterého se vyskytuje „pouze“ nadměrné cvičení bez vyvolávání zvracení. (Němečková, 2002). Podle DSM-V se drunkorexie řadí mezi anorexii s přejídáním a následným zvracením. Přesto by neměla být zaměňována s anorexií nebo bulimií, protože se jedná o odlišnou poruchu. Lidé s drunkorexií provádějí kompenzační opatření výhradně v souvislosti s plánovanou konzumací alkoholu. Zpočátku se tyto epizody mohou objevovat jen občas, ale s rostoucí závislostí na alkoholu se jejich četnost zvyšuje. S vyšší tolerancí na alkohol pak mohou jedinci zavádět stále přísnější dietní omezení, což v extrémních případech může vést až k podvýživě a kachexii, podobně jako u anorexie (Szynal et al., 2022).

Drunkorexie se také odlišuje od alkoholismu, jelikož u závislosti na alkoholu jsou problémy

s příjmem potravy a úbytek hmotnosti spíše důsledkem samotné nemoci než jejím primárním cílem (Szynal et al., 2022).

2.2.1. METODY ZKOUMÁNÍ

Vztah mezi stravováním a konzumací alkoholu je sice známý, nicméně specifická měření jsou málo rozvinutá a ty, které již existují mají poměrně důležitá omezení. Dříve byla drunkorexie měřena podle validovaných nástrojů pro měření PPP konzumace alkoholu samostatně. V roce 2012 Barry a Piazza-Gardner použili několik položek z těchto dotazníků k hodnocení konzumace alkoholu, PPP a nadměrného cvičení nezávisle na sobě. Výsledky ukázaly, že jak nadměrné cvičení, zvracení či užívání projímadel predikovaly nadměrné pití alkoholu. Nelze však usuzovat, že nadměrné cvičení a jiná kompenzační chování jsou reakcí na konzumaci alkoholu (Choquette, 2017).

Jeden z nejpoužívanějších nástrojů k měření drunkorexie je The Compensatory Eating and Behaviors in Response to Alcohol Consumption (CEBRACS). CEBRACS je nástroj navržený k hodnocení kompenzačního chování souvisejícího s alkoholem před, během a po konzumaci alkoholu. Tento dotazník obsahuje 21 položek rozdělených do čtyř subškál, které hodnotí specifické chování a motivace spojené s kompenzací alkoholu. Každá položka je hodnocena na stupnici od 1 (Nikdy) do 5 (Téměř vždy), podle toho, jak často se dané chování vyskytuje. Subškály zahrnují: Účinky alkoholu, Bulimie, Dietní restrikce a Cvičení a Restrikce. Skóre jednotlivých subškál se získává součtem bodů odpovědí na položky. Subškála „Účinky alkoholu“ obsahuje sedm položek a zaměřuje se na motivaci používat kompenzační chování, aby se člověk "opil více" nebo "opil rychleji". Subškály „Bulimie, Dietní restrikce a Cvičení a Restrikce“ hodnotí chování jednotlivce před, během a po konzumaci alkoholu (například zvracení, cvičení nebo vynechávání jídel) (Choquette, 2017).

Dalším dotazníkem je College Life Alcohol Salience Scale (CLASS), který hodnotí názory vysokoškolských studentů na to, jak je podle nich zásadní konzumace alkoholu v rámci univerzitní kultury. Obsahuje 15 otázek, např. "Do jaké míry souhlasíte s následujícími tvrzeními o konzumaci alkoholu během studia na vysoké škole?" Následují tvrzení jako "Párty s alkoholem jsou neodmyslitelnou součástí vysokoškolského života" a "Opít se je vysokoškolský rituál". Participanti odpovídají pomocí Likertovy škály „Silně nesouhlasím," "Nesouhlasím," "Ani souhlasím, ani nesouhlasím," "Souhlasím," a "Silně souhlasím." (Shriver, 2019).

2.3. ETIOLOGIE

Většina výzkumů, které jsou k dispozici se zaměřují na definici a důsledky drunkorexie, ale výzkumů, které mají ukázat na to, proč se jedinci takto chovají, je velmi málo. Na základě studie z roku 2015 lze vyvodit, že v rámci drunkorexie hrají silnou roli sociální a individuální faktory. Studie se zúčastnilo 349 respondentů a přinesla následující zjištění: V oblasti motivů byla

identifikována silná korelace mezi důvody spojenými se sociálním tlakem a přijetím. Například motivy jako „Protože moji přátelé mě tlačí k omezení jídla“ (korelace 0.91) a „Protože moji přátelé podporují omezování kalorií“ (korelace 0.90) ukazují, že sociální faktory hrají významnou roli v rozhodování o omezování jídla a kalorií. Další silné motivy zahrnují touhu „abych mohl pít, aniž bych se cítil vyčleněný“ (korelace 0.86) nebo „abych zapadl do skupiny, kterou mám rád“ (korelace 0.86), což naznačuje, že potřeba zapadnout do sociálního prostředí je klíčová (Ward & Galante, 2015).

V oblasti chování byly silné korelace s chováním zaměřeným na omezení kalorií a zajištění, že konzumace alkoholu nebude mít negativní dopad na tělesnou hmotnost. Například položky jako „Abych nepřibral“ (korelace 0.88) a „Jíst méně celý den“ (korelace 0.87) ukazují na konkrétní chování, které souvisí s omezováním jídla. Další silné korelace zahrnují chování jako „Udržet kalorický příjem pod určitou úroveň“ (korelace 0.85) a „Cvičit více než obvykle“ (korelace 0.83), což naznačuje, že fyzická aktivita je součástí strategie omezování kalorií (Ward & Galante, 2015).

Celkově tato analýza ukazuje, že motivy spojené s tlakem od přátel a potřebou zapadnout do sociálních skupin jsou silně propojené s chováním, které se zaměřuje na omezování kalorií, zvyšování fyzické aktivity a kontrolu nad tělesnou hmotností (Ward & Galante, 2015).

Drunkorexie je spojena s obavou z přibírání na váze a touhou po co nejštíhlejší postavě. Stejně jako jiné poruchy příjmu potravy souvisí s tlakem na ideál krásy, narušeným sebeobrazem a sociálním tlakem. Velký vliv mají sociokulturní faktory, protože média a reklamy neustále propagují štíhlost jako ideál. Lidé mají tendenci napodobovat celebrity, a pokud se dozvědí, že některé známé osobnosti trpí drunkorexií, mohou považovat toto chování za normální a být v něm podporováni (Chambers, 2008).

Je však důležité zmínit, že touha po štíhlosti není vždy motivací. Potvrzuje to studie z roku 2021, které se zúčastnilo 364 studentů ve věku 18-25 let. Polovina z těchto respondentů sice uvedla, že omezují kalorie z potravy v den konzumace alkoholu, aby nepřibírali na váze, ale poměrně velká část, konkrétně 35 % uvedlo, že omezují příjem potravy, aby se rychleji opilo. 12 % respondentů vykazuje relativně extrémní chování – jedí minimálně a pak se opijí do stavu, kdy zvrací, což považují za kompenzační chování (Simons et al., 2021). Ward a Galante (2015) a taktéž Laghi et al. (2019) předpokládají, že příčinou drunkorexie může být taktéž emocionální dysregulace a motivace k odstranění špatné nálady (Griffin & Vogt, 2020).

2.4.DŮSLEDKY

V roce 2009 v USA proběhla studie, která zkoumala souvislost mezi omezováním kalorií v den, kdy je plánováno pití alkoholu, a frekvencí opilosti a alkoholovými důsledky mezi vysokoškolskými studenty. Studie se zúčastnilo 4 271 studentů bakalářského studia z 10

univerzit. Studenti vyplnili webový dotazník týkající se jejich chování při rizikovém pití a omezování kalorií ve dnech, kdy plánovali pít alkohol. 39 % studentů, kteří pili v posledních 30 dnech, uvedlo, že omezovali kalorie ve dnech, kdy plánovali pít alkohol, přičemž 67 % omezovalo kvůli obavám o váhu. Ženy, které omezovaly kalorie, měly větší pravděpodobnost hlásit ztrátu paměti, zranění, sexuální zneužití a nechráněný sex při pití. Muži měli vyšší pravděpodobnost, že se dostanou do fyzické potyčky (Giles et al., 2009).

Konzumace alkoholu je sama o sobě nezdravá a nese s sebou potenciálně závažná rizika. Kombinace alkoholu a nedostatku potravy činí tato rizika ještě závažnější. Například pití na prázdný žaludek vede k vyšší toxicitě alkoholu, což zvyšuje riziko poškození mozku a orgánů, nutričních deficitů a hypoglykémie, nemluvě o výpadcích paměti a výpadcích vědomí (Bryant et al., 2012).

Psychické důsledky jsou obdobné jako u jiných PPP, což je deprese, úzkosti, propady nálad v souvislosti s kocovinou, sebestenávist a nenávist svého těla, sebevražedné myšlenky, aj. (Szynal et al., 2022).

Drunkorexie má také sociální dopady. Lidé trpící drunkorexií pocítují zhoršování vztahů s rodinou a přáteli, jelikož jejich chování může být nepochopené, jedinci svůj problém často skrývají, nesvěří se, což může u blízkých vzbudit obavy. Toto skrývání chování může vést také k sociální izolaci. Zároveň mohou osoby trpící drunkorexií zažívat vlastní pocity viny, studu nebo nízkého sebevědomí, což může ještě více prohloubit jejich izolaci. Drunkorexie ovlivňuje i pracovní výkony. V důsledku nadměrné konzumace alkoholu a nedostatečného příjmu potravy, jsou tito jedinci unavení, dehydratovaní, špatně se soustředí, a to se odráží v jejich pracovním výkonu, což může vyústit až ke ztrátě zaměstnání (Čechmánková, 2012).

Otázkou je, zda drunkorexie může vést k duální diagnóze a tím je porucha příjmu potravy a závislost na alkoholu. Tyto studie jsou však velmi omezené a nelze s jistotou odpovědět. V debatě o tom, zda by měla být drunkorexie klasifikována jako porucha příjmu potravy nebo porucha syndrom závislosti, Choquette et al. (2018) navrhli adaptaci známého transdiagnostického modelu PPP podle Fairburna (2008), který by vysvětlil vznik a udržování „drunkoretického“ chování. Autoři tvrdili, že drunkorexie by měla být vnímána jako porucha týkající se jídla a alkoholu, spíše než jako porucha příjmu potravy nebo syndrom závislosti. V této adaptaci je kalorická restrikce prováděna jako plánovaný mechanismus buď ke kompenzaci kalorického obsahu alkoholu, který konzumují, pro účely vzhledu, nebo k tomu, aby cítili účinky alkoholu silněji a rychleji. Proto může nastat pocit viny a negativní afekt, pokud jednotlivci neomezí svůj příjem jídla před epizodou „binge drinking“, což vytváří problémový cyklus způsobený přehnaným hodnocením váhy a tvaru těla, protože po pití může dojít k dalšímu omezení. Fairburn (2008) také zahrnul myšlenku individuálních okolností (jako jsou životní události a změny nálady), které mohou být relevantní jak pro omezení kalorického příjmu, tak pro zvýšení intoxikačních účinků alkoholu. Tato adaptace a navrhovaná změna názvu zahrnují

všechny aspekty drunkorexie, aniž by omezovaly chování buď na poruchu příjmu potravy, nebo syndrom závislosti (Griffin & Vogt, 2020).

