

**Univerzita Karlova**

**1.lékařská fakulta**

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Nutriční terapeut



**Alžběta Staňová**

Poruchy příjmu potravy u pacientů s obezitou

*Obese patients suffering from eating disorders*

**Bakalářská práce**

Vedoucí práce: Mgr. Barbora Pešková

Praha, 2019

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literatury. 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, 30. 04. 2019

ALŽBĚTA STAŇOVÁ

### **Identifikační záznam**

STAŇOVÁ, Alžběta. *Poruchy příjmu potravy u pacientů s obezitou. [Obese patients suffering from eating disorders]*. Praha, 2019. 62 s., 6 příloh. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, III. Interní klinika - klinika endokrinologie a metabolismu 1. LF a VFN v Praze. Vedoucí práce Mgr. Barbora Pešková.

## **Poděkování**

Ráda bych poděkovala Mgr. Barboře Peškové za odborné vedení mé závěrečné bakalářské práce, cenné rady, věcné připomínky a ochotu při konzultacích. Mé poděkování patří též sestřám obezitologické ambulance za spolupráci při získávání údajů pro výzkumnou část práce.

## ABSTRAKT

**Úvod:** Obezita se kvůli změně životního stylu stala v posledních letech pandemií. Jedná se o multifaktoriální onemocnění s devastujícím dopadem na zdraví. Obezita může mít vedle zdraví vliv i na psychiku jedince (deprese, úzkosti) a vést až k poruchám příjmu potravy (PPP). Společným rysem všech PPP je narušené jídelní chování a narušené vnímání vlastního těla, jinak tomu není ani u obezity.

**Cíle:** Cílem bakalářské práce je analyzovat problematiku vzájemného výskytu obezity a rysů poruch příjmu potravy u nově přichozích pacientů v obezitologické ambulanci. Byly stanoveny celkem 4 hlavní výzkumné cíle mapující výskyt depresivních a úzkostných symptomů, intenzitu bažení po jídle, jídelní psychopatologii a rysy poruch příjmu potravy.

**Metodika:** Data byla získána pomocí dotazníkového šetření a následně vyhodnocena v programu Microsoft Excel. Pro sběr dat bylo zvoleno 5 dotazníků, a to krátký anamnestický dotazník, Beckova posuzovací škála deprese a úzkosti (BDI-II a BAI), dotazník jídelních zvyklostí (TFE-Q), dotazník neodolatelné chuti k jídlu (G-FCQ-T) a EDE-Q dotazník.

**Výsledky:** Respondenti subjektivně nejvíce prožívali tvar a váhu vlastního těla. Byli znepokojeni pohledem na něj a vyhýbali se jeho odhalení. I přesto se v příjmu potravy za účelem snížení váhy omezovalo jen malé procento respondentů. Dle výsledků se zhruba 1/3 respondentů více ovládala a kontrolovala v jídle a 1/3 respondentů ztrácela při konzumaci jídla zábrany. Nejvíce respondentů mělo zhoršené vnímání k fyziologickému hladu. Vyšší míru depresivních a úzkostných symptomů vykazovala 1/4 respondentů. Míra bažení po jídle nebyla signifikantně vyšší.

**Závěr:** V praxi by tato zjištění mohlo vést ke zvážení možné psychologické podpory při redukci hmotnosti. Důraz by měl být především kladen na multioborové složení týmů odborníků na poli obezitologie.

**Klíčová slova:** Obezita, poruchy příjmu potravy, psychogenní přejídání, syndrom nočního jedení, jídelní psychopatologie

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Due to changes in our lifestyle obesity has become a pandemic over the last couple of years. It is a multifactorial disease with a devastating impact on our health. Besides that, obesity can have an impact on our psychological health as well (depression, anxiety) which can lead to eating disorders. The common features of all eating disorders are disturbed eating behaviour as well as disturbed body image, which is also the case with obesity.

**Objectives:** The aim of this study is to analyze the issue of a mutual occurrence of obesity and eating disorders in newcomers at obesity clinic. A total of 4 major research objectives have been identified mapping the incidence of depression and anxiety, craving intensity, eating psychopathology and eating disorders.

**Methods:** The data were obtained using questionnaires and subsequently evaluated in Microsoft Excel. Five questionnaires were selected for data collection: a short anamnesis questionnaire, The Beck Depression and Anxiety Inventory (BDI-II and BAI), The Three Factor Eating-Questionnaire (TFE-Q), The General Food-Craving Questionnaire – Trait (G-FCQ-T) and The EDE-Q Questionnaire.

**Results:** Respondents were concerned about the shape and weight of their own bodies the most. They were self-conscious about looking at it and kept their bodies concealed. Despite of that, just a few of them reduced the food intake for the purpose of reducing their weight. According to the results, 1/3 of the respondents were controlling themselves in the food intake and 1/3 of the respondents were losing restraint while eating food. Most respondents had worsened perception for physiological hunger. Higher levels of depression and anxiety were shown in 1/4 of respondents. The level of craving was not significantly higher.

**Conclusion:** This finding could lead to a consideration of possible psychological help for weight reduction. Above all, the emphasis should be on multidisciplinary composition of the team of experts in the field of obesity

**Keywords:** Obesity, Eating Disorders, Binge Eating, Night Eating Syndrome, Eating Psychopathology

# Obsah

Úvod .....	10
<b>TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>11</b>
<b>1. Obezita .....</b>	<b>11</b>
1.1. Epidemiologie.....	11
1.2. Etiopatogeneze .....	12
1.2.1. Běžná obezita.....	12
1.3. Klasifikace a diagnostika .....	12
1.3.1. Anamnéza .....	12
1.3.2. Objektivní vyšetření.....	13
1.3.3. Laboratorní vyšetření .....	13
1.3.4. BMI .....	13
1.3.5. Antropometrické metody .....	14
1.4. Zdravotní komplikace .....	15
1.4.1. Kardiometabolický syndrom.....	15
1.4.2. Onemocnění ledvin.....	16
1.4.3. Onemocnění trávicího ústrojí .....	16
1.4.4. Onemocnění dýchacího systému.....	16
1.4.5. Nádorová onemocnění .....	16
1.4.6. Psychologické a sociální problémy .....	16
1.5. Faktory ovlivňující vznik obezity.....	17
1.6. Léčba obezity.....	17
1.7. Prevence.....	17
1.7.1. Bílá kniha .....	18
<b>2. Poruchy příjmu potravy .....</b>	<b>19</b>
2.1. Epidemiologie.....	19
2.2. Etiologie.....	19
2.3. Mentální anorexie .....	20
2.4. Mentální bulimie .....	20
2.5. Poruchy příjmu potravy a obezita.....	21
2.5.1. Psychologické charakteristiky obézních .....	21
2.5.2. Psychologická diagnostika .....	21
2.5.3. Psychogenní přejídání.....	22
2.5.4. Syndrom nočního jení.....	22
2.6. Léčba .....	23

