

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



Markéta Kubíková

Problematika Ortorexie u studentů na gymnáziích

Problems of Ortorexia nervosa present at high school students

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: PhDr. Lenka Čablová

Praha
2013

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 Meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 17. 4. 2013

.....

Markéta Kubíková

Identifikační záznam:

Markéta Kubíková. *Problematika Ortorexie u studentů na gymnáziích. [Problems of Ortorexia nervosa present at high school students]*. Praha, 2013. 42 s. Bakalářská práce.

Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika Adiktologie. Vedoucí závěrečné práce PhDr. Lenka Čablová

Abstrakt:

Jako téma bakalářské práce jsem si vybrala nově diskutované téma „Problematika Ortorexie u studentů na gymnáziích“. Teoretická část se zaměřuje na vysvětlení charakteristiky Ortorexie nervosa a také na vysvětlení pojmů jako je mentální anorexie, mentální bulimie a obsedantně–kompulzivní porucha. Dále na jejich specifika, diagnostiku a léčbu. Praktická část se věnuje zhodnocení dotazníků, které jsem podala na gymnázium v Brně a ve Vyškově. Cílem této práce bylo podat poznatky o příčinách vzniku ortorexie, důsledcích pro organismus, zařazení do MKN-10 a o možnostech léčby, jejichž základem je kognitivně-behaviorální přístup.

Klíčová slova: ortorexia nervosa, mentální anorexie, mentální bulimie, obsedantně-kompulzivní porucha, dotazník.

Abstract:

As a theme of this bachelor's work I choose a new discussed topic „Problem of Orthorexia at gymnasium's student“. Theoretical part focuses on explanation of characteristics of Orthorexia nervosa and explanaton of mental anorexia, mental bulimia and obsessive-compulsive disorder. Additionally to this, on its specifications, diagnostics and medical treatment. Practical part focuses on evalution of a questionnaire, which I collected at gymnasium in Brno and in Vyškov. The goal of this thesis is to submit knowledge of root cause of orthorexia, impact for humany body, categorization into MKN-10 and about medical treatment possibilities, which are based in cognitive-behavioral approach.

Keywords: orthorexia nervosa, anorexia nervosa, bulimia nervosa, obsseive-compulsive disorder, questionnaire.

Poděkování:

Na tomto místě bych chtěla poděkovat vedoucí práce PhDr. Lence Čablové za cenné rady, za čas, který mi věnovala a přístup, se kterým přistupovala při vedení mé práce.

OBSAH

| | |
|--|----|
| Úvod | 6 |
| 1. Vývoj pojmu ortorexia nervosa. | 7 |
| 1.1 Definice ortorexie nervosa | 7 |
| 1.2. Diagnostická kritéria..... | 9 |
| 1.3. Srovnání ortorexie nervosa s obsedantně kompulzivní poruchou..... | 12 |
| 1.4. Srovnání ortorexie nervosa s mentální anorexií a mentální bulimií. | 13 |
| 1.5. Závislost na psychoaktivních látkách | 17 |
| 1.6. Výzkumy Ortorexia nervosa | 19 |
| 2. Výzkumná část | 23 |
| 2.1. Cíl práce | 23 |
| 2.2. Výzkumné hypotézy | 23 |
| 2.3. Metodika výzkumu | 23 |
| 2.4. Výzkumný soubor..... | 26 |
| 2.5. Výsledky šetření | 28 |
| 3. Diskuze a závěr | 34 |
| 4. Seznam literatury..... | 35 |
| 5. Seznam zkratk | 38 |
| 6. Přílohy..... | 39 |

Úvod

„ Zdrženlivost v jídle je buď láska k vlastnímu zdraví, nebo neschopnost pořádně se najíst.“ Francois de la Rochefoucauld

Označení Ortorexie nervosa použil poprvé americký lékař Steve Bratman ve své knize Health Food Junkie (2000), kde popsal své zkušenosti s jídlem a stravováním. Původně sám založil komunitu lidí, kteří se zabývali zdravou výživou, ovšem postupem času zjistil, že přehnané zabývání se zdravým jídlem vede k extrémním změnám ve stravovacích návycích a nakonec komunitu rozpustil. Ortorexie je termín, který doslova znamená fixaci na zdravém jídle, začíná jako pokus se zdravě stravovat, zaměřený na kvalitu potravin.

Ortorexie nervosa není rozpoznána jako duševní porucha americkou psychiatrickou asociací, ale je plánovaná zahrnout do DSM – V v roce 2013. Ve studiích Donini at al. (2001) definoval Ortorexiu nervosa a navrhnul diagnostická kritéria. Často se objevují příznaky obsedantně–kompulzivní poruchy a mají přehnanou obavu zdravých stravovacích návyků. Obdobně jako anorexie, mohou tyto obsedantně–kompulzivní příznaky důsledkem hladovění spíše než příčinou nemoci. Diagnostický dotazník byl vyvinut pro lidi trpící ortorexií, podobně jako dotazníky pro jiné poruchy příjmu potravy.

Příznaky ortorexie nervosy mohou zahrnovat posedlost zdravou výživou a vyhublostí. Posedlost může pocházet z různých zdrojů, nejčastěji jsou to rodinné návyky, společenské novinky, nemoci jako Astma bronchiale, či Atopický ekzém, alergie, které pak vedou k eliminaci některých potravin nebo k úplnému vyřazení z jejich stravy.

1. Vývoj pojmu ortorexia nervosa

1.1 Definice ortorexie nervosa

Termín ortorexia nervosa poprvé použil v roce 1997 americký lékař Steve Bratman, je složen z řeckých slov „orthos“ což znamená „správný, pravý“ a „orexis“ což znamená „chuť k jídlu.“ Bratman popisuje ortorexii jako nezdravou fixaci s tím, co jedinec považuje za zdravé stravování, cílem je vyhnout se některým nezdravým potravinám, jako jsou například ty, co obsahují tuky, konzervační látky, umělé potravinářské přísady, živočišné produkty, nebo jiné přísady, které považuje za nezdravé. V souvislosti s odkazem názvu na anorexia nervosa, považuje Bratman orthorexii za poruchu příjmu potravy, která má zároveň znaky obsedantně – kompulzivní poruchy a závislosti. Co ortorektik považuje za zdravé a nezdravé, závisí převážně na tom, z jakého výživového směru daný člověk vychází. Většinou je to makrobiotika, vegetariánství, fruktariánství, konzumace čistě syrové stravy (tzv. Roow-food), dieta s velmi nízkým obsahem tuku, dieta podle krevních skupin. Některé zásady těchto způsobů stravování, které stojí v pozadí nemoci, mohou být i zdraví prospěšné. Nebezpečná je však právě fanatická posedlost, která nakonec může nemoc způsobit (Bratman, 2000).

Není lehké najít srovnání s ortorexii, když se lidé rozhodnou počítat kalorie s cílem bojovat proti obezitě a regulují svalový tonus, může být toto rozhodnutí zdravotní. Stejně je to s ortorexií. Když jídlo začne ovlivňovat rozhodování, když se člověk stane soudcem všeho, tráví mnoho hodin přemýšlením o jídle, plánováním. Ortorexie je psychické nebezpečí, které vyplývá z emoční nestability. Bohužel si člověk vnitřně myslí, že je vše v pořádku. Zvyky ortorektiků jsou mnohdy jednoznačné: kontrolují stále všechny potraviny a tekutiny, které konzumují, zaměřují se na plánování jídel. Pociťují vinu nad jakoukoli odchylkou od dietního plánu a dokonce i samotné zaujetí nad potravinami připomíná obsedantně-kompulzivní chorobu (Bratman, 2000).

Jedním z hlavních rysů je pocit, že jsou lepší než ostatní, kvůli své perfektní stravě. Ortorexie představuje všechny charakteristiky závislosti, především posedlost jídlem. Je to jediný způsob, jak se cítit šťastně. Zúžení zájmu je další charakteristikou. Ortorexie znamená popření, neboť u ortorexie je nemoc ctnost (Bratman, 2000).

Vymezení závislosti

Donini (2004) považuje ortorexii za poruchu osobnosti a chování, mezi které patří návykové a impulzivní poruchy. Bratman (2000) udává, že závislost na jídle je základním prvkem ortorexie. Posedlost pro zdravé potraviny by mohly pocházet z různých zdrojů, jako jsou rodinné návyky, společenské trendy, ekonomické problémy, nedávné nemoci, které pak mohou vést k eliminaci potravin z jejich stravy.

Dle současné definice MKN-10 se syndromem závislosti rozumí skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Definitivní diagnóza závislosti by se měla stanovit tehdy, jestliže během posledního roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů :

- silná touha nebo pocit puzení užívat látku,
- potíže v kontrole užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo množství látky,
- tělesný odvykací stav, jestliže je látka užívána s úmyslem zmenšit jeho příznaky, což je zřejmé z typického odvykacího syndromu pro tu kterou látku nebo z užívání stejné látky se záměrem zmenšit nebo odstranit odvykací příznaky,
- průkaz tolerance jako vyžadování vyšších dávek látek, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaného nižšími dávkami,
- postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky, nebo zotavení se z jejího účinku,
- pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků.

Ortorektiky zajímá plánování jídel na další den, jsou zaujati myšlenkami a představami zdravého stravování navzdory snižující se kvalitě osobního a společenského života, jsou samotářští. Jsou kritičtí k ostatním, co se nestravují jako oni, jsou posedlí zdravou výživou. Hlavním symptomem závislosti je touha brát psychoaktivní látky, alkohol nebo tabák. Pojem psychická závislost znamená syndromový komplex s cravingem, k němuž patří narušená kontrola užívání, zaujetí užíváním a jeho pokračování navzdory následkům. Fyzická závislost se definuje růstem tolerance a průkazem odvykacího stavu, jehož součástí je i fyzický craving (Kalina et al., 2008). Z hlediska diagnostických kritérií

závislosti odpovídá ortorexie 5 škálám ze šesti. Z pohledu závislosti se mohou lišit v tom, že nedochází ke cravingu, což je silné touha či pocit puzení užívat látku, je provázen objektivními (oslabení paměti, prodlužuje se reakční čas, vyšší salivace u závislých na alkoholu) a subjektivními příznaky (vzpomínky na pocity pod vlivem návykové látky, svírání na hrudi, bušení srdce, svírání žaludku, sucho v ústech, třesy, pocení, silná touha po návykové látce).