2.5.RIZIKOVÉ SKUPINY

Jednou z rizikových skupin pro drunkorexii jsou vysokoškolské ženy. Ve srovnání s muži mají vysokoškolské ženy výrazně vyšší pravděpodobnost, že před konzumací alkoholu záměrně omezí svůj příjem potravy. Giles et al. (2009) ve své studii uvedli, že téměř 50 % vysokoškolských žen uvedlo, že před pitím omezují příjem potravy, což je více než 1,5krát vyšší podíl než u mužů. Zvýšené míry drunkorexie mezi ženami mohou být částečně důsledkem silného tlaku na to, aby byly štíhlé, nebo zhubly. Touha přizpůsobit se těmto očekáváním může vést k nezdravým způsobům kontroly hmotnosti, jako je nadměrné cvičení, kouření nebo přísné omezování jídla nebo kalorického příjmu – chování, které má mnoho společného s drunkorexií (Eisenberg et al., 2014)

Drunkorexie se samozřejmě týká i mužů. Grogan (1999) uvedl, že 40 % mužských studentů hlásí, že se drží diety, a je pozitivně spojeno s chováním, které se zaměřuje na kontrolu váhy pomocí alkoholu (Thompson-Memmer et al., 2019).

Kromě kontroly váhy mohou jednotlivci vykazovat drunkoretické chování i z psychologických důvodů. Ohroženou skupinou jsou tedy jedinci, kteří si prošli traumatem, sexuálním zneužitím aj. Lze zmínit i osoby úzkostné, pro které je omezování kalorií jako jedna z mála oblastí, kterou mají pod kontrolou (Thompson-Memmer et al., 2019).

Další ohroženou skupinou jsou jedinci, kteří již nějakou poruchou příjmu potravy trpí. Gils et al. (2009) popsali, že u těchto jedinců je užívání alkoholu 4x častější než u těch, co poruchou příjmu potravy netrpí. Tento rozdíl může být částečně vysvětlen relativní snadností intoxikace; pravděpodobnost opilosti je o 137 % vyšší u žen a o 99 % vyšší u mužů (Thompson-Memmer et al., 2019).

2.6.EPIDEMIOLOGIE

Ačkoli problematika drunkorexie dosud není dostatečně prozkoumána, většina studií se zaměřuje na vysokoškolské studenty, jelikož představují rizikovou skupinu. V České republice je však toto téma stále málo prozkoumané, což zdůrazňuje význam této studie.

V roce 2014 v Itálii proběhla studie, která měla prokázat souvislost mezi omezováním potravy a konzumací alkoholu. Dotazník byl zadán vzorku 3000 respondentů ve věku 18-26 let, vyhodnoceno bylo 1311 subjektů, z čehož 622 respondentů tvořili muži a 689 ženy. Průměrný věk byl 22 let a 58 % z nich byli studenti. Výsledky ukázaly, že 80,5 % respondentů konzumují alkohol. Co se týče stravovacího chování v souvislosti s alkoholem, tak studie ukázala, že 32,2 % respondentů snižuje příjem kalorií z potravy před plánovanou konzumací alkoholu.

Překvapivé je, že mezi ženami a muži nebyl statisticky významný rozdíl (Lupi et al., 2015).

Dále lze zmínit kanadskou studii z roku 2015, které se zúčastnilo 3409 studentů vysokých škol. Výsledky přinesly zjištění, že bylo běžné měnit stravovací návyky před pitím alkoholu. U žen, které se účastnily studie, se zjistilo, že omezení jídla před pitím alkoholu bylo spojeno s vážnějšími problémy než konzumace většího množství jídla. Ty, které omezovaly příjem potravy, aby se vyhnuly přibrání na váze, měly více problémů s poruchami příjmu potravy. Naopak ty, které omezovaly jídlo, aby se opily rychleji, vykazovaly větší tendence k zneužívání alkoholu (Roosen & Mills, 2015).

Jedna z novějších studií je z roku 2024 a proběhla na univerzitě v Ohio v USA. Respondentů bylo 344, z 85 % se jednalo o ženy. Z celkového počtu 75 % respondentů konzumuje alkohol a z tohoto vzorku přibližně 26,8 % účastníků uvedlo, že omezovali kalorie v den, kdy měli v úmyslu pít alkohol. Dále 17,3 % uvedlo, že se omezovali ve stravování nebo kaloriích v dnech, kdy plánovali konzumovat alkohol v průběhu posledních 30 dnů (Speed & Warn, 2024).

Vzhledem k tomu, že drunkorexie není oficiálně uznávanou diagnózou a její symptomy mohou být těžko odlišitelné od jiných PPP nebo alkoholového zneužívání, studiemi o ní není věnováno tolik pozornosti, jak by si problém zasloužil. Většina výzkumů se zaměřuje spíše na samostatné fenomény, jako jsou poruchy příjmu potravy (např. anorexie, bulimie) a závislost na alkoholu, ale spojení těchto dvou faktorů, jak je to u drunkorexie, bývá opomíjeno.

2.7.LÉČBA

Prvním krokem v léčbě je identifikace drunkorektického chování odborníkem na duševní zdraví. Léčba by měla klást důraz jak na rizikovou konzumaci alkoholu, ale i na emoční prožívání jedince, jeho vnímání sebe sama a další důležité aspekty. V závažných případech může drunkorexie způsobit zdravotní problémy, proto je kromě psychologů a psychiatrů důležitá taktéž intervence specialisty. Léčba drunkorexie zahrnuje i rodinnou terapii a podporu od komunity. Sociální pracovníci, terapeuti a podpůrné skupiny mohou poskytnout cennou morální podporu a povzbuzení během celé léčby. V literatuře však existuje mezera, protože neexistují žádné studie, které by se na tuto poruchu zaměřily komplexně. Drunkorexie ještě není dostatečně prozkoumána, nejedná se oficiální lékařskou diagnózu, proto je její léčba složitá. Je potřeba více studií, aby se mohla vytvořit účinná prevence a taktéž úspěšná léčba (Pérez et al., 2024).

2.8.SHRNUTÍ

Drunkorexie je komplexní poruchou, která spojuje nezdravé stravovací a alkoholové návyky s cílem dosáhnout štíhlé postavy a zároveň se rychle opít. Tento fenomén, často se vyskytující u mladých lidí, zejména vysokoškolských studentů, může mít vážné zdravotní, psychické a sociální důsledky. Zahrnuje nejen omezení příjmu potravy před konzumací

alkoholu, ale také nadměrné cvičení, vyvolávání zvracení a užívání projímadel. Je spojena s rizikem alkoholových problémů, metabolických poruch, hormonálních nerovnováh a výskytu dalších PPP

Z etiologického hlediska drunkorexie často souvisí s tlakem na ideál krásy, sociálním prostředím, tlakem na vzhled a sociokulturními faktory. Motivace k těmto chováním může pramenit z touhy po ideální postavě, ale i z emocionálních faktorů a stresu. Různé studie ukazují, že se problém týká nejen žen, ale i mužů, a zejména vysokoškolských studentů.

Ačkoli drunkorexie není oficiálně uznávanou diagnózou, její důsledky jsou závažné a ovlivňují nejen fyzické zdraví, ale i psychiku a sociální vztahy jednotlivců. Z tohoto důvodu je nutné věnovat větší pozornost prevenci a léčbě tohoto stavu, zejména u mladých lidí v prostředí vysokých škol, kde jsou častými faktory stres, alkoholová kultura a tlak na vzhled. Léčba tohoto stavu vyžaduje odbornou péči a komplexní přístup, který zahrnuje psychoterapii, strukturální stravovací režim a v případě duální diagnózy i abstinenci od alkoholu.

Vzhledem k tomu, že drunkorexie může mít ničující účinky na zdraví jednotlivce, je důležité zvyšovat povědomí o tomto problému, podporovat prevenci a poskytnout efektivní terapii pro postižené jedince.

PRAKTICKÁ ČÁST

3. VÝZKUMNÉ CÍLY A OTÁZKY

Cílem výzkumu je zhodnotit vliv konzumace alkoholu na stravovací návyky u studentek vysokých škol v různých částech České republiky a identifikovat psychologické faktory, které tento vliv ovlivňují. Práce se zaměří také na to, zda se toto chování liší mezi studentkami s normální hmotností, podváhou, nadváhou a obezitou.

3.1. VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Na základě vymezených výzkumných cílů bylo formulováno následujících pět výzkumných otázek:

1. Jak konzumace alkoholu ovlivňuje stravovací návyky u studentek vysokých škol?
2. Jaké psychologické faktory (např. sociální tlak, obavy z přibírání na váze) vedou studentky k omezení kalorického příjmu v dnech, kdy konzumují alkohol?
3. Existují rozdíly v kalorickém příjmu a stravovacích návycích mezi studentkami s normální hmotností, podváhou a nadváhou v souvislosti s konzumací alkoholu?
4. Jaké kompenzační chování (např. nadměrné cvičení, vyvolávání zvracení) se vyskytuje u studentek, které konzumují alkohol, a jak ovlivňuje jejich stravovací návyky?
5. Jaký vliv má konzumace alkoholu na psychické zdraví studentek, včetně pocitů viny a obav o tělesný obraz?

3.2. DESIGN VÝZKUMU

Tato průřezová studie využívá kvantitativní metodu sběru dat prostřednictvím dotazníkového šetření.

4. VÝZKUMNÝ SOUBOR

Základní soubor tvoří vysokoškolské studentky ve věku 18-26 let. Na základě statistiky celkem v roce 2024 studovalo v České republice 164 792 studentek ve věku 18-26 let. Tato věková skupina tvoří 94,37 % z celkového počtu studujících žen (Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR, Odbor školské statistiky a analýz, 2024).

4.1. VÝBĚROVÝ SOUBOR

Výběrový soubor je podmnožina výzkumného souboru. V případě mého výzkumu se jedná o nepravděpodobnostní výběrovou metodu založenou na dobrovolnosti, kdy se každá potenciální respondentka může sama přihlásit do výzkumu.

Kritériem pro vstup do výzkumu bylo

- ženské pohlaví,
- věk 18-26 let,
- studium na VŠ,

- konzumace alkoholu v různé míře,
- dobrovolná účast,
- informovaný souhlas.

5. METODY ZÍSKÁVÁNÍ DAT

Data byla získána pomocí tří různých dotazníků - College Life Alcohol Salience Scale (CLASS), Eating Attitudes Test (EAT-26) a Drunkorexia Motives And Behaviors Scales (DMBS). Stejná kombinace dotazníků byla využita již v jiných předchozích pracech, např. *An Examination of Drunkorexia: Calorie Regulation Prior to Alcohol Consumption among* (Shriver, 2019). Dotazník obsahoval pouze uzavřené odpovědi, s výjimkou věku, výšky a váhy.

Dotazník byl realizován prostřednictvím platformy Google Forms, která umožňuje shromažďovat anonymní odpovědi a byl přeložen z anglického jazyka do českého jazyka oficiální překladatelkou. Celý dotazník lze nalézt v příloze práce.