2.6.1.	Psychologická léčba PPP spojených s obezitou .....	23
2.7.	Prevence.....	24
<b>PRAKTICKÁ ČÁST.....</b>		<b>25</b>
<b>3.</b>	<b>Cíl výzkumu .....</b>	<b>25</b>
<b>4.</b>	<b>Metodika .....</b>	<b>25</b>
4.1.	Beckova posuzovací škála deprese a úzkosti .....	26
4.2.	Dotazník neodolatelné chuti k jídlu .....	26
4.3.	Dotazník jídelních zvyklostí .....	27
4.4.	EDE-Q dotazník.....	27
<b>5.</b>	<b>Výzkumný vzorek .....</b>	<b>27</b>
5.1.	Popis výzkumného vzorku.....	28
<b>6.</b>	<b>Výsledky.....</b>	<b>29</b>
6.1.	Výsledky Beckovi posuzovací škály deprese a úzkosti .....	29
6.1.1.	Výsledky BDI-II .....	30
6.1.2.	Výsledky BAI .....	31
6.1.3.	Jiná psychiatrická onemocnění.....	32
6.2.	Výsledky G-FCQ-T .....	32
6.3.	Výsledky TFE-Q.....	33
6.4.	Výsledky EDE-Q .....	34
<b>7.</b>	<b>Diskuze .....</b>	<b>38</b>
<b>8.</b>	<b>Závěr.....</b>	<b>43</b>
<b>9.</b>	<b>Seznam použité literatury .....</b>	<b>44</b>
<b>10.</b>	<b>Seznam grafů.....</b>	<b>49</b>
<b>11.</b>	<b>Seznam tabulek .....</b>	<b>50</b>
<b>12.</b>	<b>Přílohy .....</b>	<b>51</b>



## Seznam použitých zkratk

AN	Anorexia Nervosa
BAI	Beck Anxiety Inventory
BDI-II	Beck Depression Inventory
BMI	Body Mass Index (Index tělesné hmotnosti)
BN	Bulimia Nervosa
CKD	Chronic Kidney Disease (Chronické onemocnění ledvin)
DSM-5	Diagnostický a statistický manuál duševních poruch-5.vydání
EDE-Q	Eating Disorder Examination-Questionnaire
G-FCQ-T	General Food-Craving Questionnaire-Trait
HS	Hrubé skóre
KBT	Kognitivně-behaviorální terapie
NES	Night Eating Syndrom (Syndrom nočního přejídání)
PP	Psychogenní přejídání
PPP	Poruchy příjmu potravy
SAS	Spánkový apnoický syndrom
SD	Směrodatná odchylka
SRED	Sleep-Related Eating Disorder (Porucha příjmu potravy vázaná na spánek)
TFE-Q	Three Factor Eating-Questionnaire
WHO	World Health Organization
WHR	Waist Hip Ratio (Poměr pas/boky)

## Úvod

Žijeme v prostředí na jednu stranu obezogením, na druhou stranu velmi orthorexním. Supermarkety jsou přeplněné, pracovat se dá z domu, pokud nemáme čas jít nakoupit můžeme si nechat přivést nákup až ke dveřím, stejně tak hotové jídlo. Je velmi těžké v této době odolat všem těmto obezogením faktorům. Na druhou stranu jsou na všechny z nás neustále kladeny velmi vysoké nároky na to, jak vypadat, kolik vážit a jak se stravovat. Štíhlost je považována za hlavní faktor fyzické přitažlivosti. Obézní lidé jsou často společností šikanováni, neuznáváni. Ze sociálních sítí a médií se na ně přímo valí lavina informací jak zhubnout co nejefektivněji a za co nejkratší čas. Tyto návody bývají nedosažitelné a u obézních akorát prohlubují pocity méněcennosti. Zatím co u poruch příjmu potravy (PPP) si většina lidí představí anorexii a bulimii, obézní pro ně spadají do úplně jiné kategorie. Málo kdo si při pohledu na obézního jedince řekne, že by snad mohl trpět PPP. Často slyšíme výroky typu „stačí nejíst“ nebo „je jenom líný“. Obezita je přitom multifaktoriální onemocnění, které je z velké části případů doprovázeno psychickými problémy.

Za cíl bakalářské práce jsem si zvolila analyzovat problematiku vzájemného výskytu obezity a rysů poruch příjmu potravy. Problematika obezity a PPP je velmi obsáhlé téma. Ve své bakalářské práci se především snažím poukázat na fakt, že obezita není volbou líných, nýbrž že existuje řada faktorů vedoucích k jejímu vzniku. Velkou roli hraje tlak médií, módních časopisů, instagramu. Na jednu stranu nám mediální svět podněcuje rozvoj anorexie nebo bulimie prezentací „dokonalých“ modelek, na druhou prohlubuje v obézních pocity méněcennosti. Internet, bez kterého si v 21. století nedovedeme představit žít, je plný zaručených návodů na hubnutí. Ačkoli nám je jasná absurdita těchto diet, zoufalý člověk je ochoten vyzkoušet ledaco. Pouští se do přísných diet s velmi vysokým očekáváním, které bohužel téměř vždy končí neúspěchem. Následují pocity selhání a ztráty kontroly nad jídlem, které mohou vést až k rozvoji deprese, úzkosti nebo PPP.

Ve své práci dále poukazuji na komplikace obezity, rizikové faktory vzniku, možnosti léčby a prevence. Obdobně postupuji v části věnované samotným poruchám příjmu potravy. Mimo epidemiologii, etiologii, léčbu a prevenci zde především popisuji jednotlivé PPP (anorexia nervosa, bulimia nervosa, psychogenní přejídání a syndrom nočního jedení). Opomenuta není ani psychologická diagnostika nebo psychologické charakteristiky obézních. Praktická část se věnuje již samotnému výzkumu, jehož cílem, jak už jsem zmínila, bylo analyzovat problematiku vzájemného výskytu obezity a rysů PPP, zejména jídelní psychopatologie a výskytu depresivních a úzkostných symptomů, u nově přichozících pacientů v obezitologické ambulanci.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1. Obezita

Obezita je definována jako nadměrné ukládání tukové tkáně. Jedná se o multifaktoriální onemocnění, jehož výskyt v posledních letech stále roste a má celosvětově devastující efekt na zdraví. Obezita spolu s nadváhou jsou spojovány s častější úmrtností, rizikem vzniku kardiovaskulárního onemocnění, diabetu, rakoviny a onemocnění pohybového aparátu (DeAngelo, Kalumuck & Adlin, 2013).

Na přelomu tisíciletí se obezita stala nejčastější metabolickou chorobou. Důvodem je pozitivní energetická bilance, kterou přinesla změna životního stylu a nadbytek potravin. V příjmu energie sehrála velkou roli zvýšená spotřeba tuků a slazených nápojů, na výdej energie měl největší vliv přesun k sedavému způsobu života. Mimo zdravotní rizika přináší obezita i problémy socioekonomické spojené s horší kvalitou života (Hainer, 2011). Mezi tyto problémy, jak uvádí Pichlerová (2016, s. 204), patří: „*syndrom spánkové apnoe, psychické poruchy a sexuální dysfunkce*“.

### 1.1. Epidemiologie

Hlavní důvod, který v posledních letech z obezity udělal pandemii, je nadměrná konzumace vysoko-kalorických potravin s nízkým obsahem nutrientů, spolu s konzumací slazených nápojů. Roli hraje i snížení fyzické aktivity, kterou jsme přizpůsobily modernímu stylu života (Chooi, Ding & Magkos, 2018).