1.2. Diagnostická kritéria

Přestože ortorexie nervosa není rozpoznána jako duševní porucha americkou psychiatrickou asociací, a není uvedena v DSM-IV. Rochman (2010) uvádí, že je plánovaná, aby byla zahrnutá do DSM-V v průběhu května 2013.

Jsou pouze dvě odborně posouzená studia. Ve studiích, Donini et al.(2001) definoval ortorexiu nervosa a navrhnul několik diagnostických kritérií. Často se zobrazují příznaky odpovídající obsedantně-kompulzivní poruše a mají přehnanou obavu o své zdravé stravovací návyky. Stejně jako anorexie, však mohou být tyto obsedantně kompulzivní příznaky důsledkem hladovění spíše než příčina nemoci. Diagnostický dotazník byl vyvinut pro lidi trpící ortorexií, podobně jako dotazníky pro jiné poruchy příjmu potravy. Bratman (2000) navrhuje test, který se skládá z přímých otázek. Bratman také zvažoval zařadit některé příznaky související s obsedantními rituály, jako příprava zeleniny určitým způsobem, používání pouze keramiky, dřeva na přípravu stravy.

A, tráví velké množství času přemýšlením o nakupování a přípravě zdravého jídla

B, lepší pocit ze zdravého stravování

C, po dodržování zdravé stravy pocity omezení

D, pocit viny při nedodržování diety

E, soustředění jíst správně na úkor ostatních osobních hodnot a vztahů s jinými lidmi

Typy ortorektiků

Bratman (2000) popisuje různé případy ze své praxe, kteří směřují k různým stravovacím návykům.

- Potravinové alergie: Mnoho lidí začne pomocí alternativních stravovacích postupů řešit zdravotní problémy. Alergie na různé potraviny (pšenici, kukuřici, sóju) mohou způsobovat únavu, zažívací problémy a astma. Vyřazení alergenu může mít silný léčebný postup, tím, že víme, na co jsme alergičtí a tuto potravinu vyřadíme ze svého jídelníčku. Máme šanci zlepšit nemoci jako je astma, migrény, revmatoidní artritidy. Některé potraviny jsou často více alergenní než ostatní. Nejčastější alergen je mléko a jeho výrobky, je známo, že mnoho pediatrů u dětí s astmatem doporučuje vyřadit mléčné výrobky z jídelníčku. Jedinec nakonec ze svého jídelníčku vyřadí všechny potraviny, které mohou způsobovat alergii, tímto si vytváří intoleranci (Bratman, 2000).
- Syrová strava: Po potravinových alergiích je nejběžnější alternativní cesta k teorii syrových potravin. Jeho původ sahá od počátku 18 století. Konzumace potravin se stává s konzumace syrového ovoce, zeleniny, dokonce i syrové obilí. Podstatou syrových potravin je intuitivní, duchovní koncept, který je sdílen mnoha kulturami, jsou synonymem pro životní sílu. Teorie syrových potravin ztělesňuje nostalgickou touhu vrátit se do přirozeného státu. Jethro Kloss (1981) ve své publikaci Zpátky do ráje zachycuje autentický tón prvních zastánců přírodní medicíny. Pro Klose je hledání přirozeného života touhou objevit nevinnost začátku. Kloss (1981) udává, že špatné stravovací návyky a používání rafinovaných a znehodnocených potravin jsou z velké části odpovědné za nemoci. Hlavním nepřítelem je maso, které je nepřirozené. Ryby, drůbež a mořské plody obsahují dle Klose velké množství choroboplodných zárodků, bakterie infikují střeva, což způsobuje zánět tlustého střeva a mnoho dalších nemocí. V syrové stravě je náboženská touha k pokání, k očištění sama sebe, vrátit se do stavu nevinnosti, která je převezená do stravy. Fruktariánství je konzumace pouze ovoce a zeleniny, fruktariáni udávají, že se cítí velmi lehce. Bretariáni tvrdí, že žijí pouze ze vzduchu a je spojené s náboženskými praktikami (Bratman, 2000).
- Makrobiotika: Vyplývá z filosofie, jejíž ideály inklinují k zdokonalování civilizovaného života spíše než k jejímu zamítnutí. V asijských kulturách Číny,

Koreje a Japonska je cílem většiny forem spirituality najít způsob, jak žít milostivě na světě, ne ho odmítnout. V této dietní filozofické orientaci vede k dosažení rovnováhy. Podle lékařských teorií, které vznikly ve starověké Číně má každá potravina svou kvalitu a energii, všechny potraviny musí být v rovnováze.

- Zónová strava: Naznačuje, že bychom neměli jíst prakticky žádné sacharidy. Barry Sears zakladatel této teorie tvrdí, že jíst v zóně pomůže nejen zhubnout, ale prodlouží život, předcházet nemocem, zlepšit sexuální vitality, zlepšení pleti, zvýšení mozkové funkce a poskytují v zásadě každé hojení (Bratman, 2000).
- Dieta podle krevních skupin: Velmi populární je kniha „Správné jídlo pro Vaši krevní skupinu“ podle krevních skupin, kdy jedinci s krevní skupinou O by měli jíst maso, krevní skupina A se vyvinula na počátku zemědělství, takže lidé s touto krevní skupinou by měli jíst hodně zrn. Skupina B a AB mají zvláštní výživové doporučení (Bratman, 2000).
- Kvasinky a další jednoduché řešení: Někteří lidé mají v sobě příliš mnoho kvasinek a následně se na ně vyvine alergie. Candida albicans můžou způsobovat opruzeniny, vaginální infekce. Není možné ji eliminovat z těla, protože tam přirozené patří, ale některé vlivy mohou způsobit Candida albicans které se množí mimo kontrolu, což způsobuje nepříjemné, ale jen zřídka nebezpečné příznaky. Doporučují se užívat ATB a Lactobacillus acidophilus. Candida je příklad jednoduchého řešení, jednotící koncept, který má řešit všechny životní problémy. Syrové potraviny, další tvrzení, že vařené jídlo je zdrojem všech světových problémů. Podobně, makrobiotika připisuje všechny světové problémy nedostatečné rovnováhy jinu a jangu ve stravě. Ortorexie je další jednoduché řešení. To nás osvobozuje od přemýšlení o celé řadě otázek, které by mohly vadit v našich životech a obrací naši pozornost k pouze jedním směrem: to, co vchází do úst. Jediným problémem je to, že je to lež (Bratman, 2000).
- Užívání vitaminových doplňků: Ačkoliv se u ortorexie většinou jedná o extrémní diety, může se stát, že se budeme fixovat na vitaminové tablety eventuálně jiné potravinové doplňky. Výživové doplňky a bylinné léčby můžou nabídnout mnoho zdravotních výhod. Například vitamín E může snížit riziko srdečních onemocnění a některých druhů rakoviny, dále doplnění vápníku a vitamínu C, pokud chybí ve stravě pomohou. Někteří lidé žijí pouze na vitaminových tabletách, potřebují velké množství, tvoří si denní plán a mají dlouhý seznam doplňků, aby doplnili

vitaminové tablety místo stravy. Pro některé z nás je jednodušší věřit, že pilulky mohou bojovat s nemocí a upevni zdraví, než konzumace ovoce a zeleniny. (Bratman, 2000).

Důsledky ortorexie

Fyzické důsledky – špatná výživa, anémie, hyper a hypovitaminóza, nedostatek stopových prvků, hypertenze a osteoporóza

Psychologické důsledky – deprese, úzkost a hypochondrie, averze k různým druhům potravin.

Další rizika ortorexie nervosa jsou: nepravidelná nebo chybějící menstruace, dehydratace, nepravidelná srdeční činnost, vypadávání vlasů, nadýmání a bolesti žaludku, zubní kazy, srdeční zástava a smrt.

1.3. Srovnání ortorexie nervosa s obsedantně kompulzivní poruchou

Vztah mezi ortorexií a obsedantně kompulzivní poruchou je nejasný, ale je možné, že ortorexie může být podtyp OCD. Ortorektici tráví mnoho času přemýšlením o jídle, podrobně sestavují svůj jídelníček, mají nutkání jíst zdravě a připravovat se předem (sestavování jídelníčku na týden dopředu), není jisté zda jejich obsedantní myšlenky způsobují úzkosti, nebo že jejich kompulzivní chování je zaměřené na snížení strachu nebo prevencí katastrofické události, které jsou nutné v určitém okamžiku splňující kritéria pro „nutkání“ v OCD (Graham, 2003).

Je možné, že jsou ortorektici sužováni myšlenkami, např. „když nejíte správně, pak můžete dostat rakovinu“, které jsou následovány pocity tísně, které jsou sníženy tím, že jí správně. Je však také možné, že si uvědomují, když se budou správně stravovat, tak budou předcházet mnoha nemocem, a tak tráví veškerý svůj čas a energii zaměřenou k tomuto cíli a cítí se motivováni k útěku od pocitu tísně.

Podle Bratmana a Knihgha (2000) jsou ortorektici hrdí na své extrémní chování a snaží se často přesvědčit ostatní, aby jednali stejným způsobem. Podobnost mezi ortorexií a OCD může mít společné prvky, jako je perfekcionismus, podobné neurochemické děje.

Obsedantně kompulzivní porucha – OCD

Je v 10. revizi Mezinárodní statistické klasifikace zařazena pod záhlavím neurotických, stresových a somatoformních poruch, je velmi častou psychickou poruchou, která se projevuje pocitem nutkání provést určitý čin nebo zabývat se určitou myšlenkou. Pro OCD je typické, že se člověk zabývá nepříjemnými myšlenkami a kvůli nim trpí silnou úzkostí, napětím či nepohodou. Můžou to být nejrůznější obavy, že se něco přihodí nebo něco zanedbá a následky mohou být katastrofické. Mnoho nemocných si opakovaně myjí ruce, vracejí se domů zkontrolovat zda nezapomněli vypnout plyn, zamknout, mají neustále vtíravé myšlenky, které se jim vnucují, a nejde se jich zbavit.