5.1. COLLEGE LIFE ALCOHOL SALIENCE SCALE (CLASS)

Škála CLASS hodnotí názory účastníků na to, do jaké míry je konzumace alkoholu zásadní součástí univerzitní kultury, taktéž jak je konzumace alkoholu ovlivňuje v rámci přijímání kalorií a v rámci jejich psychiky (Osberg et al., 2010). Obsahuje 15 otázek a účastníci odpovídají pomocí pětibodové Likertovy škály s možnostmi: „Rozhodně nesouhlasím,“ „Nesouhlasím,“ „Ani souhlasím, ani nesouhlasím,“ „Souhlasím“ a „Rozhodně souhlasím.“

5.2. EATING ATTITUDES TEST (EAT-26)

EAT-26 představuje upravenou verzi původního EAT-40, který byl poprvé publikován v roce 1979. Obsahuje 26 otázek a studuje sociokulturní faktory, které ovlivňují vznik a udržování PPP (Garner, D. M., 1982).

5.3. DRUNKOREXIA MOTIVES AND BEHAVIORS SCALES (DMBS)

DMBS vznikl v roce 2015. Autorem je Rose Marie Ward a Marina Galante. Obsahuje 52 otázek, přičemž každá z nich je položena následovně: „Ohodnoťte četnost každého tvrzení“. Respondenti odpovídají pomocí Likertovy škály, která zahrnuje možnosti: nikdy (1), zřídka (2), někdy (3), často (4) a velmi často (5). Dotazník má čtyři podškály:

- Drunkorexia Motives and Drunkorexia Behaviors (Motivy drunkorexie a chování spojené s drunkorexií)
- Drunkorexia Fails Scale (Škála selhání při drunkorexií)
- Drunkorexia During an Alcohol Consumption Event Scale (Škála drunkorexie během konzumace alkoholu)
- Post-Drinking Compensation Scale (Škála kompenzace po konzumaci alkoholu)

5.4. STRUKTURA DOTAZNÍKU

Celkem dotazník obsahuje 103 otázek a je rozdělen do 9 sekcí. V první sekci dotazník zjišťoval sociodemografické proměnné, tedy věk, váhu v kilogramech, výšku v centimetrech, studijní obor, formu studia a místo studia. Dále jsem na základě výšky a váhy vypočítala BMI (BMI = hmotnost (kg) / (výška v metrech)²). BMI je index tělesné hmotnosti, který slouží jako ukazatel hmotnostní kategorie na základě výšky a váhy jedince (Nuttall, 2015).

Následovala sekce zjišťující, zda respondentky konzumovaly alkohol v posledních 30 dnech, zda omezují kalorie v den konzumace a taktéž četnost a frekvenci konzumace alkoholu. Standardní nápoj a opíjení je v dotazníku definováno takto:

6. Standardní nápoj je považován za 300 ml piva, 200 ml vína nebo 40 ml silnějších lihovin (velký panák).

Otázka: „V kolika dnech z posledních 30 dní jste požili alespoň jeden takový nápoj?“

7. Opíjení je definováno jako konzumace 4 nápojů na posezení u žen a 5 u mužů.

Otázka: „Kolik dní v měsíci (průměrně) se Vás tato definice týká?“

Další dvě sekce se zaměřovaly pouze na respondentky, které v den konzumace alkoholu omezují svůj kalorický příjem. Dále se dotazník zaměřoval na všechny respondentky. Jednalo se o sekce, které zjišťovaly důvody pro neomezení stravování v den konzumace alkoholu, stravování při pití alkoholu venku, chování a pocity den po konzumaci alkoholu, názory na konzumaci alkoholu během vysokoškolského studia a hodnocení vlastních stravovacích návyků.

6. PROCES ZÍSKÁVÁNÍ DAT

Data byla sbírána pomocí dotazníku, který byl propagován na sociální síti Facebook v náhodných vysokoškolských skupinách, kam mi byl potvrzen přístup a sdílení dotazníku správcem skupiny.

Výzkum probíhal od prosince 2024 do začátku února 2025. Celkem se výzkumu zúčastnilo 120 respondentek. Vyřazeno bylo 10 dotazníků. Vyřazení dotazníků probíhalo na základě neodpovídajícího věkového rozmezí (mimo požadovaný věk 18-26 let) nebo odpovědí, které neodpovídaly na otázky relevantním a logickým způsobem. Celkem bylo tedy vyřazeno 8,3 % dotazníků.

Časová náročnost byla přibližně 20 minut a všechny respondentky odpovídaly až do konce.

7. METODY ANALÝZY DAT

Ke zpracování a analýze dat byl použit program Microsoft Excel pro Microsoft 365. Dotazníky byly vyhodnoceny přímo v Excelu, kde byla provedena základní deskriptivní analýza

(tedy medián a průměr) a vizualizace dat.

8. ETICKÉ NORMY

Závěrečná práce byla schválena Etickou komisí, č.j. EKSKAD-055/2024.

Každá respondentka byla požádána o udělení informovaného souhlasu, který obsahoval podrobnosti o účelu, průběhu a povaze studie. Tento souhlas byl vyjádřen zaškrtnutím příslušného políčka v dotazníku. Anonymita účastnic byla zajištěna tím, že od respondentek nejsou shromažďovány žádné osobní údaje, jako jsou jméno, e-mailová adresa nebo jiné identifikační údaje. Účast na výzkumu byla dobrovolná, a každá respondentka měla právo kdykoliv během vyplňování dotazníku odstoupit bez jakýchkoliv negativních důsledků.

Data, která byla shromážděna, byla uložena v Google účtu výzkumníka. Přístup k těmto datům byl chráněn pomocí bezpečného přihlášení k účtu, ke kterému měl přístup pouze výzkumník. Odpovědi respondentek byly shromažďovány anonymně, bez možnosti identifikace jednotlivých účastnic.

9. VÝSLEDKY

9.1. POPIS VÝZKUMNÉHO SOUBORU

Celkem se zúčastnilo 120 studentek, ale pouze 110 dotazníků bylo podrobena analýze. Věkový průměr činí 22,23 let s mediánem 22 let (Tabulka 1).

Tabulka 1: *Věkové rozložení respondentek*

	N	%	Průměr	Medián
Věk			22,27	21
18	0	0		
19	3	2,7		
20	12	10,9		
21	15	13,6		
22	23	20,9		
23	19	17,3		
24	18	16,4		
25	10	9,1		
26	10	9,1		

Na základě výpočtu BMI respondentek se ukázalo, že většina, konkrétně 67,3 % respondentek, spadá do kategorie zdravé váhy. Dále 19,1 % má mírnou nadváhu, zatímco 7,3 % respondentek je v kategorii podváhy. Střední nadváhu vykazuje 3,6 % respondentek, 1,8 % má vysokou nadváhu a pouze 0,9 % respondentek se nachází v oblasti těžké podváhy (Tabulka

2).

Tabulka 2: Rozložení BMI respondentek

	N	%	Průměr	Medián
BMI			22,22	21,75
<16,5 - Těžká podváha	1	0,9		
16.5–18.5 – Podváha	8	7,3		
18.5–25 - Zdravá váha	74	67,3		
25–30 - Lehká nadváha	21	19,1		
30–35 - Střední nadváha (Obezita 1.st.)	4	3,6		
35–40 - Vysoká nadváha (Obezita 2.st.)	2	1,8		
Více než 40 - Velmi vysoká nadváha (Obezita 3.st)	0	0		

BMI = body mass index

Dotazník dále zjišťoval, zda respondentky studují bakalářský či magisterský obor a zda studují dálkově nebo prezenčně. Dvě respondentky studují dva obory současně, tudíž se celkový počet zvedl na 112. Z tohoto počtu 46 (41,1 %) respondentek studuje bakalářský program prezenčně, pouze 12 (10,7 %) respondentek bakalářský program dálkově. Magisterský program prezenčně studuje 48 (42,9 %) respondentek a magisterský program dálkově 6 (5,4 %) respondentek (Tabulka 3).

Tabulka 3: Rozložení studia respondentek

Studium	N	%
Bakalářský prezenčně	46	41,1
Bakalářský dálkově	12	10,7
Magisterský prezenčně	48	42,9
Magisterský dálkově	6	5,4

Další otázka zkoumala, jaký obor respondentky studují. Nejčastější obor studia mezi respondentkami byl humanitní obor, který studuje 55 osob, což představuje 49,55 %. Následoval obor zdravotnictví/lékařství, který si zvolilo 28 respondentek, což odpovídá 25,23 %. Ekonomie byla zvolena 10 respondentkami (9,01 %). V menší míře byly zastoupeny další obory. Dvě respondentky studují dva obory současně, tudíž se celkový počet zvedl na 112 (Tabulka 4).

Tabulka 4: Studované obory

Obor	N	%
Humanitní	55	49,55
Zdravotnictví/medicína	28	25,23
Ekonomie	10	9,01
Umělecký	7	6,36
Technický	3	2,70
Sociální práce	2	1,80
Pedagogika	2	1,80
Zdravotnicko-technický	1	0,90
Právo	1	0,90
Psychologie	1	0,90
Logopedie	1	0,90
Technicko-humanitní	1	0,90

Poslední otázka, která se zaměřila na lokalitu studia respondentek, ukázala, že nejvíce respondentek studuje v Praze, kde je jich 60, což představuje 54,5 %. Následoval Olomoucký kraj s 22 respondentkami (20 %), a Jihomoravský kraj, který si zvolilo 10 respondentek (9,1 %). V menší míře byly zastoupeny další lokality (Tabulka 5).

Tabulka 5: Rozložení lokality studia

Kraj	N	%
Praha	60	54,5
Olomoucký	22	20
Jihomoravský	10	9,1
Středočeský	7	6,4
Jihočeský	5	4,50
Pardubický	2	1,8
Vysočina	2	1,8
Královehradecký	1	0,9
Zlínský	1	0,9

9.2. ALKOHOLOVÉ NÁVYKY

V další sekci dotazníku se zjišťovalo, zda respondentky konzumovaly v posledních 30 dnech alkohol. Pouze 9 respondentek (8,2 %) uvedlo, že nikoliv. Zbýlých 101 (91,8 %) alkohol v posledním měsíci konzumovalo (Tabulka 6).

9.2.1. Frekvence pití alkoholu v posledních 30 dnech

Tato otázka zjišťovala, v kolika dnech z posledních 30 dní respondentky požily alespoň jeden

standardní nápoj (viz kapitola Metody získávání dat) nekonzumovalo 11 respondentek (10 %). Z tohoto počtu dvě respondentky konzumovaly menší množství, jelikož 9 respondentek úplně abstinovalo, 1-2 dny konzumovalo 26 respondentek (23,6 %), 3-5 dnů 35 respondentek (31,8 %). V menší míře se objevily i jiné frekvence (Tabulka 6).

9.2.2. Frekvence opíjení v posledních 30 dnech

Další otázka se ptala na frekvenci opíjení v posledních 30 dnech. Ani jednou toto množství alkoholu nekonzumovalo 38 respondentek (34,5 %). Z tohoto počtu 29 respondentek konzumovalo menší množství, jelikož 9 respondentek úplně abstinovalo. 1-2 dny konzumovalo 44 respondentek (40 %), 3-5 dnů 11 respondentek (10 %) (Tabulka 6).