Obezita se objevuje v každém věku. V zemích s nízkými příjmy se častěji objevuje u lidí ve středním věku pocházejících z bohatšího městského prostředí, a to především u žen. V zemích s příjmy nižšími postihuje obezita lidi napříč všemi věkovými kategoriemi a postihuje obě pohlaví stejně, ale prevalence je neúměrně vyšší u chudých skupin. Celosvětová prevalence nadváhy a obezity se od roku 1980 zdvojnásobila. V současné době trpí nadváhou nebo obezitou až třetina populace. Zatím co prevalence obezity v roce 1980 dosahovala 7 %, v roce 2015 již dosahovala 12,5 %. U mužů vrostla z 5 % na 10,1 %, u žen z 8,9 % na 14,8 %. Nejvyšší nárůst byl zaznamenán mezi lety 1992-2002. Přepokládá se, že do roku 2030 bude trpět nadváhou nebo obezitou až 57,8 % populace (Chooi, Ding & Magkos, 2018).

Obezita je chronické onemocnění spojené s řadou rizikových faktorů pro vznik dalších onemocnění. Pineda et al (2018, s. 361) uvádí: „*Pre-obezita a obezita jsou zodpovědné za přibližně 35 % všech případů ischemické choroby srdeční, 55 % hypertenze a kolem 80 % diabetu 2. typu*“. Obezita představuje velkou zátěž pro zdravotní systém. V rozvinutém světě se náklady na zdravotní péči u lidí s nadváhou a obezitou pohybují v rozmezí 1-8 % z celkového rozpočtu. Oproti lidem s normální vahou jsou u obézních náklady na zdravotní péči dvojnásobné (Kunešová, Müllerová & Hainer, 2011).

## 1.2. Etiopatogeneze

Hainer (2016) uvádí ve své kapitole o etiopatogenezi obezity: „*měli bychom hovořit spíše o etiopatogenezi obezit, neboť mezi obezity patří řada etiopatogenetických jednotek*“. Nejčastěji se vyskytujícím typem obezity je obezita běžná, pod kterou spadá více jak 90 % všech obezit. Obezita se objevuje i u lidí trpících onemocněním žláz s vnitřní sekrecí nebo může být navozena podáváním léků. Endokrinně podmíněná obezita se může vyskytnout např. u hypothyreózy, hyperlypoproteinémie, Cushingova syndromu nebo hypogonadismu. Mezi vzácné typy obezity se řadí hereditární syndromy a v poslední době se mluví o obezitě monogenní (Hainer, 2016).

Ke vzniku obezity přispívá i řada psychologických aspektů. Mezi základní patří citové problémy. Mezi tyto problémy se může řadit absence kamarádů nebo špatné začleňování se do kolektivu. Dále ztráta blízké osoby nebo neúspěch ve škole. Pod vlivem citových problémů může být těžké rozlišit hlad od chuti nebo nasycení. U dětí hraje velkou roli vztah s rodiči, stejně jako naučené zvyky v rodině. Obézní rodiče většinou mývají obézní děti, neboť je učí svým zlozvykům. Takové děti pak bývají kvůli své váze terčem posměchu a šikany, což může, jak už bylo zmíněno, vést k problémům začleňování se do kolektivu a navazování vztahů (Herényiová, 2008).

### 1.2.1. Běžná obezita

Běžná obezita je: „*multifaktoriálně podmíněna zvýšenou hereditární náchylností k obezitogennímu prostředí*“ (Hainer & Bendlová, 2011, s. 59). Vznik běžné obezity je podmíněn několika geny. Velkou roli zde hraje interakce mezi leptogenními geny, které snižují náchylnost ke vzniku obezity, a geny obezigenními, které naopak náchylnost zvyšují. Vedle genů zastává velkou roli prostředí, a to především faktory nutriční a pohybová aktivita. Přesto, že geny ovlivňují tělesnou hmotnost ze 40-70 %, největší dopad má zmíněné obezigenní prostředí (Hainer, 2016).

Obezigenní prostředí má vliv na energetický příjem i výdej. Za pozitivní energetickou bilanci zodpovídá nadměrná konzumace tuků, jednoduchých sacharidů a slazených nápojů. Kombinace tuku s cukrem navozuje hedonickou odpověď, která vede ke zvýšené konzumaci. Největší problém při výdeji energii představuje využívání techniky, která šetří náš pohyb (Hainer, 2016). Vedle energeticky bohatých potravin a sedavého způsobu života je třeba zvážit i další rizikové faktory pro vznik obezity, jako některé léky, infekce nebo poruchy spánku (Hainer & Bendlová, 2011).

## 1.3. Klasifikace a diagnostika

K diagnóze obezity nezbytně patří stanovení složení těla, obsahu tukové a beztukové tkáně a její rozložení v těle. Součástí diagnózy je i anamnéza, objektivní a laboratorní vyšetření. Klasifikace se řídí mezinárodním doporučením WHO založeném na indexu tělesné hmotnosti (BMI, body mass index) (Kunešová, 2016).

### 1.3.1. Anamnéza

Vyšetření obézního pacienta vždy začíná anamnézou. Kunešová (2011, s. 163) uvádí, že je nutné věnovat pozornost: „*výskytu obezity v rodině, porodní hmotnosti, vývoji hmotnosti v průběhu života, hmotnostním výkyvům (weight cycling, jo-jo efekt) a životnímu období, ve kterém poprvé došlo ke změně hmotnosti*“. Zjišťuje se i fyzická aktivita, a to jak v průběhu života, tak v současnosti,

anamnéza kouření, poruchy spánku nebo medikace léky navozujících obezitu. Aby mohlo dojít ke správně tvorbě léčebného plánu, zjišťují se i jídelní zvyklosti, preference ve výběru potravin a informace o předchozí léčbě obezity (Kunešová, 2011).

### 1.3.2. Objektivní vyšetření

Objektivní vyšetření se zaměřuje na viditelné známky obezity a jejich komplikace (Kunešová, 2011). Znaků, kterých si na první pohled můžeme všimnout, je nespočet. Povšimnout si můžeme schopnosti chůze, typu obezity (androidní, gynoidní), strií, varixů na dolních končetinách, lymfedému, hirsutismu u žen, poškozeného chrupu v návaznosti na bulimii, intertriga a dalších (Kunešová, 2016).

### 1.3.3. Laboratorní vyšetření

Do diagnostiky obezity, jak uvádí Berková a Berka (2011, s. 86), patří následující základní laboratorní vyšetření: „*glykemie nalačno, celkový cholesterol, HDL-cholesterol, LDL-cholesterol, triglyceridy, kyselina močová, aminotransferázy, alkalická fosfatáza, gamaglutamyltransferáza, bilirubin, urea, kreatinin, TSH*“. Další laboratorní vyšetření se provádí pro vyloučení nemocí spojených s obezitou, například k vyloučení Cushingova syndromu, syndromu polycystických ovarií nebo inzulinomu (Kunešová, 2011).