Léčba je kognitivně behaviorální a léčba serotonergními anidepresivy.

1.4. Srovnání ortorexie nervosa s mentální anorexií a mentální bulimii

Bratman (2000) považuje ortorexií nervosa za poruchu příjmu potravy. Nejčastěji je přirovnávána k mentální anorexií, má však také podobnost mentální bulimii.

Poruchy příjmu potravy – mentální anorexie a mentální bulimie patří mezi nejčastější onemocnění mladých žen. Jsou považovány za nemoc středních a vyšších sociálních vrstev. Poruchami příjmu potravy jsou ohroženy ženy bez rozdílu společenského postavení, rasy i věku. Na počátku problému může být držení redukční diety. Většina studií prokázala, že redukční diety zvyšují riziko vzniku mentální anorexie či bulimie asi osmkrát (Krch, 1998). V České republice drží redukční dietu asi 20% šestnáctiletých dívek a kolem 60% dívek se o ni už pokoušelo.

Nejčastější příčinou vzniku poruchy jsou souvislosti s nějakou životní událostí, nejčastěji nářky týkající se vzhledu, životní změny nebo problémy v rodině. Poruchy příjmu potravy se vyskytují až pětkrát častěji v rodinách anorektiček. Do souvislosti se

vznikem a rozvojem jsou dávány i poruchy nálady a emocionální problémy. Depresivní a úzkostné příznaky se vyskytují u mentální bulimie (Krch, 1998).

Mentální anorexie

Charakterizovaná úmyslným snížením tělesné hmotnosti.

- tělesná váha je dobrovolně udržována na podnormálu
- intenzivní strach z přibývání na váze a z tloustnutí
- amenorrhoea u žen

Diagnostická kritéria dle MKN-10 (F50.0)

- Tělesná hmotnost je udržována nejméně 15% pod předpokládanou úrovní (ať už byla snižena nebo nebyla nikdy dosažena), nebo BMI 17,5 (kg/m²) a nižší. Prepubertální pacienti nesplňují během růstu očekávaný hmotnostní přírůstek.
- Snížení hmotnosti si způsobuje nemocný sám tím, že se vyhýbá jídlům, „po kterých se tloustne“, a že užívá jeden nebo několik z následujících prostředků: vyprovokované zvracení, užívání laxativ, anorektik a diuretik, nadměrné cvičení.
- Přetrvává strach z tloušťky a zkreslená představa o vlastním těle jako neodbytná, vtíravá obava z dalšího tloustnutí, která vede jednotlivce ke stanovení si velmi nízkého hmotnostního prahu (optimální nebo cílové váhy).
- Rozsáhlá endokrinní porucha, zahrnující hypotalamo-hypofyzo-gonádovou osu, se projevuje u žen jako amenorea, u mužů jako ztráta sexuálního zájmu a potence. Zřejmou výjimkou je přetrvávání děložního krvácení u anorektických žen, které užívají náhradní hormonální léčbu, nejčastěji ve formě antikoncepčních tabletek. Mohou se také vyskytovat zvýšené hladiny růstového hormonu, zvýšené hladiny kortizonu, změny periferního metabolismu thyreoidního hormonu a odchylky ve vylučování inzulínu.
- Jestliže je začátek onemocnění před pubertou, jsou pubertální projevy opožděny nebo dokonce zastaveny (zastavuje se růst, dívkám se nevyvíjejí prsa a dochází u nich k primární amenoree, u hochů zůstávají dětské genitálie). Po uzdravení dochází často k normálnímu dokončení puberty, avšak menarché je opožděná.

Diagnostická kritéria podle DSM-IV

- Odmítání udržet si vyšší tělesnou hmotnost než je minimální úroveň pro danou věkovou skupinu a výšku (například hubnutí, jehož důsledkem je pokles a udržení hmotnosti o 15% pod odpovídající normou), nebo nedostatečný přírůstek hmotnosti během růstu (jehož důsledkem je tělesná hmotnost o 15% nižší, než je norma odpovídající výšce a věku).
- Intenzivní obava (strach) z přibírání na váze a ze ztloustnutí, a to i v případě, že jsou pacientky velmi vyhublé.
- Narušené vnímání vlastního těla (tělesné hmotnosti a tvaru postavy), nepřiměřený vliv tvaru postavy a hmotnosti na vlastní sebehodnocení, nebo popírání závažnosti vlastní nízké hmotnosti.
- U žen absence minimálně tří za sebou následujících menstruačních cyklů, pokud není další důvod vynechání menstruace (primární nebo sekundární amenorea). (Za amenoreu je považován stav, kdy žena má menstruaci pouze při podávání hormonů, například estrogeneru).

Specifické typy:

Nebulimický (restriktivní) typ – během epizody mentální anorexie u pacienta nedochází k opakovaným záchvatům přejídání.

Bulimický (purgativní) typ – během epizody mentální anorexie u pacienta dochází k opakovaným záchvatům přejídání.

Cílem léčby je navodit normální hmotnost, reprodukční funkce, normální tělesný růst a sexuální vývoj u dětí a adolescentů a zastavit demineralizaci kostí. Ideální nárůst hmotnosti za týden je 1,0-1,5 kg u hospitalizovaných a 0,5 kg u pacientů docházejících ambulantně. Léčba psychofarmaky je často kombinována s farmakoterapií somatických následků diet, hladovění a zvracení především substitucí minerálů, hormonální substitucí a terapií osteoporózy (Papežová, 1999).

Stejně jako u anorexie, dochází při ortorexii ke ztrátě tělesné hmotnosti, při ortorexii je ale důležitá kvalita a složení potravin. Ortorektici nemají strach z tloustnutí jako je tomu u anorektiků, ale snahu o očištění těla zdravými potravinami.

Catalina (2005) udává shodu anorexie s ortorexií: „jedincův život se točí pouze kolem jídla, toto obsedantní zaujetí stravou vede k sociální izolaci, dieta tvoří základ jedincovy identity, osobnostní rysy ortorektiků bývají shodné s vlastnostmi restriktivní anorexie, jako je perfekcionismus, rigidita. U všech těchto poruch je společným základem osamělost.

Mentální bulimie

Porucha charakterizována zejména opakujícími se záchvaty přejídání, spojenými s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti (Krch, 1999).

Diagnostická kritéria podle MKN-10 (F 50.2)

- Opakované epizody přejídání (nejméně dvakrát po dobu 3 měsíců), při nichž je v krátkém čase konzumováno velké množství jídla.
- Neustále zabývání se jídlem a silná, neodolatelná touha po jídle (žádostivost).
- Snaha potlačit „výkrmný“ účinek jídla jedním nebo více z následujících způsobů: vyprovokované zvracení, zneužívání projímadel, střídavá období hladovění, užívání léků typu anorektik, tyreoidálních preparátů nebo diuretik, diabetici se mohou snažit vynechávat léčbu inzulínem.
- Pocit přílišné tloušťky spojený s neodbytnou obavou z tloustnutí (pacient usiluje o nižší než premorbidní a často přiměřenou hmotnost). Často (ne vždy) je v anamnéze epizoda anorexie nebo intenzivnějšího omezování v jídle.

Diagnostická kritéria podle DSM-IV

- Opakující se epizody záchvatovitého přejídání. Epizodu záchvatovitého přejídání (binge eating) charakterizuje:
 1. Konzumace mnohem většího jídla během určitého souvislého časového úseku (například během dvou hodin), než by většina lidí dokázala sníst ve stejné době.
 2. Pocit ztráty kontroly nad jídlem během této epizody (například pocit, že nemohu přestat nebo rozhodovat o tom, co a v jakém množství jím).

- Opakované nepřiměřené kompenzační chování, jehož cílem je zabránit zvýšení hmotnosti, například vyvolané zvracení, zneužívání laxativ, diuretik nebo jiných léků, hladovky, cvičení v nadměrné míře.
- Minimálně dvě epizody záchvatovitého přejídání týdně po dobu alespoň tří měsíců.
- Sebehodnocení nepřiměřeně závislé na tvaru postavy a tělesné hmotnosti.
- Porucha se nevyskytuje jen výhradně během epizod mentální anorexie.

Specifické typy:

Purgativní typ – pravidelně zvrací, zneužívá laxativa nebo diuretika.

Nepurgativní typ – přísné diety, hladovky nebo intenzivní fyzické cvičení, ne však pravidelné purgativní metody.

Při léčbě je nutné redukovat přejídání a zvracení, zmírnit patologické zaujetí dietami a vlastním zevnějškem a dosáhnout fyziologické a emoční stability (Papežová, 1999).

Bratman (2000) nachází podobnost ortorexie s mentální bulimií, důvodem jsou cyklické střídání dodržování diet a dietních přestupků, ortorektik má pocity viny či pošpinění svého těla, pokud se odkloní od diety.

1.5. Závislost na psychoaktivních látkách

Krch (1999) udává: „ Impulzivita, oslabení kontroly, nutkavost nebo nezdrženlivost jsou psychické charakteristiky vyskytující se stejně často v souvislosti s abúzem psychoaktivních látek, jako v souvislosti s některými poruchami příjmu potravy, které jsou pak srovnávány s jinými formami závislosti. V klinické praxi se setkáváme především s kombinací mentální bulimie a abúzu alkoholu.“

Swift (1995) poukazuje na to, že poruchy příjmu potravy a závislost na psychoaktivních látkách mohou být manifestací společné predispozice k impulzivitě, nebo že regulace požívání alkoholu je řízená stejnými mechanismy jako příjem potravy. Podle Holdernessové et al. (1994) se konzumace alkoholu u bulimiček pohybovala v rozmezí od 10,7 – 88,9%. Závislost na alkoholu byla uváděna u 2,9 – 48,6% sledovaných bulimiček.

Nižší konzumace alkoholu a počet závislých je uváděn u restriktivní formy mentální anorexie, nikoli však u anorektiček s bulimickými epizodami.