Tabulka 6: Konzumace alkoholu v posledních 30 dnech

	Frekvence pití alespoň jednoho standartního alkoholického nápoje v posledních 30 dnech		Frekvence opíjení v posledních 30 dnech		
	N	%	N	%	
0 dnů	11	10	0 dnů	38	34,5
1-2 dny	26	23,6	1-2 dny	44	40
3-5 dnů	35	31,8	3-5 dnů	11	10
6-9 dnů	17	15,5	6-9 dnů	7	6,4
10-19 dnů	17	15,5	10-19 dnů	5	4,5
20+ dnů	4	3,6	20+ dnů	5	4,5

9.3. OMEZOVÁNÍ KALORIÍ VE DNECH KONZUMACE ALKOHOLU

Následující sekce zjišťovala, zda respondentky omezují kalorie ve dnech, kdy plánují konzumovat alkohol. Výsledky ukazují, že pouze 15 respondentek (13,6 %) omezuje příjem kalorií ve dnech, kdy plánují konzumovat alkohol (Tabulka 7).

Z celkového počtu 15 respondentek, které uvedly, že kalorie omezují, jich 7 (46,7 %) spadá do kategorie normální hmotnosti. Další 5 respondentek (33,3 %) má lehkou nadváhu, zatímco 1 respondentka (6,7 %) trpí velkou nadváhou. Dvě respondentky (13,3 %) mají podváhu.

Tabulka 7: Omezování kalorií ve dnech konzumace alkoholu na základě váhových kategorií

Kategorie	Omezování kalorií v den konzumace alkoholu			
	Někdy		Vždy	
	N=10	%	N=5	%
Podváha <18,5	0	0	2	40
Normální váha 18,5-24,99	5	50	2	40
Lehká nadváha 25-29,99	4	40	1	20
Velká nadváha >30	1	10	0	0

9.3.1. DŮVODY OMEZOVÁNÍ KALORIÍ

Tato sekce obsahovala 14 otázek a zaměřovala se na těchto 15 respondentek. Když zanalyzujeme odpovědi viz tabulka č.8 tak zjistíme, že vnější tlak hraje minimální roli. Většina respondentek se nesnaží zapadnout nebo se nenechá ovlivnit přáteli (otázky 1, 2, 5, 6, 8, 9). Zábava a společenský aspekt hrají určitou roli, ale nejsou hlavním důvodem (otázky 3, 4, 10). Poměrně velká část využívá omezování kalorií s cílem rychleji dosáhnout intoxikace (otázka 7). Hlavní a dominantní motivací je však strach z přibírání a výčitky z kalorického obsahu v alkoholu (otázky 11, 12, 13, 14).

Tabulka 8: *Důvody omezování kalorií*

	Nikdy N (%)	Zřídka N (%)	Někdy N (%)	Často N (%)	Velmi Často N (%)
1. Protože mě do toho nutí přátelé.	13 (86,7)	2 (13,3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
2. Protože mě přátelé povzbuzují v omezování celkového příjmu kalorií.	13 (86,7)	2 (13,3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
3. Protože si tak lépe užiji večírek.	4 (26,7)	8 (53,3)	1 (6,7)	1 (6,7)	1 (6,7)
4. Protože je tak společenské setkávání zábavnější.	5 (33,3)	4 (26,7)	4 (26,7)	1 (6,7)	1 (6,7)
5. Abych mohla pít a necítit se u toho odstrčená.	11 (73,3)	2 (13,3)	1 (6,7)	1 (6,7)	0 (0)
6. Abych zapadla do skupiny, do níž chci patřit.	12 (80)	2 (13,3)	0 (0)	1 (6,7)	0 (0)
7. Abych se rychleji opila.	2 (13,3)	4 (26,7)	5 (33,3)	3 (20)	1 (6,7)
8. Protože svůj kalorický příjem omezují moji přátelé.	11 (73,3)	3 (20)	1 (6,7)	0 (0)	0 (0)
9. Abych byla oblíbená.	15 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
10. Protože mě to baví.	7 (46,7)	3 (20)	2 (13,3)	3 (20)	0 (0)
11. Abych neměla výčitky z kalorického obsahu svých nápojů.	2 (13,3)	1 (6,7)	4 (26,7)	6 (40,0)	2 (13,3)
12. Abych ušetřila kalorie a zbyl mi limit pro alkohol.	4 (26,7)	2 (13,3)	4 (26,7)	4 (26,7)	1 (6,7)

13. Abych se vypořádala s úzkostí z přijatých kalorií.	3 (20)	4 (26,7)	3 (20)	2 (13,3)	3 (20)
14. Abych nepřibrala na váze.	3 (20)	3 (20)	1 (6,7)	6 (40,0)	2 (13,3)

9.3.2. ZPŮSOBY OMEZOVÁNÍ KALORIÍ

V této sekci se zjišťovalo, jak často určitým způsobem respondentky upravují své stravování ve dnech, kdy plánují pít alkohol a jak omezují přísun kalorií. Sekce obsahovala 8 otázek.

Na základě výsledků se ukázalo, že nejčastějším způsobem je celkové snížení kalorického příjmu v takový den. Více než 50 % respondentek uvedlo, že tento způsob praktikují někdy a 13,3 % velmi často (Tabulka 9).

Další běžnou kompenzací je udržování kalorického příjmu pod určitou úrovní, což pravidelně praktikuje téměř polovina respondentek. Naopak vyhýbání se mastným a tučným jídlům není tak časté – přibližně 40 % respondentek to nikdy nedělá (Tabulka 9).

Cvičení jako kompenzační nástroj přinesl smíšené výsledky. Více pohybu před pitím alkoholu volí jen menší část respondentek – 46,7 % nikdy necvičí před konzumací alkoholu (Tabulka 9).

Tabulka 9: *Způsoby omezování kalorií*

	Nikdy N (%)	Zřídka N (%)	Někdy N (%)	Často N (%)	Velmi Často N (%)
Celý den jím méně než obvykle.	1 (6,7)	3 (20)	8 (53,3)	1 (6,7)	2 (13,3)
Udržuji svůj kalorický příjem pod určitou úrovní.	2 (13,3)	5 (33,3)	6 (40,0)	1 (6,7)	1 (6,7)
Jím méně tuků.	6 (40,0)	2 (13,3)	4 (26,7)	3 (20)	0 (0)
Cvičím více než obvykle.	4 (26,7)	7 (46,7)	2 (13,3)	2 (13,3)	0 (0)
Vyhýbám se mastným a tučným jídlům.	4 (26,7)	3 (20)	4 (26,7)	3 (20)	1 (6,7)
Cvičím/spaluji kalorie.	2 (13,3)	4 (26,7)	2 (13,3)	6 (40,0)	1 (6,7)
Jím méně při každém chodu.	2 (13,3)	7 (46,7)	4 (26,7)	0 (0)	2 (13,3)
Cvičím přímo před pitím alkoholu.	7 (46,7)	5 (33,3)	3 (20)	0 (0)	0 (0)

9.4.KONZUMACE ALKOHOLU VE DNECH, KDY SE STRAVOVÁNÍ NEOMEZUJE

Tato sekce se týkala již všech 110 respondentek, jelikož cílem bylo zjistit, jak respondentky přistupují ke konzumaci alkoholu ve dnech, kdy své stravování neomezují. Zahrnovala 20 otázek (Tabulka 10).

1. Kalorie jako rozhodující faktor (otázky 1, 2, 6, 7, 10, 14, 16, 20)

Více než polovina respondentek (50,9 %) kalorický příjem kvůli konzumaci alkoholu neomezuje. Pouze 1,8 % to dělá velmi často. 86,4 % nepřestalo pít jen kvůli tomu, že přesáhly svůj kalorický příjem. Ve spojení s alkoholem kalorie počítá 37,3 % respondentek, 2,7 % to dělá velmi často.

2. Vyhýbání se určitému druhu alkoholu (otázky 4, 13, 15)

Pivu se velmi často vyhýbá 22,7 % respondentek, zatímco 34,5 % respondentek ho nepije nikdy. Desetistupňové pivo preferuje 12,7 %, většina ho však pije výjimečně nebo vůbec. 82,7 % respondentek nepije tvrdý alkohol kvůli nižšímu obsahu kalorií, pouze 1,8 % respondentek to dělá velmi často. Alkohol s nižším obsahem kalorií si vybírá a pro co nejrychlejší účinek si vybírá pouze 5,4 % respondentek, ale ne vždy.

3. Pijácké vzorce chování (otázky 3, 5, 8, 9, 11, 12)

40,9 % respondentek nikdy nepije alkohol kvůli tomu, aby zapadly do společnosti, ale 7,3 % respondentek to činí velmi často. 55,5 % respondentek nikdy nepije víc jen proto, aby se co nejvíce opily, ale 20 % to přiznává alespoň někdy. Pít stejné množství jako přátelé se snaží 49,1 % respondentek alespoň někdy. 10,9 % respondentek často pije, dokud se necítí opravdu dobře.

4. Rizikové chování a extrémní kompenzační nástroje (otázky 17, 18, 19)

Pozitivní je, že zvracení kvůli dalšímu pití vyvolává opravdu velmi malá část respondentek. 92,7 % z nich to nedělá nikdy. Avšak 6,4 % respondentek to činí někdy. Stejně tak 96,4 % respondentek nikdy nezvrací, aby snížily kalorický příjem, pouze 2,7 % respondentek to dělá alespoň někdy.

Tabulka 10: Konzumace alkoholu ve dnech, kdy se stravování neomezuje

	Nikdy N (%)	Zřídka N (%)	Někdy N (%)	Často N (%)	Velmi Často N (%)
1. Piji méně, protože nechci přijímat zbytečně moc kalorií.	56 (50,9)	21 (19,1)	29 (26,4)	2 (1,8)	2 (1,8)
2. Nepiji, protože už mám limit kalorického příjmu vyčerpaný.	95 (86,4)	10 (9,1)	4 (3,6)	1 (0,9)	0 (0)