### 1.3.4. BMI

Index tělesné hmotnosti je základní ukazatel obezity. Jeho hodnotu lze získat výpočtem z rovnice  $hmotnost(kg)/výška(m)^2$  (Kunešová, 2016). Dle WHO má obézní jedinec hodnotu BMI  $\geq 30$  (WHO 2018). Toto hodnocení je ale velmi orientační, neboť nerespektuje rozložení tukové tkáně v těle (podkožní/viscerální) a obsah netukové složky (svaly, vazivo, kosti) (Teplan, Lukáš, Beňo & Lukáš, 2017). Vzhledem k tomu se u sportovců a fyzicky pracujících osob může BMI pohybovat v pásmu nadváhy nebo lehké obezity právě díky vyššímu obsahu beztukové hmoty (Kunešová, 2016). Klasifikace obezity podle BMI je uvedena níže v tabulce 1.

Hodnoty BMI se liší jak pro dětskou a dospělou populaci, tak pro populaci euroamerickou a asijskou. U dětí se obezita určuje pomocí percentilových grafů. Nadváha je nad 90. percentilem, obezita nad 97. percentilem. Hmotnostně-výškový poměr se používá u dětí ve věku 3-5 let. Asijská populace pracuje s nižšími hodnotami norem. Nadváhu určuje BMI 23,0-24,9, obezitu BMI  $\geq 25 \text{ kg/m}^2$  (Kunešová, 2011).

Tabulka 1: Klasifikace obezity podle BMI

BMI	Klasifikace
<18.5	PODVÁHA
18,5-24,9	NORMÁLNÍ HMOTNOST
25-29,9	NADVÁHA
30-34,9	OBEZITA 1.STUPNĚ
35-39,9	OBEZITA 2.STUPNĚ
≥39,9	OBEZITA 3.STUPNĚ

Zdroj: Kunešová, 2016, s. 9

### 1.3.5. Antropometrické metody

Distribuce tuku v těle představuje rizikový faktor pro vznik metabolických a oběhových komplikací obezity. Antropometrické měření je sada metod stanovujících obsah tukové tkáně v těle a jeho distribuci. Mezi základní metody patří měření obvodu pasu, boků a výpočet poměru mezi pasem a boky a pasem a výškou (Kunešová, 2011). Mezi orientační metody patří měření kožních řas na trupu a končetinách (Kunešová, 2016).

Obvod pasu je nejjednodušší a nejčastěji používanou antropometrickou metodou korelující s množstvím abdominálního tuku. Měří se v polovině vzdálenosti mezi spina iliaca anterior superior a dolním okrajem posledního žebra. Zvýšené riziko pro ženy představuje hodnota  $\geq 80$  cm, vysoké riziko hodnota  $\geq 88$  cm. U mužů je zvýšené riziko při hodnotách  $\geq 94$  cm, vysoký riziko představuje obvod pasu  $\geq 102$  cm (Berková & Berka, 2011).

K zjištění proporcionálního rozložení tukové tkáně mezi viscerální a gluteální krajinou používáme hodnotu WHR (Waist Hip Ratio, obvod pas/boky) (Berková & Berka, 2011). Obvod boků měříme v místě maximálního vyklenutí gluteální krajiny. Normální hodnota pro ženy je  $< 0,8$ , pro muže  $< 1,0$ . Tento typ měření se hodí pro homogenní dospělou populaci, pro děti a k srovnání odlišných populací je lepším ukazatel poměr pas/výška (Kunešová M., 2016). Normální hodnota je v rozmezí 0,4-0,5, riziko spojené se zdravotními komplikacemi stoupá od hodnoty 0,6 (Kunešová, 2011).

Další metodou k zjištění podkožního tuku je měření kožních řas. K měření se používají kalipery. Kožní řasy se měří na 10 místech. K orientačnímu měření nejčastěji slouží index centrality. Je to poměr mezi naměřenou hodnotou řasy subkapulární a řasy nad tricepsem. Řasu nad tricepsem měříme ve výši poloviční vzdálenosti mezi acromionem a olecranonem, subkapulární pod dolním úhlem lopatky (Kunešová, 2011).

## 1.4. Zdravotní komplikace

Nadváha spolu s obezitou představují jedno z největších zdravotních ohrožení tohoto století. Nemoci provázejících nebo komplikujících obezitu je mnoho. Sucharda (2016, s. 17), ve své kapitole o zdravotních rizicích obezity a nemocech ji komplikujících, zmiňuje: „*S jistou nadsázkou platí, že není choroba, kterou by obézní nemohli onemocnět.*“ Kardiovaskulární onemocnění a metabolický syndrom patří mezi nejzávažnější komplikace obezity (Sucharda, 2016). Nejzávažnějším rizikovým faktorem pro vznik zejména kardiovaskulárních a metabolických poruch je viscerální ukládání tuku, tzv. abdominální obezita. Definice pro abdominální obezitu je dána obvodem pasu,  $\geq 102$  pro muže,  $\geq 88$  pro ženy (Teplan, Lukáš, Beňo & Lukáš, 2017). Obezita má největší dopad na kardiovaskulární onemocnění, které je přímo spjato s metabolickým syndromem. V dnešní době proto mluvíme o tzv. kardiometabolickém syndromu. Mimo zmíněné je obezita spojována i s onemocněním ledvin, trávicího a dýchacího ústrojí, nádory a problémy psychologickými a sociálními. Komplikace pohybového aparátu, fertility a kožní problémy, jsou další zdravotní komplikace spojené s obezitou (Sucharda, 2016).

### 1.4.1. Kardiometabolický syndrom

Metabolický syndrom je souborem faktorů vedoucích ke vzniku kardiovaskulárních onemocnění a DM 2. typu. Přítomnost metabolického syndromu je podle Rosolové (2015, s. 61) spojena: „*s 5krát vyšším rizikem vzniku diabetu 2. typu a 3krát vyšším rizikem pro vznik kardiovaskulárních onemocnění*“. Podkladem metabolického syndromu je zvýšené ukládání abdominálního tuku (Sucharda, 2016) a inzulínová rezistence (Rosolová, 2015). Metabolický syndrom má několik složek, a to dyslipidémii, hypertenzi, DM 2 a zmíněnou abdominální obezitu (Sucharda, 2016). V České republice se metabolický syndrom vyskytuje zhruba u 1/3 mužů a 1/4 žen (Rosolová 2016).

Definice je dána 5 ukazateli. Obvodem pasu u mužů  $\geq 102$ , u žen  $\geq 88$ ; hodnotu triglyceridů  $\geq 1,7$ ; hodnotu HDL-cholesterolu pro muže  $< 1$ , pro ženy  $< 1,3$ ; krevním tlakem  $\geq 130/85$  a hodnotu glykémie na lačno  $\geq 5,6$  mmol/l. U pacienta splňující alespoň 3 kritéria můžeme diagnostikovat metabolický syndrom (Rosolová, 2015).