Hall et al. (1989) zjistili při příjmu do hospitalizace závislost na alkoholu nebo jiných psychoaktivních látkách 3 % sledovaných restriktérek, u 7 % bulimiček a u 12 % anorektiček – bulimiček. Významnou roli hraje kromě rodinného prostředí a premorbidní osobnosti energetická hodnota alkoholu a v průměru nižší věk pacientek s restriktivní formou anorexie. V průměru asi 20 % bulimiček užívalo jiné psychoaktivní látky než alkohol, procento bulimiček uvádí úzus drog nebo drogovou závislost v současnosti, nebo v minulosti byli léčeny (Krch, 1999).

Bulik at al. (1992) sledovali 42 hospitalizovaných bulimiček a 29 anorektiček zjistili, že 15 % anorektiček a 45 % bulimiček užívalo marihuanu a 7 % bulimiček měly zkušenost s opiáty a 21,4 % s kokainem. Bulimičky častěji užívaly amfetaminy, alkohol a kouřily. Při dlouhodobém sledování je závislost pokládána na negativní aspekt. Lacey (1991) dlouhodobě sledoval 250 bulimiček a 89 bulimiček s abúzem alkoholu a zjistil výraznější zlepšení v průběhu léčby u bulimie, kde nebyla prokázána závislost na alkoholu.

1.6. Výzkumy Ortorexia nervosa

Ortorexie nervosa má málo výzkumných článků, tento pojem popsal Bratman teprve před třinácti lety. Nyní existuje pouze jediná monografie (Bratman, 2000). Zatím je devět původních vědeckých článků. Čtyři práce vznikly v Turecku, dvě v Itálii, jedna v Rakousku, jedna ve Švédsku a jedna v Německu.

Existující studie byly provedeny v různých lokalitách, takže je nemožné zevšeobecnit výsledky. K dispozici také nejsou klasifikační teorie pro identifikaci Ortorexie nervosa. Navzdory omezením, práce přinášejí nové informace, které mohou být relevantní jako východisko pro pochopení ortorexie.

Turecko

V roce 2007 byla provedena prevalence ortorexie na lékařské fakultě v Ankaře v Turecku. Byla zaměřena na identifikaci vysoce citlivého chování na zdravou výživu mezi lékaři. Diagnózy byly založeny na přítomnosti s obsedantně – kompulzivní poruchou osobnosti, výzkum zahrnoval 318 lékařů. Dotazník byl navržen k zjištění denního nutričního příjmu, jejich pohybové aktivity, kritéria pro výběr potravin s cílem ovlivňovat jejich životní styl a správnou výživu. Dotazník se skládal z 39 otázek. Bagci Bosi et al.(2007) zjistili, že v 53 % se jedná o muže, jenž jsou v 70 % svobodní, v průměrném věku 27 let. Dále 61,3 % z výzkumné skupiny pracovali na interním oddělení, přičemž 65,7 % ve skupině spadá pod normální BMI. 79,2 % respondentů si jídlo nakupuje samo a 33,7 % uvádí, že kladou důraz na zdraví při nákupu potravin a pouze 15,7 % uvedlo, že si kontrolují datum ukončení platnosti potravin. 26,7 % lékařů nesnídá. 20,1 % mužů lékařů a 38,9% žen uvedli, že zdravotní programy ovlivňují jejich výběr potravin.“ Celých 45,5 % respondentů vykazovalo při testu známky ortorexie, potraviny si nakupovali sami, do jídelníčku zařadili na první místo ovoce a zeleninu, starali se o složení a kvalitu potravin. Bylo zjištěno, že k ortorexii více inklinují ženy.

Studie v roce 2007 provedena Arusoglu et al.(2007) v Turecku byla zaměřená na patologickou fixaci na zdravou stravu, kde byl vyvinut speciální dotazník v turecké verzi Orto-11, který měl prozkoumat vztah mezi ortorexii a obsedantně kompulzivními příznaky.

Do studie bylo zahrnuto 994 účastníků ve věku od 19 – 66 let. Studijní vzorek se skládal z dobrovolníků z akademické Hacettepe University a z jejich administrativních pracovníků. Z účastníků bylo 578 žen a 416 mužů, věkové rozpětí bylo v průměru: 35,57. Studie naznačila vztah mezi ortorexií a obsedantně – kompulzivní poruchou, přičemž ženy vykazovaly více příznaků než muži. V závěru Orto – 11 byly zjištěny statisticky významné výsledky.

Dále byla provedena prevalence ortorexie mezi tureckými umělci v roce 2009. Cílem studie bylo zjistit prevalenci ortorexie mezi umělci Státní opery a baletu a Symfonického orchestru Bilkentovy university. Studovaná populace tvořila 39 mužů a 55 žen, s průměrným věkem 33 let. Byl použit Orto – 15. Nejvyšší výskyt ortorexie nervosa byl zaznamenán u operních pěvců – 81,8 %, u baletních tanečnic 32,1 % a u symfonických hráčů 36,4 %. Rozdíl mezi nimi je statisticky významný. Významná skupina má vyšší socio-ekonomickou a vzdělávací úroveň než většina široké veřejnosti v Turecku. Navíc, umělec v Turecku je vzorem pro širokou veřejnost.

Itálie

Donini et al. (2001) se zaměřili na návrh diagnostiky a pokus změřit rozsah ortorexie. Diagnostiku ortorexie pomocí Orto – 15 založili na přítomnosti obsedantně – kompulzivních poruch. Bylo vybráno 404 osob, z toho 58,1 % žen a 41,9 % mužů. 15,8 % respondentů mělo základní stravovací návyky, ale vykazovali pozměněnou osobnost, 17,1 % byli zaměřeni pouze na zdravou stravu a 60,2 % se stravovalo správnou stravou bez patologické poruchy.

Další studie byla provedena na Ústavu potravinářských věd, University of Rome „La Sapienza“ v režii prof. Carlo Cannella v období od února do srpna 2001. Bylo zařazeno 525 osob. Dotazníky byly podávány do ústavu biochemie, na ministerstvo italského letectva, studentům z vědecké školy, pacientům pediatrického oddělení v Římě, atd. V této studii definovali 4 skupiny předmětů na základě jejich potravního chování. V závěru test navrhli pro diagnostiku ortorexie, která ukázala dobrou predikční schopnost na prahovou hodnotu i na ověření kontrolního vzorku.

Rakousko

Kinzl et al. (2006) provedli studii u nutričních terapeutek, která spočívala ve zjištění prevalence ortorexie a psychologických faktorů, které by mohly vést k rozvoji onemocnění. Výzkumný vzorek tvořilo 283 žen, průměrný věk byl 36,2 let, věkové rozmezí se pohybovalo od 22-66 let. Dotazník tvořily otázky zjišťující socio-demografické podmínky a zdravotní péči. Bylo zjištěno, že 9,3% terapeutek trpělo podváhou, 72,6 % mělo hmotnost odpovídající BMI, 17,1 % měly nadváhu, 3,5 % mentální bulimii a 1,1 % syndrom záchvatovitého přejídání. Ortorexie byla diagnostikována u 12,8 % terapeutek. Výsledky do určité míry poukazují, že ortorektičky v minulosti trpěly nějakou poruchou příjmu potravy častěji než „zdravé“ kolegyně. V diskuzi autoři uvádějí, že ortorexie nervosa se může projevit u nutričních terapeutek.

Brazílie

Alvarenga et al. (2012) se zaměřili na vyhodnocení ortorexie u brazilských žen držících diety, které testovali pomocí portugalské verze Orto – 15. Celkem 392 žen držících diety odpovídaly v on-line testu. Odpovědi byly analyzovány v souvislosti s ortorexií, bylo zjištěno že tři otázky testu byly nižší než 0,5. Odpovědi odhalily tendenci k ortorexií, zejména jako je výběr potravin podmíněn ke zdravému životnímu stylu, hodnocení potravin, věřily tomu, že zdravé jídlo jim pomůže k lepšímu vzhledu.

V roce 2008 proběhla studie zaměřená na ortorexií u mladých žen zdravotnické soukromé školy v centru Rio Grande do Sul za podpory M. R. Lopes a Kirsten a Vanessy Ramos. Průzkumu se zúčastnilo 200 studentek, odpovídaly na dotazníky, které měly 27 uzavřených otázek. 71,5 % respondentů uvedlo, obavy o kvalitu potravin, většina žen z vysoké socioekonomické vrstvy vykazovala chování typické pro ortorexií.

Švédsko

Studie provedena Ericssonem (2007) zkoumala návštěvníky fitness center, jenž se potenciálně řadí mezi rizikovou skupinu inklinující ke vzniku ortorexie. Celkem bylo

vybráno 251 účastníků (166 žen a 85 mužů). Byl jim předložen Bratman test (2000). Dotazník byl zaměřen na četnost cvičení a délku trvání. Bylo zjištěno, že účastníci, kteří měli vyšší skóre na dotazníku sociálně-kulturních postojů, vykazovali přijetí ideálu krásy, štíhlost u žen a zájem o vypracovanou postavu u mužů. Tato práce ukázala, že víra a chování ortorektiků souvisí s usilováním o dokonalé tělo v dnešní moderní společnosti.

Německo

V této studii Korinthová et al. (2010) zjišťovala rozdíly mezi stravovacími zvyklostmi u studentů výživy a studentů z jiných studijních programů. Celá studie vycházela z údajů od 333 respondentů, z toho 219 z cílové skupiny (87 % dívek a 13 % chlapců). Byl proveden Bratman test. Výsledky ukázaly, že studenti výživy dodržovali více dietních zvyklostí než kontrolní skupina - inklinace k ortorexii se výrazně nelišila.

2. Výzkumná část

2.1. Cíl práce

Cílem mé práce bylo zjistit, do jaké míry jsou studenti na gymnáziích ohroženi vznikem ortorexie nervosa. Zda k ortorexii směřují více dívky než chlapci. Ve výzkumu jsem vycházela z Bratmanova dotazníku a dotazníku EAT-26. Zajímalo mě, zda existuje rozdíl ve výsledcích dotazníků ortorexie a výsledkem testů jídelních postojů EAT-26.

2.2. Výzkumné hypotézy

H1: Předpokládáme, že u dívek je chování charakteristické pro ztrátu kontroly nad jídlem a nutkavé zabývání jídlem častější než u chlapců.

H2: Předpokládáme, že mezi studenty na gymnáziu v Brně a ve Vyškově bude stejný nález ve výsledném skóre EAT-26.