3. Předstírám, že v průběhu večera piji alkohol.	79 (71,8)	11 (10)	18 (16,4)	1 (0,9)	1 (0,9)
4. Vyhnu se pivu.	38 (34,5)	17 (15,5)	20 (18,2)	10 (9,1)	25 (22,7)
5. Nejdu ven.	47 (42,7)	25 (22,7)	30 (27,3)	8 (7,3)	0 (0)
6. Piji více, abych nemyslela na přijaté kalorie.	101 (91,8)	4 (3,6)	1 (0,9)	4 (3,6)	0 (0)
7. Piji více, abych se vyrovnala s úzkostí z nadbytku přijatých kalorií.	101 (91,8)	2 (1,8)	2 (1,8)	5 (4,5)	0 (0)
8. Piji více, abych se co nejvíce opila.	61 (55,5)	27 (24,5)	18 (16,4)	3 (2,7)	1 (0,9)
9. Piji, abych zapadla.	45 (40,9)	37 (33,6)	20 (18,2)	8 (7,3)	0 (0)
10. Piji tvrdý alkohol, protože má méně kalorií.	91 (82,7)	7 (6,4)	8 (7,3)	2 (1,8)	2 (1,8)
11. Piji, dokud se necítím opravdu dobře.	47 (42,7)	28 (25,5)	22 (20)	12 (10,9)	1 (0,9)
12. Piji stejné množství jako moji přátelé.	24 (21,8)	32 (29,1)	25 (22,7)	23 (20,9)	6 (5,5)
13. Piji jen tvrdý alkohol.	60 (54,5)	29 (26,4)	16 (14,5)	5 (4,5)	0 (0)
14. Piji jen alkohol, který má nejméně kalorií a nejrychleji mě opije.	87 (79,1)	17 (15,5)	2 (1,8)	2 (1,8)	2 (1,8)
15. Piji jen lehké pivo. (Např. desetistupňové či osmistupňové pivo)	55 (50)	36 (32,7)	14 (12,7)	3 (2,7)	2 (1,8)
16. Přestanu pít, jakmile dosáhnu svého kalorického limitu.	100 (90,9)	7 (6,4)	3 (2,7)	0 (0)	0 (0)
17. Vyvolám zvracení, abych mohla pít dál.	102 (92,7)	1 (0,9)	7 (6,4)	0 (0)	0 (0)
18. Vyzvracím se, abych mohla pít dál.	101 (91,8)	3 (2,7)	5 (4,5)	1 (0,9)	0 (0)
19. Vyzvracím se, abych měla méně kalorií.	106 (96,4)	1 (0,9)	3 (2,7)	0 (0)	0 (0)
20. Počítám si kalorie.	69 (62,7)	21 (19,1)	14 (12,7)	3 (2,7)	3 (2,7)

9.5.KOMPENZAČNÍ CHOVÁNÍ DEN PO PITÍ ALKOHOLU

Následovala sekce s otázkami, které se zaměřovaly na to, jaké kompenzační strategie respondentky využívají v souvislosti s přijatými kaloriemi z alkoholu, který konzumovaly den před tím. Obsahovala 10 otázek (Tabulka 11).

Výsledky naznačují, že i když respondentky v den, kdy konzumují alkohol nad kaloriemi nijak závratně nepřemýšlejí, jejich přístup se druhý den mění (Tabulka 11).

1. Úprava kalorického příjmu (otázka 2)

44,5 % respondentek uvedlo, že druhý den po alkoholu cvičí více, aby spálily kalorie. 53,6 % respondentek jí méně. 55,5 % respondentek o množství přijatých kalorií přemýšlí.

2. Pohyb (otázky 1, 3, 4, 7)

62,7 % respondentek nikdy necvičí déle než obvykle, ale 13,6 % respondentek to dělá někdy a 1,8 % respondentek velmi často. 60 % respondentek si cíleně nevyhledává více času na cvičení, ale 18,2 % respondentek to dělá alespoň někdy.

3. Pocity viny a psychika (otázky 5, 6, 8)

22,7 % respondentek se někdy cítí provinile kvůli příjmu kalorií, dalších 17,3 % často nebo velmi často přemýšlí nad tím, kolik kalorií předchozí den přijaly. Přestože většina respondentek nezažívá extrémní výčitky, 11,8 % se často a 6 % velmi často cítí provinile kvůli přebytečným kaloriím.

4. Extrémní kompenzační chování (otázky 9, 10)

93,6 % nikdy neužívá projímadlo nebo nevyvolává zvracení kvůli kaloriím, přesto 1,8 % přiznává, že to někdy dělají. Vyvolávání zvracení kvůli alkoholu je vzácnější, ale 7,3 % respondentek to někdy udělalo.

Tabulka 11: *Kompenzační chování den po pití alkoholu*

	Nikdy N (%)	Zřídka N (%)	Někdy N (%)	Často N (%)	Velmi Často N (%)
1. Více cvičím, abych spálila kalorie.	49 (44,5)	28 (25,5)	23 (20,9)	8 (7,3)	2 (1,8)
2. Jím méně, abych kompenzovala příjem předchozího dne.	59 (53,6)	28 (25,5)	18 (16,4)	3 (2,7)	2 (1,8)
3. Cvičím déle než obvykle.	69 (62,7)	24 (21,8)	15 (13,6)	1 (0,9)	1 (0,9)

4. Vyhraďím si více času na cvičení.	66 (60)	22 (20)	18 (16,4)	2 (1,8)	2 (1,8)
5. Přemýšlím nad tím, kolik jsem předchozího dne přijala kalorií.	61 (55,5)	15 (13,6)	19 (17,3)	10 (9,1)	5 (4,5)
6. Cítím se provinile kvůli zbytečnému příjmu kalorií.	51 (46,4)	14 (12,7)	25 (22,7)	13 (11,8)	7 (6)
7. Za každou cenu cvičím.	75 (68,2)	20 (18,2)	11 (10)	3 (2,7)	1 (0,9)
8. Nemůžu se soustředit, protože mám hlad.	44 (40)	34 (30,9)	17 (15,5)	11 (10)	4 (3,6)
9. Užívám projímadlo nebo zvracím, abych se zbavila nadbytečných kalorií	103 (93,6)	5 (4,5)	2 (1,8)	0 (0)	0 (0)
10. Vyvolávám zvracení, abych se zbavila alkoholu.	87 (79,1)	12 (10,9)	8 (7,3)	3 (2,7)	0 (0)

9.6. VNÍMÁNÍ KONZUMACE ALKOHOLU NA VYSOKÉ ŠKOLE

Tato část dotazníku se zaměřovala na to, jak respondentky vnímají konzumaci alkohol jako součást vysokoškolského života. Sekce obsahovala 13 otázek (Tabulka 12).

Většina respondentek souhlasí s tím, že alkohol je běžnou součástí vysokoškolského života (32,7 % spíše souhlasí, 15,5 % souhlasí). Naopak, většina respondentek odmítá názor, že opití je nutný vstupní rituál, přičemž 31,8 % respondentek silně nesouhlasí a 30,9 % nesouhlasí.

Co se týče názoru na to, že by škola neměla být spojována s alkoholovými večírky, tak většina se s tímto tvrzením neztotožňuje, ale ani podíl těch, který by raději viděli, že alkohol není součástí vysokoškolského života, není zanedbatelný.

Další otázky, jako například odměna v podobě víkendu plného silného pití, nejsou vnímány pozitivně, protože většina respondentů silně nesouhlasí nebo nesouhlasí s tímto tvrzením. Stejně tak návštěvy večírků s alkoholem jako nejjednodušší způsob nacházení přátel byly zamítnuty většinou, která silně nesouhlasí nebo nesouhlasí s tímto názorem.

Tabulka 12: *Vnímání konzumace alkoholu na vysoké škole*

	Silně nesouhlasím	Nesou hlasím	Spíše nesouhlasím	Ani jedno/neví m	Spíše souhlasím	Souhl asím N	Silně souhlasím
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	(%)	N (%)
Večírky s alkoholem jsou nedílnou součástí vysokoškolsk ého života.	10 (9,1)	9 (8,2)	22 (20)	9 (8,2)	36 (32,7)	17 (15,5)	7 (6,4)
Opití je nutný vstupní rituál.	35 (31,8)	34 (30,9)	18 (16,4)	9 (8,2)	11 (10)	2 (1,8)	1 (0,9)
Byla bych radši, kdyby moje škola k této kultuře nepatřila.	1 (0,9)	22 (20)	13 (11,8)	49 (44,5)	9 (8,2)	9 (8,2)	7 (6,4)
Odměnou za každý náročný týden by měl být víkend plný silného pití.	54 (49,1)	35 (31,8)	13 (11,8)	4 (3,6)	4 (3,6)	0 (0)	0 (0)
Vynechání školy kvůli kocovině patří ke skutečnému studentskému u životu.	19 (17,3)	27 (24,5)	17 (15,5)	15 (13,6)	24 (21,8)	3 (2,7)	5 (4,5)
Na skutečném vysokoškolsk ém večírku je alkohol nepostradatel ný.	12 (10,9)	15 (13,6)	9 (8,2)	12 (10,9)	41 (37,3)	13 (11,8)	8 (7,3)

Alkohol není pro univerzitní život důležitý.	1 (0,9)	7 (6,4)	28 (25,5)	19 (17,3)	19 (17,3)	26 (23,6)	10 (9,1)
Návštěvy večírků s alkoholem jsou nejjednodušším způsobem nacházení přátel.	6 (5,5)	16 (14,5)	9 (8,2)	13 (11,8)	42 (38,2)	18 (16,4)	6 (5,5)
Pití alkoholu je společenská událost, již se účastní každý student.	13 (11,8)	19 (17,3)	24 (21,8)	12 (10,9)	32 (29,1)	7 (6,4)	3 (2,7)
Studium VŠ je ideální pro experimentování s alkoholem.	12 (10,9)	23 (20,9)	22 (20)	25 (22,7)	16 (14,5)	7 (6,4)	5 (4,5)
Dobry univerzitni vecirek by mel zahrnovat „chrastici hry“.	18 (16,4)	27 (24,5)	12 (10,9)	28 (25,5)	16 (14,5)	7 (6,4)	2 (1,8)
Ztrata vedomi nebo alkoholova okna se na VŠ daji ocekavat.	24 (21,8)	21 (19,1)	20 (18,2)	17 (15,5)	21 (19,1)	7 (6,4)	0 (0)

Možnost pít alkohol je na vysoké škole stejně důležitá jako akademická zkušenost.	43 (39,1)	33 (30)	21 (19,1)	6 (5,5)	3 (2,7)	3 (2,7)	1 (0,9)
--	--------------	------------	--------------	------------	------------	------------	------------

9.7.STRAVOVACÍ NÁVYKY

Poslední sekce dotazníku obsahovala 26 otázek a zaměřovala se na stravovací návyky respondentek, dietní opatření a psychickou pohodu (Tabulka 13).

Na základě poskytnutých dat lze výsledky shrnout následovně:

Celkem 46,4 % respondentek nikdy diety nedrží, ale 7,3 % respondentek tak činí často a 2,7 % velmi často. 28,2 % se někdy soustředí na svou touhu zhubnout, přičemž 12,7 % často a 10 % velmi často. 53,6 % nemá rádo pocit prázdného žaludku, zatímco menší část respondentek tento pocit někdy až často vyhledává.

Celkem 42,7 % se po jídle nikdy necítí extrémně provinile, ale 7,3 % se tak cítí často. 40,9 % respondentek nikdy nemělo záchvaty přejídání, ale 8,2 % je zažívá často a 3,6 % pořád. 70,9 % se nikdy nevyhýbá jídlu, když má hlad, ale 1,8 % tak činí velmi často.

Celkem 6,4 % nikdy nemá po jídle potřebu zvracet, avšak 0,9 % ano. 45,5 % se neseťkalo s tím, že by si ostatní mysleli, že jsou příliš štíhlé.