Pacienti trpící metabolickým syndromem často trpí řadou dalších onemocnění, např.: nealkoholovou steatózou jater, obstrukční spánkovou apnoei nebo depresivním syndromem (Rosová 2016). Největší riziko ale představuje předčasný vznik aterosklerózy, která je podkladem pro vznik kardiovaskulárního onemocnění (Rosová 2015). V propojení obezity s aterosklerózou má velký vliv endoteliální dysfunkce vedoucí k aterogenezi, ruptuře aterosklerotického plátu a trombóze cévy. Tento jev je spojen s vyšším rizikem pro vznik ischemické choroby srdeční. Častý je i výskyt cévní mozkové příhody. Obézní pacient také častěji trpí hypertenzí. Kvůli zvýšenému plicnímu tlaku a objemu dochází k dilataci levé komory, což přispívá ke zvýšenému riziku srdečního selhání (Sucharda 2016).

#### **1.4.2. Onemocnění ledvin**

Ačkoli této problematice není věnována přílišná pozornost, je prokázána těsná korelace mezi abdominální obezitou a chronickým onemocněním ledvin (CKD, z angl. Chronic Kidney Disease). CKD nejčastěji doprovází hypertenzi a diabetes. DM 2. typu (90 % všech případů diabetu), je vždy spojen s abdominální obezitou. Tento typ obezity představuje i zvýšené riziko pro rozvoj esenciální hypertenze, a to až o 65-70 % (Teplan, Lukáš, Beňo & Lukáš, 2017). Sucharda (2016, s. 21) se zmiňuje o relativním riziku vzniku CKD následovně: „u osob s nadváhou je zvýšeno o pětinu, u obezity o 40 % a při obezitě 3. stupně je dokonce dvojnásobné oproti osobám s normální hmotností“. Ve vztahu k obezitě se v rámci ledvinného onemocnění nejčastěji vyskytuje glomerulopatie. Bylo prokázáno i zvýšené riziko tvorby ledvinových kamenů u lidí trpících nadváhou a obezitou (Sucharda, 2016).

#### **1.4.3. Onemocnění trávicího ústrojí**

Obezita je spojená se vznikem gastroezofageálního refluxu, erozivní gastritidy a adenokarcinomu jícnu a kardie. Riziko klinických projevů je u pacientů s obezitou, oproti populaci s normální váhou, dvojnásobné. U osoby s abdominální obezitou se často vyskytuje nealkoholická jaterní steatóza. Onemocnění žlučníku se velmi často objevuje zejména u obézních žen (Sucharda, 2016).

#### **1.4.4. Onemocnění dýchacího systému**

Hromadění tukové tkáně ovlivňuje respirační funkce. Obezita zhoršuje poddajnost hrudní stěny, což vede k dušnosti. Nejčastějším problémem v rámci onemocnění dýchacího systému je u obézních syndrom spánkové apnoe (SAS). Sucharda (Sucharda, 2016, s.22) se o SAS zmiňuje následovně: „70 % nemocných SAS je obézních, prevalence SAS u obézních je 40 %, téměř všichni muži se 3. stupněm obezity mají příznaky SAS“. Podstatou syndrom spánkové apnoe je střídání epizod, při kterých postižený nedýchá nebo dýchá mělce. Tento syndrom zhoršuje kvalitu života a je spojeno s častým výskytem nehod a úrazů (Mlíková Seidlerová, 2013).

#### **1.4.5. Nádorová onemocnění**

Nádorová onemocnění jsou celosvětově jednou z nejčastějších příčin úmrtí. Jejich vznik je dán řadou rizikových faktorů, mezi které se řadí i obezita (Šupová et al., 2014). Karcinom prsu, endometria, vaječníků a prostaty, kolorektální karcinom, karcinom ledviny, lymfomy a leukémie jsou nádorová onemocnění na jejichž etiopatogenezi se podílí obezita (Sucharda, 2016).

#### **1.4.6. Psychologické a sociální problémy**

Obézní lidé mají obvykle snížené sebevědomí a potýkají se s úzkostí a depresí (Sucharda, 2016), trpí pocity méněcennosti, viny a studu. Obezita má často dopad na mezilidské vztahy, intimní život a osobní a pracovní vztahy (Wagenknecht, 2016).

Obézní člověk velmi často řeší stresové situace jídlem, kterým také zaplňuje vnitřní nespokojenost. Z krátkodobého hlediska přináší jídlo v těchto situacích uspokojení nebo úlevu. Tento pocit uspokojení oddaluje nepříjemné pocity, kterými podle Wagenknechta (2016, s. 125)



mohou být zejména: „*pocity nedostatku lásky, uznání, blízkosti, nenaplněnosti života, opuštěnosti, nudy, hněvu, viny, pochybností o sobě samém atd.*“). Na druhou stranu přináší útlum, kdy člověk nemá dostatek energie daný problém aktivně řešit. Tento stav může do určité míry jednotlivce chránit, pokud ale přejde ve stav chronický, přetrvávající, začíná škodit. Člověk se dostane do bludného kruhu pocitů selhání a výčitek, vedoucích k prohloubení nespokojenosti se sebou samým (Wagenknecht, 2016).

## **1.5. Faktory ovlivňující vznik obezity**

Na vznik obezity má vliv hned několik faktorů. Vedle genetiky hraje velkou roli především životní prostředí. Za rizikové období se dá pokládat již období fetální, kdy velkou roli hraje váha matky před otěhotněním, váhový přírůstek v době těhotenství, výživa během těhotenství, její složení, ale i kouření nebo cvičení. Velký význam v prevenci obezity hraje kojení, kdy déle kojene děti mají nižší riziko rozvoje obezity. V období předškolního věku se za hlavní rizikové faktory považuje životní styl rodiny spojený s jídelními a sportovními zvyklostmi (Pařízková & Lisá, 2009). U dospělých se obezita pojí s nástupem do zaměstnání, založením rodiny, zanecháním sportu a odchodem do důchodu. Pro ženu je v průběhu života rizikovým obdobím zejména dospívání, těhotenství a přechod. Ke vzniku obezity jsou náchylnější lidé s nižším vzděláním a nižšími příjmy, lidé žijící mimo města nebo lidé trpící depresí či úzkostí (Hainer, 2016).

## **1.6. Léčba obezity**

V léčbě obezity se uplatňují zejména tři hlavní složky, a to dietní opatření, pohybová aktivita a změna chování. Součástí léčby může být farmakoterapie nebo bariatrická chirurgie. Dietou se ve spojitosti s obezitou myslí způsob života, z lat. Diaeta (Kunešová, 2016).

Jak už bylo zmíněno: „*obezita je definována jako zvýšené množství tukové tkáně*“ (Málková, 2016, s. 131). Bohužel tato definice nevystihuje přesně celou problematiku. Pokud se na obezitu podíváme z psychologického hlediska, nacházíme u obézních, mimo nevhodného složení těla, odchylky v kognici a emocích. Obézní člověk ve svém životě střídá období radikálních diet s obdobími nekontrolovatelnosti a velkým příjmem jídla. Během období nekontrolovatelnosti sbírá síly na další radikální pokus o hubnutí, ve kterém opět selže, a tak se dostává do bludného kruhu. Terapie proto musí být komplexní. Vedle zmíněných možností léčby obezity by se měl klást důraz i na psychologickou formu léčby, která může mít dle závažnosti projevů různou podobu (Málková, 2016).

Vzhledem k tématu a rozsahu práce se zaměřím pouze na léčbu psychologickou, o které bude pojednáno níže v kapitole o léčbě PPP spojených s obezitou (s. 23).