2.3. Metodika výzkumu

Výzkum probíhal formou dotazníkového šetření, které patří k nejčastějším formám sběru dat pro různé typy průzkumu. Požádala jsem o pravdivé vyplnění dotazníků a podala informace o správném vyplnění.

Dotazník lze chápat, jako „*soustavu předem připravených a pečlivě formulovaných otázek, které jsou promyšleně seřazeny a na které dotazovaná osoba (respondent) odpovídá písemně.*“ (Chráska, 2007, str.163).

I když mají dotazníky řadu nevýhod, je dobré zmínit i klady, mezi něž patří, že umožňuje v relativně krátkém čase získat a shromáždit data od velkého počtu respondentů. Je poměrně nákladný jak pro distribuci, tak i pro zpracování získaných dat.

Zvolila jsem kvantitativní metodu s využitím dotazníkového šetření. Výzkumné otázky vycházejí z Bratman testu, což je sebesposuzovací dotazník zjišťující přítomnost či příznaky

ortorexie nervosa. Využila jsem dotazník ORTO-15 (Donini et al., 2004) a ORTO-10 (Bratman, 2000), který je tvořen 10 otázkami, které jsem přeložila z anglického jazyka do češtiny. Respondenti odpovídali na jednotlivé otázky, které se týkaly jejich stravovacích návyků i pocitů, odpovídali kladně či záporně nebo výběrem z možností vždy, často, někdy, nikdy.

Bratmanův dotazník není zatím standardizovaný, vytvořil ho k účelům sebeposuzování a k odhalení možné závislosti na zdravém stravování u své osoby. Tento dotazník má velkou nevýhodu v tom, že může kladně skórovat i lidé trpící jinou poruchou příjmu potravy.

Za každou kladnou odpověď byl počítán jeden kladný bod, dle Bratmanovy teorie má sklony k ortorexii jedinec s dvěma až třemi kladnými odpověďmi. Více než čtyři kladné odpovědi poukazují již na problém s ortorexii nervosa.

Bratmanův test a jeho modifikace

1. Strávíte denně více jak tři hodiny přemýšlením o zdravé stravě?
2. Plánujete své jídlo na několik dní předem?
3. Je pro Vás výživová hodnota pokrmů důležitější než potěšení z vlastního jídla?
4. Snížila se Vaše kvalita života se zvyšováním kvality Vašeho stravování?
5. Stala(a) jste se postupem času přísnější sám(a) k sobě,
6. Zvýšilo zdravější stravování Vaši sebeúctu?
7. Vyloučil(a) jste ze svého jídelníčku vaše oblíbené pokrmy a nahradila je „správnými“?
8. Působí Vám Vaše dieta potíže při stravování mimo domov, s rodinou nebo přáteli?
9. Máte pocit viny, jestliže dietu porušíte?
10. Cítíte vlastní uspokojení, jestliže se stravujete zdravě?

A z dotazníku EAT-26, což je standardizovaný test určující příznaky poruchy příjmu., tedy Gardenův Test jídelních postojů. Byl vytvořen pro identifikování osob s narušeným jídelním chováním, vypovídá o míře narušení jídelních postojů, jídelního chování a vztahu ke svému tělu.

Dotazník se vyhodnocuje tímto způsobem :

otázky 1-24 a 26:

- vždy – hodnoceno 3 body
- velmi často – hodnoceno 2 body
- často – hodnoceno 1 bodem
- někdy – hodnoceno 0 body
- zřídka – hodnoceno 0 body
- nikdy – hodnoceno 0 body

otázka 25 je hodnocena naopak :

- vždy – hodnoceno 0 body
- velmi často – hodnoceno 0 body
- často – hodnoceno 0 body
- někdy – hodnoceno 1 bodem
- zřídka – hodnoceno 2 body
- nikdy – hodnoceno 3 body

Dokončení EAT-26 je na základě těchto kritérií:

1) celkové skóre na základě odpovědí EAT-26 otázek. Pokud je toto skóre stejné nebo vyšší než 20, svědčí to o narušeném jídelním postoji žáka a je dobrým indikátorem poruchy příjmu potravy.

2) dále lze hodnotit jídelní postoje týkající se sklonem k dietám, záchvatovitému přejídání a vědomou kontrolou nad příjmem potravy, rozlišuje tyto dílčí škály:

- * dietní chování – sklon k dietám
- * bulimie – sklon k záchvatovitému přejídání
- * orální kontrola – vědomá kontrola příjmu potravy

Pro zpracování dat byl použit program Microsoft Office Excel 2003, do kterého byla zanesena získaná data. Pro větší přehlednost byla převedena do podoby grafů a tabulek.

2.4. Výzkumný soubor

Výzkum probíhal v prosinci 2011 a v lednu 2012, dotazníky byly zcela anonymní. Do výzkumného šetření byla zahrnuta obě pohlaví, tedy dívky i chlapci studující ve 3. a 4. ročníku na gymnáziích ve věku 17-19 let. Toto věkové rozmezí jsem volila úmyslně, jelikož je na hranici dospělosti a lze očekávat osobnostní a psychickou vyzrálost a lze předpokládat základní informace, které se týkají základního tématu.

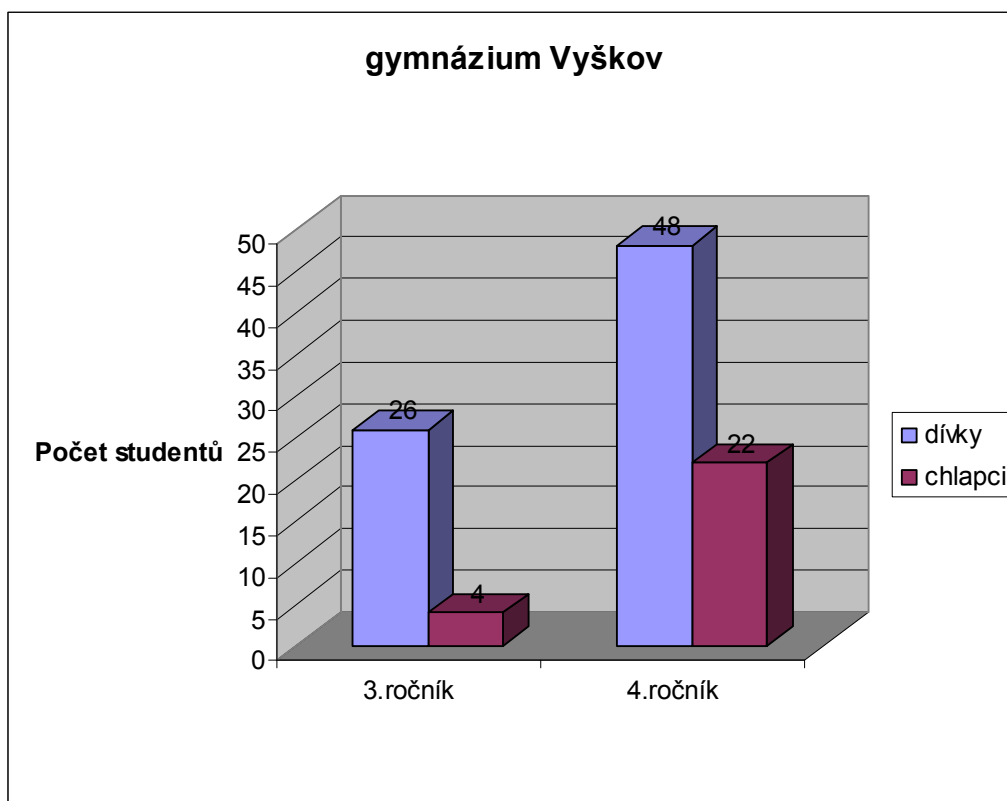
Výzkum byl realizován v Jihomoravském kraji ve městech Brno a Vyškov. Počet rozdaných dotazníků bylo celkem 200, návratnost byla 100 % a vyhodnoceno 182 dotazníků. Byly vyplněny oba dotazníky, studenti měl dotazníky vypůjčeny na měsíc.

Předem jsem telefonicky kontaktovala ředitele nebo jejich asistenty, které jsem požádala o svolení s realizací výzkumného šetření. Samotná realizace proběhla v měsíci prosinci 2011 a v lednu 2012.

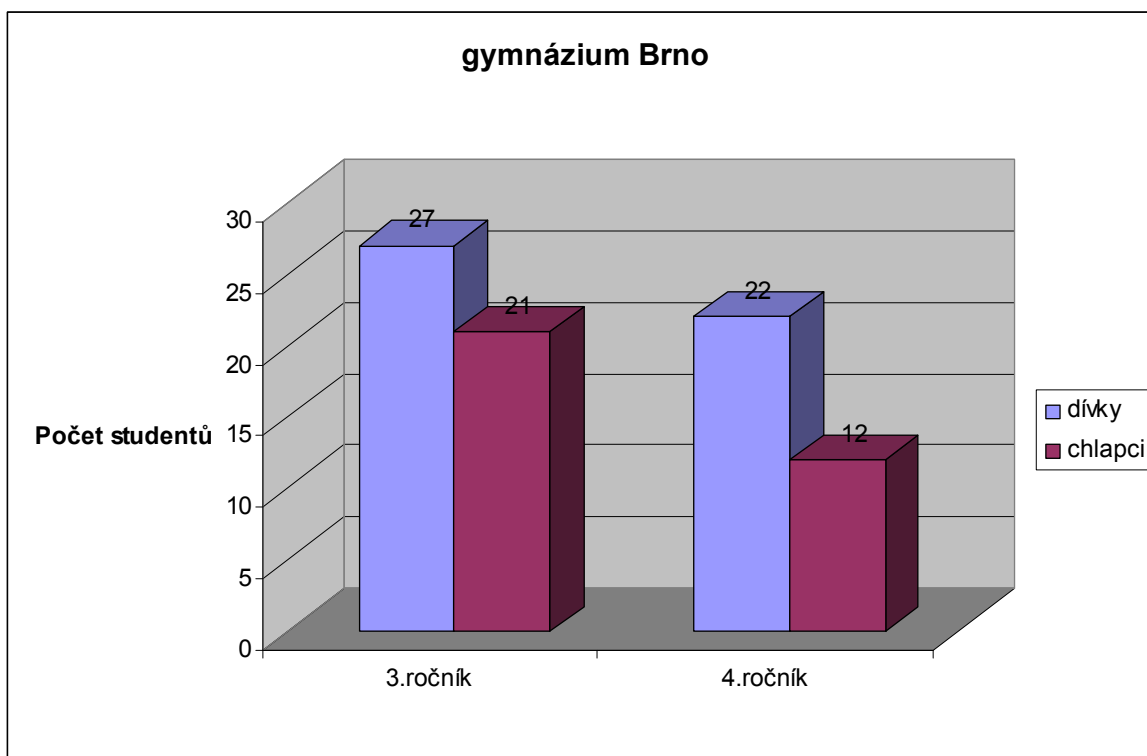
Tabulka č. 1 – celkový počet dotazníků

| | Počet distribuovaných dotazníků | Počet vyplněných dotazníků |
|--------------------------|---------------------------------|----------------------------|
| Studenti gymnázia Brno | 100 | 82 |
| Studenti gymnázia Vyškov | 100 | 100 |
| Celkem | 200 | 182 |