Tabulka 13: *Stravovací návyky*

	Nikdy N (%)	Zřídka N (%)	Někdy N (%)	Často N (%)	Velmi často N (%)	Pořád N (%)
Držím diety.	51 (46,4)	28 (25,5)	20 (18,2)	8 (7,3)	3 (2,7)	0 (0)
Jím dietní jídla.	17 (15,5)	30 (27,3)	40 (36,4)	19 (17,3)	4 (4)	0 (0)
Soustředím se na svou touhu zhubnout.	28 (25,5)	24 (21,8)	31 (28,2)	14 (12,7)	11 (10)	2 (1,8)
Mám ráda prázdný žaludek.	59 (53,6)	25 (22,7)	18 (16,4)	4 (3,6)	4 (3,6)	0 (0)

Když cvičím, přemýšlím nad spalováním kalorií.	27 (33,6)	21 (19,1)	18 (16,4)	17 (15,5)	10 (9,1)	7 (6,4)
Po jídle se cítím extrémně provinile.	47 (42,7)	36 (32,7)	15 (13,6)	8 (7,3)	3 (2,7)	1 (0,9)
Děším se nadváhy.	16 (14,5)	16 (14,5)	25 (22,7)	21 (19,1)	12 (10,9)	20 (18)
Přemýšlím nad tukem ve svém těle víc než nad jinými věcmi.	42 (38,2)	33 (30)	12 (10,9)	10 (9,1)	8 (7,3)	5 (4,5)
Uvědomuji si obsah kalorií v jídlech, která jím.	40 (36,4)	16 (14,5)	25 (22,7)	9 (8,2)	13 (11,8)	7 (6)
Po jídle mám nutkání zvracet.	95 (86,4)	10 (9,1)	4 (3,6)	1 (0,9)	0 (0)	0 (0)
Po jídle jsem už zvracela a nebylo to z otravy.	85 (77,3)	15 (13,6)	7 (6,4)	2 (1,8)	1 (0,9)	0 (0)
Měla jsem záchvaty přejídání včetně pocitu, že nedokážu přestat.	45 (40,9)	24 (21,8)	19 (17,3)	9 (8,2)	9 (8,2)	4 (3,6)
Věnuji jídlu příliš mnoho času a myšlenek.	33 (30)	23 (20,9)	28 (25,5)	18 (16,4)	4 (3,6)	4 (3,6)
Příliš se zabývám jídlem.	31 (28,2)	26 (23,6)	30 (27,3)	16 (14,5)	4 (3,6)	3 (2,7)
Zdá se mi, že jídlo řídí můj život.	50 (45,5)	22 (20)	20 (18,2)	11 (10)	3 (2,7)	4 (3,6)
Ráda zkusím nová tučná jídla.	19 (17,3)	40 (36,4)	36 (32,7)	12 (10,9)	2 (1,8)	1 (0,9)
Vyhýbám se jídlům, jež obsahují cukr.	49 (44,5)	33 (30)	22 (20)	3 (2,7)	2 (1,8)	1 (0,9)
Obzvláště se vyhýbám jídlům s vysokým obsahem sacharidů.	62 (56,4)	28 (25,5)	16 (14,5)	1 (0,9)	2 (1,8)	1 (0,9)
Krájím si jídlo na malé kousky.	43 (39,1)	27 (24,5)	23 (20,9)	13 (11,8)	2 (1,8)	2 (1,8)
Běžnou porci sním pomaleji než ostatní.	29 (26,4)	31 (28,2)	17 (15,5)	14 (12,7)	7 (6,4)	12 (10,9)
Ostatní lidé si myslí, že jsem příliš štíhlá.	50 (45,5)	30 (27,3)	23 (20,9)	3 (2,7)	3 (2,7)	1 (0,9)
Mám pocit, že by ostatní byli raději, kdybych jedla více.	63 (57,3)	22 (20)	14 (12,7)	4 (3,6)	5 (4,5)	2 (1,8)
Mám pocit, že mě ostatní nutí jíst.	65 (59,1)	24 (21,8)	13 (11,8)	7 (6,4)	1 (0,9)	0 (0)
Když mám hlad, vyhýbám se jídlu.	78 (70,9)	16 (14,5)	12 (10,9)	2 (1,8)	2 (1,8)	0 (0)
Ohledně jídla se dokážu kontrolovat.	9 (8,2)	11 (10)	31 (28,2)	30 (27,3)	21 (19,1)	8 (7,3)

Když sním něco sladkého, necítím se dobře.	36 (32,7)	10 (9,1)	25 (22,7)	11 (10)	3 (2,7)	3 (2,7)
--	--------------	-------------	--------------	------------	------------	------------

10. DISKUZE

Jak již bylo zmíněno, studií na téma drunkorexie není mnoho. V posledních letech proběhlo několik zahraničních výzkumů, které se věnují hlavně populaci vysokoškolských studentů. V České republice je však výzkum této problematiky velice omezený a celkově tento fenomén není širší populaci ani odborníkům příliš znám.

Tento výzkum si klade za cíl posoudit, jak konzumace alkoholu ovlivňuje stravovací návyky studentek vysokých škol v různých regionech České republiky. Zároveň se zaměřuje na psychologické faktory, které tento vztah mohou ovlivňovat. Dále zkoumá, zda se tyto stravovací změny liší v závislosti na hmotnostní kategorii studentek, tedy mezi těmi s normální hmotností, podváhou, nadváhou a obezitou. Na samém počátku studie bylo sestaveno pět výzkumných otázek, na které mi zapojené respondentky přinesly cenné odpovědi.

Na základě výsledků lze popis výzkumného souboru shrnout takto: průměrný věk respondentek je 22,27 let, průměrná výška dosahuje 166,75 cm a průměrná váha činí 54,2 kg. 67,6 % respondentek má ideální BMI. Druh studia je vyrovnaný, přičemž lehce převažuje bakalářské studium (51,8 %). Většina respondentek (84,5 %) studuje prezenčně. Nejčastěji studovaným oborem je humanitní obor (49,55 %) a nejvíce respondentek (54,5 %) studuje v Praze.

Výsledky této studie je možné porovnat s výsledky dosavadních zahraničních studií, které se na fenomén drunkorexie zaměřují. V některých oblastech jsou závěry podobné, nicméně v některých sekcích se výrazně liší.

Velmi důležitým bodem ke srovnání je výskyt omezování kalorického příjmu v den konzumace alkoholu. Tato studie přinesla relativně pozitivní výsledek – pouze 13,6 % respondentek, tedy 15 ze 110, takové chování potvrzují. Zahraniční studie však uvádějí vyšší čísla. Například Giles et al. (2009) ve svém výzkumu uvádějí, že téměř 50 % respondentek kalorie v den konzumace alkoholu omezuje. Stejně tak studie, kterou provedli Lupi et al. (2015) – ti uvádějí hodnotu 32,2 %.

Celkově lze říct, že většina respondentek v této studii neomezuje přísun alkoholu kvůli kaloriím a ani nevolí extrémní strategie. Přesto však některé z nich omezují určitý druh alkoholu, zejména piva a počítají kalorie. Rizikové chování, jako je zvracení kvůli alkoholu nebo kaloriím se děje spíše výjimečně, ale malá část respondentek se k tomu chování uchyluje.

Tato studie přinesla zjištění, že hlavním důvodem drunkoretického chování je obava

z přibírání na váze. Stejný výsledek potvrdily i studie od autorů Barry & Piazza-Gardner (2012), Roosen & Mills (2015) či Simons et al. (2021).

Dále bylo zjištěno, že existují rozdíly mezi skupinami studentek s normální hmotností, podváhou a nadváhou. Studentky v nižší a ideální váhové kategorii měly větší tendenci kalorický příjem v souvislosti s alkoholem omezovat. Naopak studentky s nadváhou nebo obezitou vykazovaly méně restriktivní chování, ale častěji uváděly pocity viny po konzumaci alkoholu. Nicméně této sekce otázek se zúčastnilo pouze 15 respondentek, takže nelze dělat definitivní závěry. Tento výsledek je v souladu se závěry Szynal et al. (2022) či Roosen & Mills (2015). Ti uvedli, že studentky s nižší nebo ideální hmotností měly větší tendenci omezovat kalorie než studentky s nadváhou či obezitou.

Prínosné je zjištění, že studentky často kompenzují kalorický příjem až po samotné konzumaci alkoholu. Jako kompenzační mechanismy využívají omezení jídla následující den nebo provádějí zvýšenou fyzickou aktivitu. Takové kompenzace po konzumaci alkoholu se v zahraničních studiích objevují jen zřídka a většina studií se zaměřuje na chování před nebo během konzumace alkoholu. Některé studentky uváděly, že po konzumaci alkoholu nadměrně cvičí, aby spálily přijaté kalorie, zatímco jiné přiznávaly extrémnější metody, jako je vyvolávání zvracení nebo užívání projímadel. Pozitivní však je, že zvracení se praktikuje u opravdu malé části respondentek. Lze tedy říct, že toto zjištění přispívá k dosavadnímu poznání, jelikož poukazuje na širší spektrum chování spojeného s drunkorexií.

Co se týče psychologických faktorů, výsledky této studie potvrzují závěry výzkumů Ward & Galante (2015) nebo Griffin & Vogt (2020), podle kterých jsou nejčastějšími motivacemi nejen kontrola hmotnosti, ale i pocity viny. Respondentky ve výzkumném souboru často reflektovaly snahu „napravit“ své chování po konzumaci alkoholu. Naopak tato studie uvádí, že sociální tlak hraje nižší roli, což je v rozporu se závěry studie Ward & Galante, 2015, kde je sociální tlak významným faktorem.

Celkově je patrné, že některé respondentky vnímají alkohol jako součást vysokoškolské kultury, ale není to považováno za nutnou podmínku a pro většinu respondentek není alkohol vnímán jako nezbytný vysokoškolský doprovod, což odpovídá výsledkům ze škály CLASS (Osberg, 2010). V tomto ohledu se studie částečně liší od amerických výzkumů (Choquette, 2017), kde bývá konzumace alkoholu více spojována s vysokoškolskou identitou a skupinovou normou.

Konzumace alkoholu a přijaté kalorie z něj mělo také dopad na psychické zdraví respondentek. Mnoho z nich pociťovalo vinu a úzkost spojené s nadměrnou konzumací alkoholu a jejími důsledky na tělesný vzhled. Tyto negativní pocity mohou vést k dalším změnám ve stravovacím chování a podpořit cyklus omezení příjmu potravy a následného přejídání.

Většina respondentek nemá extrémně narušený vztah k jídlu a dietám, nicméně část z nich má potřebu kontrolovat svou stravu a potýkají se s pocity viny po jídle či nadváhy.

Z výzkumu vyplývá několik implikací pro praxi a další zkoumání. I přes to, že drunkoretické chování nebylo v tomto vzorku nikterak rozšířené, nemělo by být přehlíženo. Výzkum by měl pokračovat s využitím většího a reprezentativnějšího vzorku. Zároveň by bylo vhodné zvážit preventivní intervence na vysokých školách, které by mohly upozorňovat na případná rizika. Výsledky studie by mohly sloužit jako podklad pro další výzkum.

11. LIMITY A SILNÉ STRÁNKY

Významným limitem této studie byla nízká účast respondentek. Ačkoli některé dotazníky byly vyřazeny z důvodu nesplnění stanovených kritérií, tvořily pouze malou část celkového vzorku. To omezuje zobecnění výsledků na širší populaci vysokoškolských studentek. Dalším limitem je způsob sběru dat prostřednictvím online dotazníku, který může být náchylný ke zkreslení odpovědí v důsledku tzv. social desirability bias. Při vyplňování může dojít ke zkreslení odpovědí, kdy respondentky nemusí otázku pochopit, případně neodpovídají pravdivě, protože se chtějí ukázat v lepším světle, ubírají si kila, přidávají si centimetry apod. Dotazník s sebou nesl další limit a tím byla jeho časová náročnost. I přesto, že se jednalo o uzavřené odpovědi, dotazník obsahoval velké množství otázek a čas na jeho zpracování činil kolem dvaceti minut, což mohlo značnou část respondentek odradit.