## **1.7. Prevence**

Jelikož obezita zhoršuje kvalitu života, nese s sebou značné omezení a zkracuje délku života, má velký dopad na ekonomiku státu. Mimo přímé náklady spojené se zdravotní péčí, ovlivňuje obezita náklady na zdravotní péči i nepřímě. Tyto náklady souvisejí s pracovní neschopností (Müllerová & Kunešová, 2011). Aby došlo k zabránění šíření této pandemie, je potřeba zavést určitá

preventivní opatření. Prevence by měla být směřována hlavně na děti a mládež, neboť návyky si člověk tvoří především v této oblasti života.

Prevence obezity začíná už v útlém věku. Podpora kojení by ve společnosti měla být základem, neboť kojení zabraňuje překrmování dítěte. Hainerová (2011, s. 368) uvádí: „*kojené děti mají i nižší riziko nadváhy a obezity, a to až o 20 % do čtyř let věku*“. Ve školkách se klade důraz na pohybovou aktivitu a úpravu stravy. Prevencí ve školách je odstranění automatů na sladké nápoje a sladkosti a jejich náhrada za automaty nabízející zdravé potraviny a pitnou vodu. Zdravou a vyváženou stravu ve školách by měla zajistit jídelna. Za účinnou prevenci lze považovat zamezení cílené reklamy na děti propagující nezdravé potraviny (Hainerová, 2011).

Ačkoli prevence je do značné míry individuální, je nutné ji kombinovat s celospolečenskou prevencí. Existuje několik politických dokumentů vydaných Evropskou unií, které se snaží o zajištění antiobezitogenního prostředí. Dosažení takového prostředí činní volbu zdravého životního stylu snazší a dostupnější. Mezi pro nás nejdůležitější dokument patří Bílá kniha, o které bude pojednáno níže (Müllerová & Kunešová M., 2011).

### **1.7.1. Bílá kniha**

Bílou knihu, strategii pro Evropu týkající se zdravotních problémů souvisejících s výživou, nadváhou a obezitou, vydala roku 2007 komise evropských společenství. Cílem, jak je uvedeno v Bílé knize (2007, s 2), je: „*přispět k omezení nemocí způsobených špatnou výživou, nadváhou a obezitou*“. Kniha zahrnuje oblasti potravin, sportu, výchovy a dopravy (Bílá kniha-Strategie pro Evropu týkající se zdravotních problémů souvisejících s výživou, nadváhou a obezitou, 2007).

Oblast potravin se zaměřuje na potravinářský průmysl a produkci zdravějších potravin. Finanční a regulační politika zajišťuje jejich snazší dostupnost. Klíčové je zlepšení informovanosti spotřebitele značením potravin a omezení klamavé reklamy. Oblast vzdělání se zaměřuje na děti i dospělé. Na jedné straně kvalitní výchova ke zdraví, osvojení si dovedností v oblasti výživy a sportu, více hodin tělesné výchovy, omezení nabídky školních automatů a kvalitní školní stravování, na druhé péče o zdraví v zaměstnání a nabídka zdravého stravování na pracovištích. Cílem Bílé knihy je i výstavba měst umožňující aktivní transport a zajišťujících prostor pro aktivní trávení volného času (Müllerová & Kunešová M., 2011).

## 2. Poruchy příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy jsou onemocnění charakterizované odlišnými jídelními zvyklostmi, přehnanou obezřetností nad tělesnou váhou a zkresleným obrazem vnímání vlastního těla vznikající na základě působení genetických, psychologických a sociálních faktorů (Bell & Paul, 2013). Vedle poruchy vnímání vlastního těla jsou typické i somatické a psychické poruchy, zvýšená suicidalita a mortalita (Yamamotová, 2016). Velkým problémem poruch příjmu potravy je jejich stigmatizace a stud nemocných, což vede k zatajování problémů a vyhýbání se psychologické či psychiatrické léčbě. V praxi se právě proto setkáváme častěji s PPP již v chronickém stádiu, kde dochází primárně k léčbě somatických následků (Papežová, 2018).

Dle Papežové (2018, st. 122) jsou PPP považovány za: „*kontinuum patologického jídelního chování, zahrnující jídelní patologii od nejzávažnější jednotky anorexia nervosa (AN) a bulimia nervosa (BN) až po psychogenní přejídání, noční přejídání a s nimi spojenou obezitu*“ Společným prvkem všech PPP je strach z nadváhy nebo obezity, nespokojenost s vlastním tělem a přílišná snaha o dosažení štíhlosti (Krch, 2016).

### 2.1. Epidemiologie

Zjištění prevalence nebo incidence PPP je velmi obtížné, a to z několika důvodů. Prvotním problémem je stud, který nemocným brání ve vyhledání odborné pomoci. Studie využívající registry zdravotních služeb tak nemají dostatečná data o všech trpících PPP, což ve výsledku vede k podhodnocení rozsahu problému. Výsledky studií se často liší i z důvodu použití metodologicky rozdílných přístupů a v neposlední řadě hraje velkou roli změna diagnostických kritérií (Papežová, 2018). I přesto víme, že PPP jsou mezi adolescenty 3. nejčastějším psychiatrickým onemocněním (Herényiová, 2008).

Například studie z roku 2016 dospěla k výsledku, že výskyt PPP u evropských žen je následující: <1-4 % trpí AN, <1-2 % BN a <1-4 % záchvatovitým přejídáním. Výskyt AN zůstává stejný, zatímco výskyt BN má klesající charakter. Pouze 0,3-0,7 % evropských mužů přiznalo, že trpí PPP. Více jak 70 % tázaných rovněž trpělo psychickým onemocněním, >50 % úzkostí, >40 % poruchami nálady a >20 % sebepoškozováním (Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016). Jiná studie publikovaná v roce 2017 zabývající se výskytem PPP u mužů a žen středního a staršího věku přinesla tyto výsledky: PPP trpí 3,5 % žen starších 40 let a pouze 1-2 % mužů stejné věkové kategorie (Barbara & Hans, 2017). Krch uvádí, že AN a BN trpí 10x-20x častěji dívky než chlapci (Krch, 2016).

### 2.2. Etiologie

PPP postihují: „*jedince všech věků, pohlaví, etnicit, socioekonomických postavení, různých tělesných tvarů, hmotností a rozměrů*“ (Papežová, 2018, s. 556). Jedná se, stejně jako u obezity, o multifaktoriálně podmíněné onemocnění. Na vzniku se podílí rizikové faktory biologické, psychologické, ale i rodinné a sociokulturní. Za hlavní rizikový faktor se považuje osobní zkušenost s nadváhou nebo obezitou, ať už v osobní nebo rodinné anamnéze.

Nárůst výskytu PPP byl v posledních letech signifikantní. Může za to rychle se měnící kultura, módní průmysl, časopisy, filmy a sociální sítě propagující štíhlost. Nároky na štíhlost, která

se považuje za nejdůležitější aspekt fyzické přitažlivosti, tak působí na všechny z nás ve velké míře (Krch, 2011).