Graf č. 1 : Celkový počet studentů gymnázia ve Vyškově



Graf č. 2 : Celkový počet studentů gymnázia v Brně

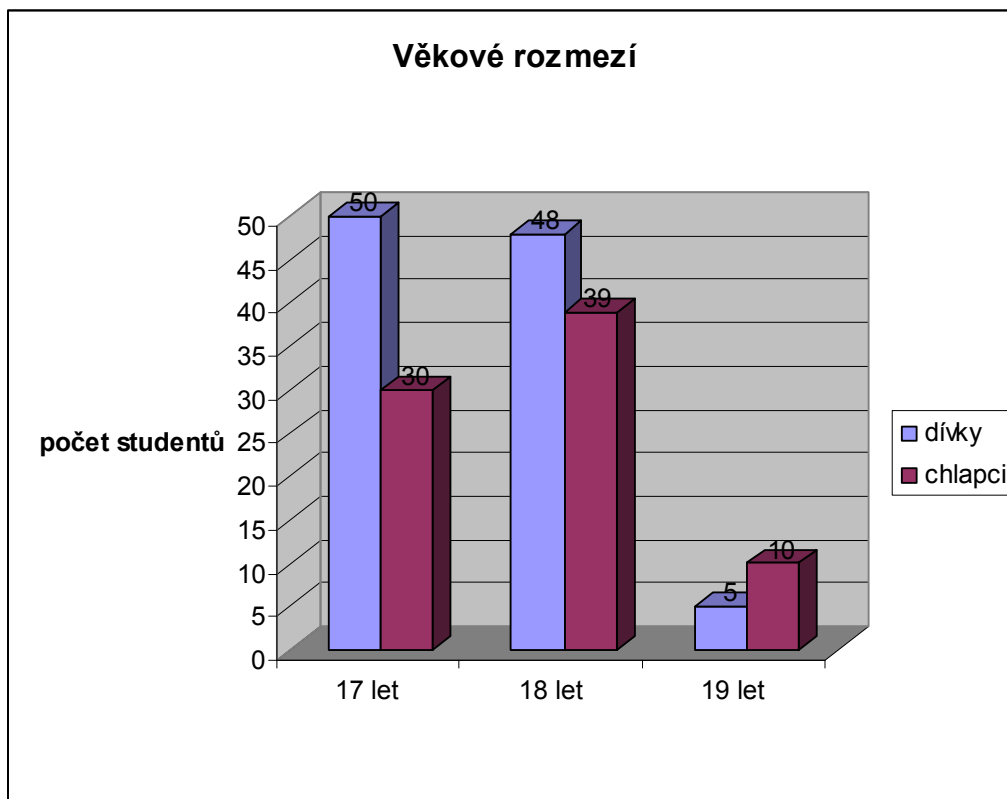


2.5. Výsledky šetření

Výsledky provedeného výzkumu jsou prezentovány pomocí grafického znázornění získaných dat pomocí dotazníků. Z původního počtu 200 dotazníků se vrátilo vyplněných 182 dotazníků, 18 dotazníků bylo prázdných, a proto byly vyřazeny.

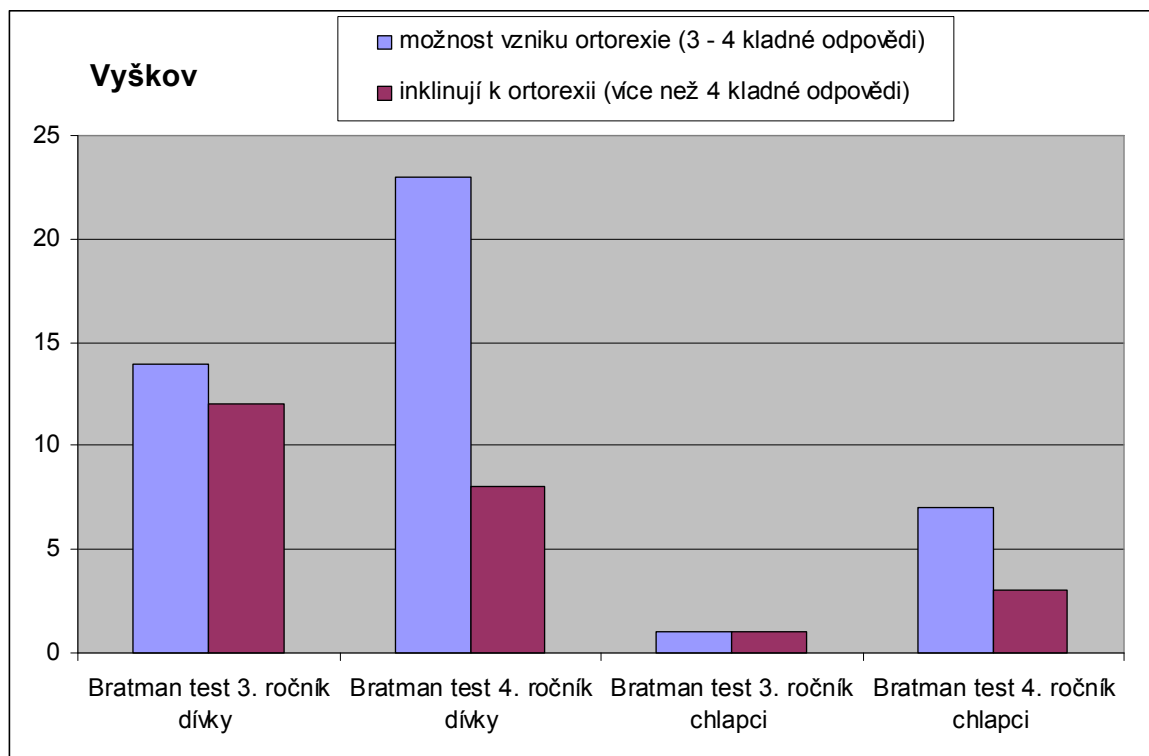
Z celkového počtu 182 oslovených studentů bylo 123 dívek a chlapců 59 ve věkovém rozmezí 17-19 let, viz následující graf.

Graf č. 3 : Věkové rozmezí studentů



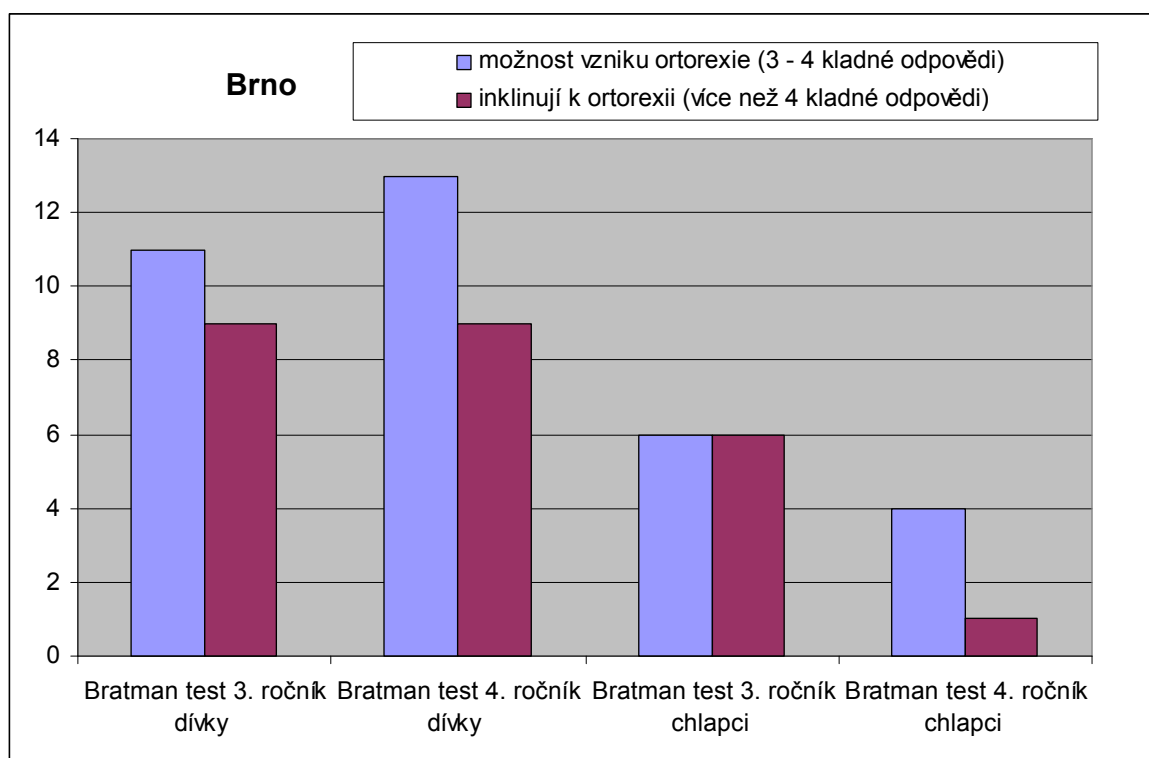
Z následujících dvou grafů lze vyčíst celkové rozložení studentů ve výsledcích Bratmanova testu.