Dalším limitem je reprezentativita. Vzhledem k tomu, že byl výzkumný soubor sestaven pomocí nepravděpodobnostního výběru, nelze výsledky zobecnit na celou populaci. Platnost zjištění se proto vztahuje pouze na analyzovaný vzorek respondentek.

Na druhou stranu, výzkum měl i své silné stránky. Jednou z nich je nové zjištění ohledně post-alkoholového kompenzačního chování. Tato oblast nebyla v dosavadních studiích dostatečně zkoumána a interpretována. Silnou stránkou je i zvolený dotazník, který je sestaven kombinací tří standardizovaných dotazníků a přináší tak širší spektrum výsledků a poznání.

ZÁVĚR

Tato práce se zaměřila na fenomén drunkorexie a její výskyt v českém prostředí vysokoškolských studentek. Cílem výzkumu bylo posoudit, jak moc je drunkoretické chování u cílové skupiny rozšířené, jaké kompenzační nástroje využívají a jaké jsou hlavní motivy takového chování.

Výsledky ukázaly, že většina respondentek alkohol pravidelně konzumuje, avšak pouze malá část vykazuje systematické omezování kalorického příjmu. Nejzásadnější motivací je strach z přibírání na váze. Zajímavé zjištění je tendence kompenzovat přijaté kalorie z alkoholu až následující den po konzumaci, což je málo popsáný jev.

Výzkum přináší cenný náhled do této problematiky v českém prostředí. Nese s sebou určitá omezení a limity, ale může sloužit jako výchozí bod pro další výzkumy.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). American Psychiatric Association. <https://www.mredcircleoftrust.com/storage/app/media/DSM%205%20TR.pdf>

Barakat, S., McLean, S. A., Bryant, E., Le, A., Marks, P., National Eating Disorder Research Consortium, Touyz, S., & Maguire, S. (2023). Risk factors for eating disorders: Findings from a rapid review. *Journal of Eating Disorders, 11*(8). <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00717-4>

Bryant, J. B., Darkes, J., & Rahal, C. (2012). College Students' Compensatory Eating and Behaviors in Response to Alcohol Consumption. *Journal of American College Health, 60*(5), 350–356. <https://doi.org/10.1080/07448481.2011.630702>

Cooper, P. J. (1995). *Mentální bulimie a záchvatové přejídání: Jak se uzdravit*. Votobia.

Čechmánková, B. (2012). *Sociální a psychické důsledky poruch příjmu potravy u dívek a žen s mentální anorexií a bulimií*. [Diplomová práce, Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně]. Digitální knihovna. https://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/18950/%c4%8dechm%c3%a1nkov%c3%a1_2012_dp.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Eisenberg, M. H., & Fitz, C. C. (2014). “Drunkorexia”: Exploring the Who and Why of a Disturbing Trend in College Students' Eating and Drinking Behaviors. *Journal of American College Health, 62*(8), 570–577. <https://doi.org/10.1080/07448481.2014.947991>

Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, Y., & Garfinkel, P. E. (1982). The Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine, 12*(4), 871–878. <https://doi.org/10.1017/S0033291700049163>

Giles, S. M., Champion, H., Sutfin, E. L., McCoy, T. P., & Wagoner, K. (2009). Calorie Restriction on Drinking Days: An Examination of Drinking Consequences Among College Students. *Journal of American College Health, 57*(6), 603–610. <https://doi.org/10.3200/JACH.57.6.603-610>

Griffin, B. L., & Vogt, K. S. (2020). Drunkorexia: Is it really “just” a university lifestyle choice? *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, 26*(2021–2031). <https://doi.org/10.1007/s40519-020-01051-x>

- Hoek, H. W. (2016). Review of the worldwide epidemiology of eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 29(6), 1. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000282>
- Horovitz, O., & Argyrides, M. (2023). Orthorexia and Orthorexia Nervosa: A Comprehensive Examination of Prevalence, Risk Factors, Diagnosis, and Treatment. *Nutrients*, 15(17), 3851. <https://doi.org/10.3390/nu15173851>.
- Chambers, R. A. (2008). Drunkorexia. *Journal of Dual Diagnosis*, 4(4), 414–416. <https://doi.org/10.1080/15504260802086677>
- Choquette, Emily M., "A Psychometric Evaluation of the Compensatory Eating and Behaviors in Response to Alcohol Consumption Scale (CEBRACS)" (2017). *USF Tampa Graduate Theses and Dissertations*. <https://digitalcommons.usf.edu/etd/7007>
- Koutek, J., & Kocourková, J. (2024). Poruchy příjmu potravy v dětství a adolescenci. *Čes-slov Pediatric 2024*, 79(3), 167–172. <https://doi.org/10.55095/CSPediatric2024/020>
- Kovacs, A., Murphy, J. G., & McDevitt-Murphy, M. E. (2021). Drunkorexia: Examining the association between eating and drinking motives, disordered eating, and alcohol use. *Addictive Behaviors*, 114, 106720. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106720>
- Kviatkovská, K., Albrecht, J., & Papežová, H. (2016). Psychogenní přejídání, současné a alternativní možnosti terapie. *Česká a slovenská psychiatrie*, 6, 275-279. http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2016_6_275_279.pdf
- Krch, F. D. (2004). Poruchy příjmu potravy – rizikové faktory. *Psychiatrie pro praxi*, 1, 4–10. <https://solen.cz/pdfs/psy/2004/01/04.pdf>
- Lupi, M., Acciavatti, T., Santacroce, R., Cinosi, E., Martinotti, G., Giannantonio, M. (2015). „Drunkorexia“: a pilot study in an Italian sample. *Research gate*. https://www.researchgate.net/profile/Matteo-Lupi-2/publication/263428626_Drunkorexia_a_pilot_study_in_an_Italian_sample/links/552e3cb20cf2d4950717be2e/Drunkorexia-a-pilot-study-in-an-Italian-sample.pdf
- Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR, Odbor školské statistiky a analýz. (2024). *Statistika výkonových ukazatelů veřejných a soukromých vysokých škol ČR*. <https://statis.msmt.cz/statistikyvs/vykonyVS1.aspx>
- Němečková, P. (2002). Poruchy příjmu potravy. *Interní medicína ve zkratce*. Psychiatrická

klinika, Fakultní nemocnice Olomouc. <https://solen.cz/pdfs/int/2002/11/07.pdf>

Němečková, P. (2011). Poruchy příjmu potravy. *Medicína pro praxi*. <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2011/11/04.pdf>

Nuttall, F. Q. (2015). Obesity, BMI, and health: A critical review. *Nutrition Today*, 50(3), 117-128. <https://doi.org/10.1097/NT.0000000000000092>

Osberg, T. M., Atkins, L., Buchholz, L., Shirshova, V., Swiantek, A., Whitley, J., Hartman, S., & Oquendo, N. (2010). Development and validation of the College Life Alcohol Salience Scale: a measure of beliefs about the role of alcohol in college life. *Psychology of addictive behaviors : journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 24(1), 1–12. <https://doi.org/10.1037/a0018197>

Papežová, H. (2021). Poruchy příjmu potravy. In K. Raboch & P. Pavlovský (Eds.), *Psychiatrie*. Nakladatelství Karolinum.

Pérez-Ortiz, N., Andrade-Gómez, E., Fagundo-Rivera, J., & Fernández-León, P. (2024). Comprehensive Management of Drunkorexia: A Scoping Review of Influencing Factors and Opportunities for Intervention. *Nutrients*, 16(22), 3894. <https://doi.org/10.3390/nu16223894>

Piazza-Gardner, A. K., & Barry, A. E. (2013). Appropriate terminology for the alcohol, eating, and physical activity relationship. *Journal of American College Health*, 61(5), 324-326.

Ritz, L., Mauny, N., & Montcharmont, C. (2024). *Profil cognitif dans la drunkorexie : Entre effet délétère et style cognitif particulier, quels impacts pour l'accompagnement ?* Communication présentée au Congrès Français de Psychiatrie, Rennes, France. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-04853492>

Roosen, K., Mills, J. (2015). Exploring the motives and mental health correlates of intentional food restriction prior to alcohol use in university students. *Journal of Health Psychology*, 20(6), 875-886. <https://doi.org/10.1177/1359105315573436>

Shriver, C. (2019). *An examination of drunkorexia: Calorie regulation prior to alcohol consumption among college students*. Appalachian State University.

Simons, R. M., Hansen, J. M., Simons, J. S., Hovrud, L., & Hahn, A. M. (2021). Drunkorexia: Normative behavior or gateway to alcohol and eating pathology? *Addictive Behaviors*, 112, 106577. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106577>

Speed, S., & Ward, R. M. (2024). Drunkorexia and trait mindfulness among college students.

Journal of American College Health, 72(2), 571–577.
<https://doi.org/10.1080/07448481.2024.XXXXX>

Szynal, K., Górski, M., Grajek, M., Ciechowska, K., & Polaniak, R. (2022). Drunkorexia – knowledge review. *Psychiatria Polska*, 56(5), 1131–1141.
<https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/134748>

Tovt, Š., & Kajanová, A. (2021). *Introduction to bigorexia*. KONTAKT: Journal of nursing and social sciences related to health and illness, 23(1), 1–8.
<https://doi.org/10.32725/kont.2021.014>

Thompson-Memmer, C., Glassman, T., & Diehr, A. (2019). Drunkorexia: A new term and diagnostic criteria. *Journal of American College Health*, 67(7), 620–626.
<https://doi.org/10.1080/07448481.2018.1500470>

Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. (n.d.). *F50.0 Mentální anorexie*. MKN-10 klasifikace. <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F50-F59>

Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. (2014). *Mezinárodní klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů* [e-reader version] (10th ed.). <http://www.uzis.cz/katalog/klasifikace/mkn-mezinarodni-statisticka-klasifikace-nemoci-pridruzenych-zdravotnich-problemu>

Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. (2018). *Péče o pacienty s poruchami příjmu potravy v ČR v letech 2011–2017* [Health care about patients with eating disorders in the Czech Republic in 2011–2017]. ÚZIS.