K manifestaci PPP nejčastěji dochází u jedinců, kteří jsou vystaveni rizikovým faktorům vedoucím k držení diet. Onemocnění se týká většinou žen, které jsou ochotnější dodržovat přísné diety, ale také jedinců s opožděným fyzickým vývojem, nevhodnou distribucí tukové tkáně nebo predispozicí k obezitě. Velmi rizikovou skupinu tvoří modelky a baletky nebo děti rodičů s PPP. Rizikovým věkem je pak u žen především dospívání, kde dochází ke změně těla (Krch, 2011). Rozvoj PPP bývá pomalý a často skrytý v nevhodných jídelních zvyklostech rodiny nebo přátel (Krch, 2016).

### 2.3. Mentální anorexie

Anorexie je PPP, která se vyskytuje především u dospívajících a mladých žen. Pouze 5-10 % nemocných představují mladí chlapci a muži. Tato porucha je charakterizována cíleným snižováním váhy. O mírné anorexii mluvíme při poklesu BMI na 17. Při BMI < 15 mluvíme již o anorexii extrémní. Pro určení diagnózy musí být splněna všechna diagnostická kritéria, a to: BMI <17,5, úmyslné snižování váhy pomocí diet, cvičením, zvracením či užíváním laxativ nebo diuretik. Pokud dochází k vyprovokovanému zvracení či užívání laxativ/diuretik, mluvíme o purgativním typu anorexie. Dalším hodnotícím kritériem je specifická patologie, v tomto případě strach z tloušťky a zkreslené vnímání vlastního těla. Třetím hlediskem je amenorea u žen a ztráta sexuálního zájmu u mužů v důsledku endokrinní poruchy hypotalamo-pituitární-gonádové osy. Pokud dívka/chlapec začnou s AN ještě před pubertou, dochází k opožděnému vývoji růstu (Papežová, 2018). K rozvoji AN dochází nejčastěji ve 13-18 letech. (Krch, 2016).

Ačkoli se může zdát, že AN nemá s obezitou nic společného, opak je pravdu. Obezita může AN přecházet, nebo následovat po jejím vyléčení. Pokud obézní jedinec začne hubnout, je žádoucí zjistit, zda k hubnutí nevede nevhodné jídelní chování a zdali není člověk motivován vinou, strachem nebo úzkostí. Studie z roku 2015 zkoumala rozdíly a souvislosti u lidí trpících AN s historií obezity. Tato studie zjistila, že lidé s historií obezity mohou mít vyšší BMI, než je kritérium pro AN (hodnota BMI pro diagnostiku AN  $\geq 17,5$ ), a přesto AN trpí. Díky tomu může být AN nediodagnostikována a nemocnému se nedostane odborné péče (Koritar et al., 2013)

### 2.4. Mentální bulimie

Mentální bulimie je PPP, která se velmi často vyvíjí z AN (Papežová, 2018), nejčastěji mezi 15-25 rokem života (Krch, 2016), avšak nemocní mají při tomto onemocnění váhu optimální nebo zdravou. Existují tři diagnostická kritéria. Prvním je neustálé se zaobírání jídlem, především přejídání se velkými porcemi jídel během krátké doby. Snaha o potlačení kalorického příjmu je kritériem druhým. Pacienti trpící BN potlačují kalorický účinek jídla dle Papežové (2018, s. 123) následujícími způsoby: „*vyprovokovaným zvracením, zneužíváním laxativ, hladovkami, anorektiky, diuretiky, tyreoidálními preparáty, laxativy, u diabetických pacientů manipulací inzulinovou léčbou*“. Třetí kritérium se pak stejně jako u AN týká specifické psychopatologie, a to chorobným strachem z tloušťky. Stupně závažnosti se odvíjí od frekvencí, ve kterých dochází k nevhodnému kompenzačnímu chování (Papežová, 2018).

## 2.5. Poruchy příjmu potravy a obezita

Významným faktorem v etiologii PPP je strach z nadváhy a nevhodné výživy. Lidé se pouští do extrémních diet, které ve většině případů nejsou schopni dodržet. Následují pocity ztráty kontroly nad jídlem, které prohlubují pochybnosti o sobě samých a zvyšují riziko následného přejedení. Pro obezitu, stejně jako pro jiné PPP, je typické skreslené vnímání vlastního těla a nepřiměřené kontrolování tělesné váhy (Krch, 2016). S rostoucí váhou klesá sebevědomí a objevují se psychické problémy, kterými jsou dle Krcha (2011, s. 381): „*emoční labilita, hypersenzitivita, sociální izolace a deprese*“. Právě deprese a anxieta jsou častými doprovodnými psychologickými komorbiditami (Krch, 2016).

Dle Papežové (2018) je obezita spojena s PPP ve 40-70 %. Psychogenním přejídáním trpí 53,6 %, atypickou formou BN 12,4 % a až 20,6 % bulimii. Společným rysem, jak už bylo několikrát zmíněno, je narušené jídelní chování. Dochází ke střídání drastických diet s nekontrolovatelnou konzumací jídel. Může dojít ke vzniku závislosti na určitých potravinách, např. sladkostech nebo pečivu. Častý bývá příjem potravin ve večerních hodinách nebo v noci se záchvaty vlčího hladu a následným zvracením (Papežová, 2018).

### 2.5.1. Psychologické charakteristiky obézních

Pacienty s  $BMI \geq 30$  mají vyšší skóre v některých škálách osobnostních dotazníků. Podle Wagenknechta (2011, s. 260) jde zejména o škály: „*úzkostnosti, depresivity, hypochondrie, závislého chování, nespokojenosti se svým tělesným zdravím, snížené sebekontroly, sníženého sociálního zájmu, nižšího sebevědomí a negativnějšího vztahu k vlastní osobě*“. S rostoucím stupněm obezity jsou sledované škály výraznější a psychické komplikace vážnější. Rozdíly oproti lidem s BMI v rozmezí 18,5-24,9 jsou i v jídelním chování. Obézní mají tendenci jíst rychleji a nepravidelně. Jsou náchylnější k vnějším podnětům. Mají problém rozlišit fyziologický hlad od emočního, a také rozlišit, kdy jsou sytí a kdy ne (Wagenknecht, 2011).

Někteří pacienti přicházející do obezitologických ambulancí trpí různě závažnými zdravotními i psychickými nemocemi. Ženy vyhledávají pomoc dříve, zejména z estetických důvodů, muži přicházejí později, až když se objeví zdravotní komplikace spojené s obezitou. Pacienti za sebou obvykle mají řadu redukčních pokusů, avšak neúspěšných. Obecně velmi dobře ví, jak váhu redukovat, ale vzhledem k počtu neúspěšných pokusů postrádají motivaci. Pokud doktor shledá psychické problémy nebo má podezření na PPP, odesílá pacienta do péče psychologa (Wagenknecht, 2011).

### 2.5.2. Psychologická diagnostika

Cílem psychologické diagnostiky je odhalit možné skryté PPP a rozhodnout o správně zvoleném léčebném postupu. V psychologické diagnostice se nejčastěji využívá dvou přístupů k určení charakteristických odlišností pacientů. Základem je anamnéza pacienta a k tomu správně zvolené testové metody. Klinické (anamnéza) a testové (dotazníky) metody. V rámci anamnézy zjišťujeme dosavadní pokusy o redukci a změny hmotnosti v návaznosti na životní události. Důležité je zjistit emoční doprovod daných událostí. Dále se zjišťují jídelní zvyklosti a jejich emoční stránka. Nejčastěji se objevuje záchvatovitě přejídání mezi hlavními chody nebo syndrom nočního jedení.