Graf č. 4 : Výsledek Bratman testu ve Vyškově



V grafu č. 4 je názorně vidět rozložení studentů z gymnázia ve Vyškově, kteří jsou ohrožení možnostmi vzniku ortorexie. Vidíme, že nejvíce ohroženou skupinou jsou dívky ze 4. ročníku. Na 4 a více odpovědí nám odpovědělo celkem 20 dívek a 4 chlapci, což znamená, že inklinují k ortorexii.

Graf č. 5 : Výsledek Bratman testu v Brně

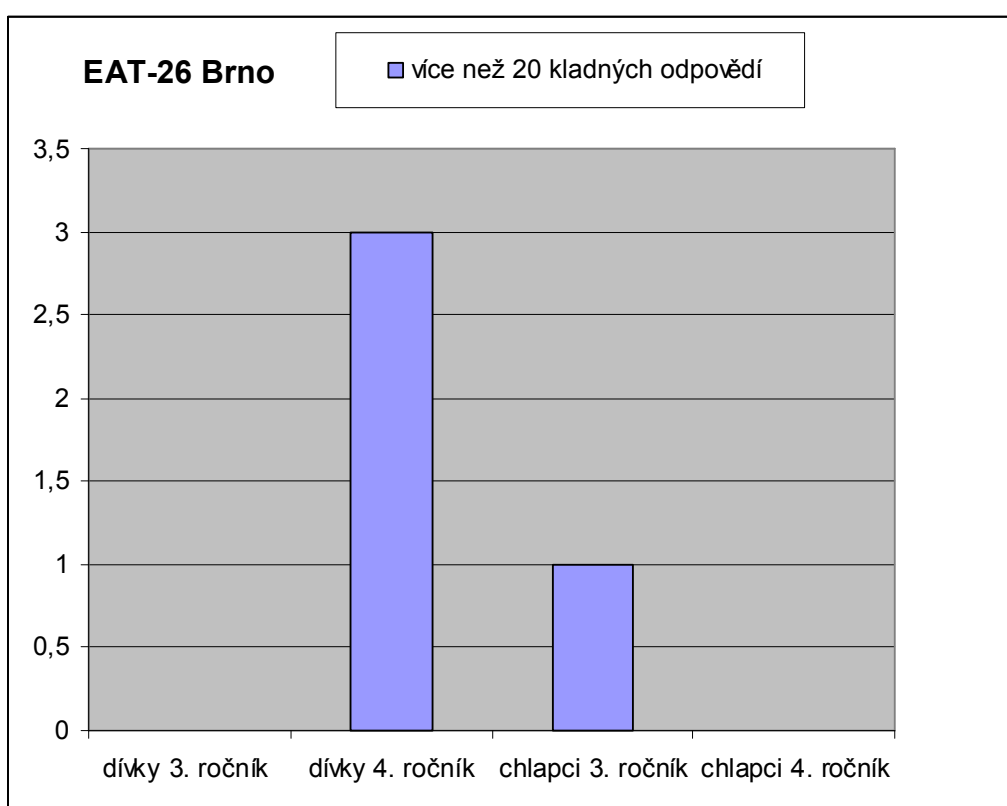


V grafu č. 5 máme znázorněné studenty z gymnázia v Brně, kteří odpověděli kladně na otázky z Bratmanova testu. K možnosti vzniku ortorexie spadá 11 dívek ze 3. ročníku a 13 dívek ze 4. ročníku, dále 6 chlapců ze 3. ročníku a 4 chlapci ze 4. ročníku. Kladně na více než 4 otázky odpovědělo celkem 19 dívek a 4 chlapci, z toho 9 dívek ze 3. ročníku a 9 dívek ze 4. ročníku, 6 chlapců z 3. ročníku a 1 ze čtvrtého ročníku. Tímto grafem vidíme, že ke vzniku ortorexie inklinuje celkem 25 studentů z gymnázia v Brně.

Tabulka č. 2 : Vyhodnocení kladných odpovědí v EAT-26

| EAT-26 Brno | více než 20 kladných odpovědí |
|-------------------|-------------------------------|
| dívky 3. ročník | 0 |
| dívky 4. ročník | 3 |
| chlapci 3. ročník | 1 |
| chlapci 4. ročník | 0 |

Graf č. 6 : Vyhodnocení EAT-26 v Brně

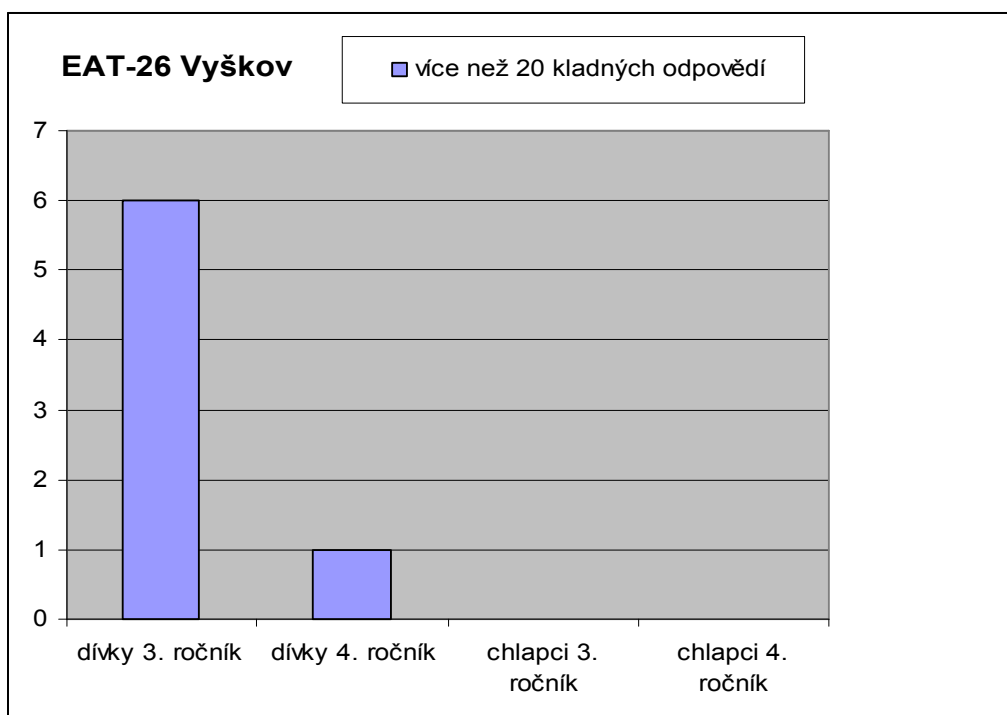


V grafu č. 5 je znázorněno vyhodnocení všech vyplněných dotazníku studentů gymnázia v Brně, kde vychází, že celkem 4 studenti, z toho 3 dívky ze 4. ročníku a 1 chlapec ze 4. ročníku mají stejné nebo vyšší skóre než je kritická hranice 20 bodů, což značí o narušených jídelních postojích a rozvoji některé z poruch příjmu potravy.

Tabulka č. 3 : Vyhodnocení EAT-26 ve Vyškově

| EAT-26 Vyškov | více než 20 kladných odpovědí |
|-------------------|-------------------------------|
| dívky 3. ročník | 6 |
| dívky 4. ročník | 1 |
| chlapci 3. ročník | 0 |
| chlapci 4. ročník | 0 |

Graf č. 7 : Vyhodnocení EAT-26 ve Vyškově



V grafu č. 6 je znázorněno vyhodnocení všech vyplněných dotazníku studentů gymnázia ve Vyškově, kde vychází, že celkem 7 studentů, z toho 6 dívek z 3. ročníku a 1 chlapec ze 4. ročníku mají stejné nebo vyšší skóre než je kritická hranice 20 bodů, což značí o narušených jídelních postojích a rozvoji některé z poruch příjmu potravy.

Po vyhodnocení Bratmanova dotazníků všech respondentů docházíme k závěru, že z celkového počtu 100 studentů Vyškovského gymnázia má prokazatelně 24 studentů z toho 20 dívek a 4 chlapci více než 4 kladné odpovědi.

Vyhodnocením řádně vyplněných dotazníků 82 studentů z gymnázia v Brně, jsme došli k závěru, že na více než 4 kladné odpovědi odpovědělo celkem 25 studentů, z toho 18 dívek a 7 chlapců.

Po vyhodnocení Bratmanova dotazníků všech respondentů dojdeme k závěru, že z celkového počtu 182 studentů z gymnázia v Brně a ve Vyškově prokazatelně 49 studentů inklinuje ke vzniku ortorexie. Všech 49 studentů měli více než 4 kladné odpovědi.

Vyhodnocením dotazníku EAT-26 u studentů z Vyškovského gymnázia zjistíme, že z celkového počtu 100 studentů má prokazatelně 7 studentů celkové skóre stejné nebo vyšší, než je kritická hranice 20.

Po vyhodnocení dotazníku jídelních postojů u studentů na Brněnském gymnáziu bylo zjištěno, že z celkového počtu 82 studentů odpověděli 4 studenti celkovým skóre více než 20 bodů. Tyto výsledky vypovídají o změně jídelních postojů, které vedou k poruchám příjmu potravy.

Ověření hypotéz :

H1: Předpokládáme, že u dívek je chování charakteristické pro ztrátu kontroly nad jídlem a nutkavé zabývání jídlem častější než u chlapců.

Na základě výše uvedených závěrů a grafu č. 3 a 4 vyplývá, že hypotéza byla potvrzena.

H2: Předpokládáme, že mezi studenty na gymnáziu v Brně a ve Vyškově bude stejný nález ve výsledném skóre dotazníku EAT-26

Na základě výše uvedených závěrů a grafu č. 5 a 6 vyplývá, že ačkoliv byl u dívek vyšší počet respondentů s vyšším skóre, nebyl mezi dívkami a chlapci na obou gymnáziích statisticky významný rozdíl. Hypotéze č. 2 byla také potvrzena.

3. Diskuze a závěr

V dnešní moderní době je stále zvyšující zájem o zdravý životní styl. Lidé se snaží stravovat co nejzdravěji, vybírají si bio potraviny, kontrolují složení a množství přijímané potravy. Hlavní smyslem života se pak může stát nadměrná kontrola potravin.