Vandereycken, W. (2011). Media hype, diagnostic fad or genuine disorder? Professionals' opinions about night eating syndrome, orthorexia, muscle dysmorphia, and emetophobia. *Eating Disorders*, 19(2), 145–155. <https://doi.org/10.1080/10640266.2011.551634>

Ward, R. M., & Galante, M. (2015). Development and initial validation of the Drunkorexia Motives and Behaviors scales. *Eating Behaviors*, 18, 66–70. doi:10.1016/j.eatbeh.2015.04.003

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1: Věkové rozložení respondentek

Tabulka č. 2: Rozložení BMI respondentek

Tabulka č. 3: Rozložení studia

Tabulka č. 4: Studované obory

Tabulka č. 5: Rozložení lokality studia

Tabulka č. 6: Konzumace alkoholu v posledních 30 dnech

Tabulka č. 7: Omezování kalorií ve dnech konzumace alkoholu na základě váhových kategorií

Tabulka č. 8: Důvody omezování kalorií

Tabulka č. 9: Způsoby omezování kalorií

Tabulka č. 10: Konzumace alkoholu ve dnech, kdy se stravování neomezuje

Tabulka č. 11: Kompenzační chování den po pití alkoholu

Tabulka č. 12: Vnímání konzumace alkoholu na vysoké škole

Tabulka č. 13: Stravovací návyky

SEZNAM ZKRATEK

BED – Binge eating disorder

BMI – Body mass index

CEBRACS – The Compensatory Eating and Behaviors in Response to Alcohol Consumption

CLASS – College life alcohol salience scale

DMBS – Drunkorexia motives and behaviors scale

DSM-IV-TR – The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition

DSM-V – The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition

EAT-26 - Eating attitudes test

GIT – Gastrointestinální trakt

MKN-10 - Mezinárodní klasifikace nemocí

OCD – Obsessive compulsive disorder

PPP – Poruchy příjmu potravy

SSSRI – Selective serotonin reuptake inhibitor

PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Dotazník pro vysokoškolské studentky

Vážená studentko,

Tato studie se zaměřuje na zkoumání vlivu konzumace alkoholu na stravovací návyky. Cílem výzkumu je zjistit, jaké faktory vedou ženy k těmto návykům a jak alkohol ovlivňuje jejich chování při jídle. Výsledky studie mohou přispět k lepšímu pochopení vztahu mezi konzumací alkoholu a stravovacími zvyklostmi, což může být užitečné pro prevenci a zlepšení zdraví.

Studie: „Vliv konzumace alkoholu na stravovací návyky u studentek vysokých škol“

Řešitel: Bc. Denisa Nedvědová

Vedoucí práce: Mgr. Gabriela Rolová, Ph.D.

Instituce: Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze, Apolinářská 4, 128 00 Praha 2

Kontaktní údaje pro případ dotazů nebo stížností:

Účast na studii je zcela dobrovolná. Všechny odpovědi budou anonymní a použity výhradně pro účely této studie. Nebudou shromažďovány žádné osobní údaje, které by mohly umožnit identifikaci účastníků. Vaše účast je dobrovolná a můžete se rozhodnout kdykoli odstoupit bez udání důvodu, a to bez jakýchkoli negativních následků.

V rámci této studie budeme shromažďovat údaje o vašich stravovacích návycích a konzumaci alkoholu. Můžete být požádáni o odpovědi na otázky týkající se těchto citlivých oblastí. Rozumím tomu, že výsledky studie mohou být zveřejněny v odborných publikacích nebo na konferencích. Vaše údaje budou anonymní a budou použity pouze pro výzkumné účely.

Souhlasím s účastí na studii a potvrzuji, že jsem se seznámila s výše uvedenými informacemi. Rozumím tomu, že moje účast je zcela dobrovolná a že mohu kdykoli odstoupit bez udání důvodu. Souhlasím s tím, že moje odpovědi budou anonymní a důvěrné.

Pokud máte jakékoliv dotazy ohledně studie nebo byste chtěli podat stížnost, prosím, kontaktujte nás na výše uvedených kontaktech.

[Zaškrtnuté políčko pro souhlas] – „Souhlasím s účastí na této studii.“

První oddíl: Sociodemografické údaje

1. Kolik je Vám let?

Otevřená odpověď: _____

2. Jaká je Vaše výška?

Otevřená odpověď: _____

3. Jaká je Vaše váha?

Otevřená odpověď: _____

4. Studujete bakalářský nebo magisterský obor?

Bakalářský

Magisterský

5. Jaký obor studujete?

Zdravotnický/lékařství

Technický

Humanitní

Umělecký

Jiný (vypište): _____

6. V jakém kraji studujete?

Praha

Středočeský kraj

Jihočeský kraj

Plzeňský kraj

Karlovarský kraj

Ústecký kraj

Liberecký kraj

Královéhradecký kraj

Pardubický kraj

Kraj Vysočina

Jihomoravský kraj

Olomoucký kraj

Zlínský kraj

Moravskoslezský kraj

Druhý oddíl: Stravovací a pitné návyky

7. Pili jste alkohol v posledních 30 dnech?

Ano

Ne

Pokud respondentka dala ne, pokračovala ve výzkumu od otázky č. 16.

8. Za standardní nápoj je považováno 300 ml piva, 200 ml vína nebo 40 ml (velký panák) silnější lihoviny. V kolika dnech z posledních 30 jste požili alespoň jeden takový nápoj?

0 dní

1–2 dny

3–5 dní

6–9 dní

10–19 dní

20+ dní

9. Za "opíjení" jsou považovány 4 nápoje na posezení u žen a 5 u mužů. Kolik dní v měsíci (průměrně) se Vás tato definice týká?

0 dní

1–2 dny

3–5 dní

6–9 dní

10–19 dní

20+ dní

10. Omezujete svůj kalorický příjem ve dnech, kdy víte, že budete konzumovat alkohol?

Ano

Ne

Někdy

Pokud respondentka dala ne, pokračovala ve výzkumu od otázky č. 13.

11. U každého z následujících výroků označte, jak často je Vaším důvodem k omezení kalorického příjmu ve dnech, kdy víte, že požijete alkohol:

Nikdy Zřídka Někdy Často Velmi často

Protože mě do toho nutí přátelé.

Protože mě přátelé povzbuzují v omezování celkového příjmu kalorií.

Protože si tak lépe užiju večírek.
Protože je tak společenské setkávání zábavnější.
Abych mohla pít a necítila se odstrčená.
Abych zapadla do skupiny, do níž chci patřit.
Abych se rychleji opila.
Protože svůj kalorický příjem omezují moji přátelé.
Abych byla oblíbená.
Protože mě to baví.
Abych neměla výčitky z kalorického obsahu svých nápojů.
Abych ušetřila kalorie a zbyl mi limit pro alkohol.
Abych se vypořádala s úzkostí z přijatých kalorií.
Abych nepřibrala na váze.

12. U následujících výroků označte, jak často určitým způsobem omezujete své stravování ve dnech, kdy víte, že požijete alkohol:

Nikdy Zřídka Někdy Často Velmi často

Celý den jím méně než obvykle.
Udržuju svůj kalorický příjem pod určitou úrovní.
Jím méně tuků.
Cvičím více než obvykle.
Vyhýbám se mastným a tučným jídlům.
Cvičím / spaluji kalorie.
Jím méně při každém chodu.
Cvičím přímo před pitím alkoholu.

13. U následujících výroků označte, jak často jsou pro vás pravdivé, když právě v den, kdy plánujete pít alkohol, své stravování neomezíte.

Nikdy Zřídka Někdy Často Velmi často

Piji méně, protože nechci přijímat zbytečně moc kalorií.
Nepiji, protože už mám limit kalorického příjmu vyčerpaný.
Předstírám, že v průběhu večera piji alkohol.
Vyhnu se pivu.
Nejdu ven.
Piji více, abych nemyslela na přijaté kalorie.
Piji více, abych se vyrovnala s úzkostí z nadbytku přijatých kalorií.
Piji více, abych se co nejvíce opila

Piji, abych zapadla.
Piji tvrdý alkohol, protože má méně kalorií.

14. U následujících výroků označte, jak často jsou pro vás pravdivé, když pijete venku.

Nikdy Zřídka Někdy Často Velmi často

Piji, dokud se necítím opravdu dobře.
Piji stejné množství jako moji přátelé.
Piji jen tvrdý alkohol.
Piji jen alkohol, který má nejméně kalorií a nejrychleji mě opije.
Piji jen lehké pivo.
Přestanu pít, jakmile dosáhnu svého kalorického limitu.
Vyvolám zvracení, abych mohla pít dál.
Vyzvracím se, abych mohla pít dál.
Vyzvracím se, abych měla méně kalorií.
Počítám si kalorie.

15. Označte, jak často jsou pro vás následující výroky pravdivé den po pití alkoholu.

Nikdy Zřídka Někdy Často Velmi často

Více cvičím, abych spálila kalorie navíc.
Jím méně, abych kompenzovala příjem předchozího dne.
Cvičím déle než obvykle.
Vyhradím si více času na cvičení.
Přemýšlím nad tím, kolik jsem předchozího dne přijala kalorií.
Cítím se provinile kvůli zbytečnému příjmu kalorií.
Za každou cenu cvičím.
Nemůžu se soustředit, protože mám hlad.
Užívám projímadlo nebo zvracím, abych se zbavila nadbytečných kalorií.
Vyvolám zvracení, abych se zbavila alkoholu.

16. Jak moc souhlasíte s následujícími výroky ve vztahu k požívání alkoholu na vysoké škole?

Silně nesouhlasím Nesouhlasím Spíše nesouhlasím Ani jedno / nevím Spíše souhlasím Souhlasím Silně souhlasím

Večírky s alkoholem jsou nedílnou součástí vysokoškolského života.
Opití je nutný vstupní rituál.

Byla bych radši, kdyby moje škola k této kultuře nepatřila.
Odměnou za každý náročný týden by měl být víkend plný silného pití.
Studenti, kteří nechodí pít, si dostatečně neužívají školní léta.
Na skutečném vysokoškolském večírku je alkohol nepostradatelný.
Alkohol není pro univerzitní život důležitý.
Návštěvy večírků s alkoholem jsou nejjednodušším způsobem nacházení přátel.
Pití alkoholu je společenská událost, jíž se účastní každý student.
Studium VŠ je ideální pro experimentování s alkoholem.
Dobrý univerzitní večírek by měl zahrnovat „chrasticí hry“.
Ztráta vědomí nebo alkoholová okna se na VŠ dají očekávat.
Možnost pít alkohol je na vysoké škole stejně důležitá jako akademická zkušenost.

17. Zaškrtněte svou nejpravdivější odpověď na každý z následujících výroků o stravovacích návycích.

Nikdy Zřídka Někdy Často Velmi často Pořád

Držím diety.

Jím dietní jídla.

Soustředím se na svou touhu zhubnout.

Mám ráda prázdný žaludek.

Když cvičím, přemýšlím nad spalováním kalorií.

Po jídle se cítím extrémně provinile.

Děším se nadváhy.

Přemýšlím nad tukem ve svém těle víc než nad jinými věcmi.

Uvědomuji si obsah kalorií v jídlech, která jím.

Po jídle mám nutkání zvracet.

Po jídle jsem už zvracela a nebylo to z otravy.

Měla jsem záchvaty přejídání včetně pocitu, že nedokážu přestat.

Věnuji jídlu příliš mnoho času a myšlenek.

Příliš se zabývám jídlem.

Zdá se mi, že jídlo řídí můj život.

Ráda zkouším nová tučná jídla.

Vyhýbám se jídlům, jež obsahují cukr.

Obzvláště se vyhýbám jídlům s vysokým obsahem sacharidů.

Krájím si jídlo na malé kousky.

Běžnou porci sním pomaleji než ostatní.

Ostatní lidé si myslí, že jsem příliš štíhlá.

Mám pocit, že by ostatní byli raději, kdybych jedla více.

Mám pocit, že mě ostatní nutí jíst.

Když mám hlad, vyhýbám se jídlu.
Ohledně jídla se dokážu kontrolovat.
Když sním něco sladkého, necítím se dobře.