V teoretické části jsem představila ortorexii nervosa a její specifika vzhledem k duševním poruchám uvedených v DSM-IV a MKN-10. Z porovnání s mentální anorexií, mentální bulimií, obsedantně - kompulzivní poruchou a závislosti, bylo zjištěno, že ortorexie má společné prvky s OCD. Popsala jsem charakteristiky, projevy, základní symptomatiku a léčbu. Největším problémem byl nedostatek odborné literatury věnující se tomuto tématu. Hlavním zdrojem byla Bratmanova publikace z roku 2000. Velkým přínosem pro mě byly zahraniční výzkumy, které navazovaly na Bratmanův dotazník.

Ve výzkumné části byla provedena analýza dotazníkového šetření všech respondentů. Zkoumaný soubor tvořilo celkem 182 studentů středních škol. Ke zjištění projevů ortorexie nervosa byl použit Bratmanův dotazník. Z vyhodnocení dotazníků vyplývá, že většina studentů inklinuje více ke vzniku ortorexie než ke vzniku poruchy příjmu potravy, bylo také zjištěno, že dívky jsou více zaměřeny na zdravý životní styl než chlapci. Také jsem mapovala poruchy příjmu potravy dotazníkem EAT-26, jako je mentální anorexie a mentální bulimie.

Všechny uvedené poznatky svědčí o tom, že ortorexii lze považovat za duševní poruchu a zaslouží si daleko větší pozornost. Stále jsou nedostatky ve stanovení kritérií, která by výstižně charakterizovala ortorexii.

Výsledky a závěry této práce potvrdily výzkumy prevalence ortorexia nervosa u žen (Arusoglu et al., 2008). Během výzkumu ortorexie v Itálii a bylo zjištěno, že prevalence ortorexie byla vyšší u mužů než u žen, což v našem výzkumu vyšlo opačně. Ve Španělsku se objevují případy, kde se výskyt prevalence pohybuje mezi 0,5-1%. V Turecku Bosi (2007) provedl výzkum prevalence u lékařů na univerzitě a 45% lékařů inklinovalo k ortorexii. Podle Kinzla (2006) se ortorexie častěji vyskytuje u žen, které trpěly poruchou příjmu potravy, což se u nás ve výzkumu nepotvrdilo. Donini (2004) i Arosoglu (2008) se shodují, že ortorexii trpí lidé méně vzdělaní, což je dle mého názoru nekritické, jelikož v dnešní době se stále více, hlavně vzdělaných lidí věnuje zdravému stravování.

4. Seznam literatury

1. Aranceta, J. (2007). Orthorexia or when a healthy diet becomes an obsession. *Archivos Latinoamericanos de Nutricion*, 57(4), 313-315.
2. Arusoglu, G., Kavalci, E., Koksall, G., Merdol, T.K. (2008). Orthorexia Nervosa and Adaptation of ORTO-11 into Turkish. *Turkish Journal of Psychiatry*.
3. Bosi, A., Camur, D., Guller, C. (2007). Prevalence of Orthorexia Nervosa in resident medical doctors in the Faculty of Medicine (Ankara, Turkey). *Appetite*, 49 (3), 661-666
4. Bratman, S. (1997). *Health food Junkie*: Obsession with dietary perfection can sometimes do more harm than good, says one who has been there. *Yoga Journal*, 136, 42-46
5. Bratman, S. (2000). *Health food junkies: Orthorexia nervosa: Overcoming the obsession with healthful eating*. New York : Broadway Books.
6. Calañas, A. (2003). Ortorexia: Un trastorno nutricional de los países desarrollados. *Revista de Nutrición Práctica*, 7, 47–50.
7. Catalina, M. L., Bote, B., García, F., Ríos, B. (2005). Orthorexia Nervosa. A new eating behaviour disorder? [Electronic version]. *Actas Españolas Psiquiatría*, 33 (1), 66–68.
8. Donini, L. M., Marsili, D., Graziani, M. P., Imbriale, M., Canella, C. (2004). Orthorexia Nervosa: A preliminary study with a proposal for diagnosis and an attempt to measure the dimension of the phenomenon. *Eating and Weight Disorders*, 9, 151–157.
9. Donini, L. M., Marsili, D., Graziani, M. P., Imbriale, M., Canella, C. (2005). Orthorexia Nervosa: Validation of a diagnosis questionnaire. *Eating and Weight Disorders*, 10 (2), 28–32.

10. Eriksson, L., Baigi, A., Marklund, B., Lindgren, E. C. (2008). Social physique anxiety and sociocultural attitudes toward appearance impact on orthorexia test in fitness participants. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports*, 18 (3), 389–394.
11. Kinzl, J. F., Hauer, K., Traweger, C., Kiefer, I. (2006). Orthorexia Nervosa in dieticians. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75, 395–396.
12. Kocourková, J., Koutek, J., Lebl, J. (1997). *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Praha: Galén.
13. Kolouch, V. (2006). Orthorexia. Retrieved July 2009 from:
http://www.fitnet.cz/index.php?&desktop_back=clanky&action_back=&id_back=31&desktop=clanky&action=view&id=67
14. Krch, F. D., Málková, I. (2001). *SOS nadváha. Průvodce úskalím diet a životního stylu*. Praha: Portál.
15. Krch, F. D. (2002). *Mentální anorexie*. 1. Vyd. Praha: Portál.
16. Molina, E. A. (2006). Perspectiva antropológica de un caso de Orthorexia nervosa. *Cultura de los Cuidados*, 20, 109–116.
17. Monge, A., Cardovo, T., Barreiro, E.J., Huenchunir, P., Pinzon, R., Mora, G., et al (2008). Functional Foods. Reflexions of a scientist regarding a market in expansion.
18. Muñoz, R., Martínez, A. (2007). Ortorexia y vigorexia: ¿Nuevos trastornos de la conducta alimentaria? *Trastornos de la conducta alimentaria*, 5, 457–482.
19. Nešpor, K. (2003). *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál.
20. Odehnalová, L. (2008). *Primární prevence v oblasti poruch příjmu potravy*. Bakalářská práce. Brno: PedF MU.

21. Paulíčková, E. (2010). *Orthorexia Nervosa: Patologické zaujetí zdravým stravováním*.
Bakalářská práce. Brno: FF MU.

5. Seznam zkratek

DSM-IV Diagnostický statistický manuál

EAT 26 Eating Attitude Test

MKN-10 Mezinárodní klasifikace potravin

OCD Obsessive-compulsive disorder

6. Přílohy

Příloha č. 1

Bratman: The Orthorexia Self-Test

1. Do you spend more than 3 hours a day thinking about healthful food?
2. Do you plan tomorrow's food today?
3. Do you care more about the virtue of what you eat than the pleasure you receive from eating it?
4. Have you found that as the quality of your diet has increased, the quality of your life has correspondingly diminished?
5. Do you keep getting stricter with yourself?
6. Do you sacrifice experiences you once enjoyed to eat the food you believe is right?
7. Do you feel an increased sense of self-esteem when you are eating healthy food? Do you look down on others who don't?
8. Do you feel guilt or self-loathing when you stray from your diet?
9. Does your diet socially isolate you?
10. When you are eating the way you are supposed to, do you feel a peaceful sense of total control?

1. Trávíte více než 3 hodiny denně přemýšlením o vaší dietě?
2. Plánujete své pokrmy na několik dní předem?
3. Je pro vás nutriční hodnota vašich pokrmů důležitější, než potěšení z vlastního jídla?
4. Snížila se kvalita vašeho života se zvyšováním kvality vašeho stravování?
5. Stal jste se postupem času přísnějším sám k sobě?
6. Zvýšilo zdravější stravování vaši sebeúctu?
7. Vyloučil jste ze svého jídelníčku vaše oblíbené pokrmy a nahradil je „správnými“?
8. Působí vám vaše dieta potíže při stravování mimo domov, nebo ve styku s rodinou a přáteli?

9. Máte pocit viny, jestliže vaši dietu porušíte?

10. Cítíte vlastní uspokojení, jestliže se stravujete zdravě?

Příloha č.2

Donini: ORTO-15

1. When eating, do you pay attention to the calories of the food?
2. When you go in a food shop do you feel confused?
3. In the last 3 months, did the thought of food worry you?
4. Are your eating choices conditioned by your worry about your health status?
5. Is the taste of food more important than the quality when you evaluate food?
6. Are you willing to spend more money to have healthier food?
7. Does the thought about food worry you for more than three hours a day?
8. Do you allow yourself any eating transgressions?
9. Do you think your mood affects your eating behavior?
10. Do you think that the conviction to eat only healthy food increases self-esteem?
11. Do you think that eating healthy food changes your life-style (frequency of eating out, friends, etc.)?
12. Do you think that consuming healthy food may improve your appearance?
13. Do you feel guilty when transgressing?
14. Do you think that on the market there is also unhealthy food?
15. At present, are you alone when having meals?

Dotazník ORTO-15

1. Věnujete pozornost tomu, jak kalorické je jídlo, které jíte?
2. Když v obchodě vybíráte jídlo, cítíte se zmateně?
3. Dělali jste si v posledních třech měsících starosti ohledně zdravého stravování?

4. Je Váš výběr jídla podmíněn starostmi o Váš zdravotní stav?
5. Je pro Vás chuť jídla důležitější než kvalita?
6. Jste ochotní utracet více peněz za zdravější jídlo?
7. Zabýváte se myšlenkou na zdravou stravu více než tři hodiny denně?
8. Dovolíte sami sobě porušit své stravovací návyky?
9. Ovlivňuje Vaše nálada Vaše stravovací způsoby?
10. Zvyšuje podle Vás přesvědčení jíst pouze zdravé jídlo sebeúctu?
11. Mění zdravé stravovací způsoby Váš životní styl?
12. Může podle Vás konzumace zdravého jídla zlepšovat Váš vzhled?
13. Cítíte se provinile, když porušíte zásady zdravého stravování?
14. Jsou podle Vás k dostání i nějaká nezdravá jídla?
15. Stravujete se v současnosti o samotě?