Během záchvatu přejídání zkonsumuje pacient bezmyšlenkovitě velké množství jídla. Konzumace v tomto případě není příjemná a nepřináší uspokojení. Dotazníky využívají sebesposuzovacích škál zaměřených např. na jídelní chování, rozložení jídla během dne, způsob konzumace nebo vlivy emocí a stresu. Výsledky může skreslovat fakt, že obézní mají tendenci podhodnocovat svůj příjem (Wagenknecht, 2011).

### 2.5.3. Psychogenní přejídání

Na narůstající prevalenci obezity má z velké části podíl právě psychogenní přejídání (PP). Jedná se o PPP charakterizovanou neustálým zaobíráním se jídlem. Častým doprovodným znakem je craving (neodolatelná chuť k jídlu), neboli bažení po jídle a binge eating (prejídání) s pocitu ztráty kontroly. Na rozdíl od BN nedochází po přejedení k potlačení kalorického účinku jídla (viz. s. 20). Dle DSM-5 se přejídáním chápe takový stav, kdy člověk sní na posezení mnohem víc jídla, než by běžný člověk zkonsumoval za stejný časový interval a za stejných okolností. Člověk trpící PP může během záchvatu přejídání najednou přijmout 1 500- 4 500 kcal, a to za velmi krátký čas i přes pocit nasycení. Abychom mohli hovořit o PP, musí se epizody přejídání objevovat alespoň 1x do týdne po dobu 3 měsíců (Papežová, 2018). Papežová (2018, s. 125) k PP dodává: „*Nemocní jedí o samotě, trpí pocitu studu, po záchvatu přejídání obvykle následují pocity znechucení, napětí, deprese či viny. Každou epizodu provází velký stres.*“

Psychopatologie zde opět souvisí s chorobným strachem z tloušťky (Papežová, 2018). PP trpí nejčastěji ženu mladší 45 let s BMI>42 (Slabá, 2014). Problémem je snaha o dosažení nereálných hmotnostních cílů. Nastavení příliš ambiciózních diet způsobí při jejich nedodržení pocitu ztráty kontroly s následnými pocitu viny, což vede opět k přejídání (Krch, 2011). Pacienti trpící PP častěji vykazují vyšší skóre deprese (Slabá, 2014).

### 2.5.4. Syndrom nočního jedení

Problematiku výživy a spánku obnáší syndrom nočního přejídání (NES). NES doprovází ranní anorexie, večerní nebo noční hyperfagie a nespavost. Pacient trpící NES konzumuje 25 % svého denního energetického příjmu po večeři nebo se objevují alespoň 2 epizody konzumace jídla během noci. Nemocný je přesvědčený, že nemůže usnout, dokud se nenají. Typickým projevem bývá stupňující se depresivní nálada s blížícím se večerem (Dohnal, 2013). Diagnostickým kritériem pro NES jsou alespoň 2 probuzení s konzumací jídla během noci za týden (Šonka, 2018). Mezi pacienty obezitologických center je prevalence 8,9 %, u pacientů s extrémní obezitou před bariatrickým výkonem činí prevalence 9-28 % (Rogers et al., 2006).

Vedle NES existuje další PPP vázaná na spánek (SRED). Zatím co lidé trpící NES si jsou vědomi svých záchvatů přejídání, pacienti se SRED o nich nevědí. Diagnostickým kritériem je probuzení se během hlavní spánkové periody (NREM spánek) spojené s mimovolným jedením. Kombinace jídel může být nevhodná nebo dokonce nepoživatelná (syrové maso, mražené potraviny, zvířecí konzervy). Postižený jedinec může během záchvatu sníst i jídla, na která je alergický. Někteří se pouští i do přípravy složitějších pokrmů, při čemž hrozí riziko poranění nebo vzniku požáru (Šonka, 2018).

## 2.6. Léčba

V léčbě PPP se uplatňuje více přístupů, především různé specializované formy psychoterapie, které jsou přizpůsobené příznakům nemoci a zaměřují se nejčastěji na tělo nebo dietní poradenství (Krch, 2016). Základem úspěšné terapie je vždy motivace pacientů a dobře vedený terapeutický rozhovor, který motivaci posiluje (Soukup, 2018). Vedle motivačních rozhovorů se využívá i kognitivně behaviorální terapie (KBT) (Krch, 2018). U dětí a dospívajících je ideální léčebnou intervencí terapie rodinná. Vedle příznivého dopadu na nemocného, má rodinná terapie kladný dopad na všechny členy rodiny a zlepšení vzájemných vztahů. Dlouhodobě pozitivního efektu lze dosáhnout spojením psychoterapie a hospitalizace na psychiatrii (Tomanová, 2018). Vedle hospitalizace se v léčbě uplatňují denní stacionáře a následná péče (Krch, 2016).

### 2.6.1. Psychologická léčba PPP spojených s obezitou

Do psychologické péče se dostane pacient, pokud trpí poruchou příjmu potravy, poruchou potravního chování nebo problematickým vnímáním a hodnocením svého těla, dále lidé s nedostatkem motivace nebo pacienti s jinou psychickou poruchou (deprese, úzkost, obsedantně-kompulzivní poruchy a jiné), která může narušovat redukční program. Mezi metody psychologické péče patří diagnostika, poradenství a psychoterapie (Wagenknecht, 2016). Wagenknecht (2011, s. 273) shrnuje cíle psychologické léčby následovně: „*Ve svém výsledku by psychologická intervence měla podpořit vlastní aktivitu pacienta, jeho motivaci a schopnost sám o sobě dobře rozhodovat*“. Cílem léčby je změna jídelního chování nemocného, stabilizace somatických následků a v neposlední řadě zlepšení vnímání vlastního těla (Papežová, 2018). Intervence dle Krcha (2016, st. 67) směřuje ke: „*změně nevhodných postojů a návyků pacientky a na potlačení vlivů, které je postojů, které je posilují nebo brání potřebné změně*“ (Krch, 2016).

Psychologická diagnostika klade důraz na jídelní zvyklosti. Zjišťuje se, na kolik je příjem stravy ovlivněn emocemi, zda se mezi jídly objevuje záchvatovité přejídání, noční přejídání, uždibování nebo bulimické rysy. Důležité je zjistit i rozložení jídla během dne a způsobu jeho konzumace nebo vlivu stresu na konzumaci potravin. Cílem diagnostiky je najít faktory, které vedou k rozvoji obezity a selhávání při redukčních pokusech (Wagenknecht, 2016). Díky psychologické diagnostice je možné zvolit vhodnou metodu léčby.

Psychologické poradenství je krátká intervence, která se podle Wagenknechta (2016, s. 128) zaměřuje na „*změnu životních zvyklostí a stereotypů (životního stylu), překonávání psychických problémů pacienta vyvolaných či spojených s obezitou nebo redukčním režimem*“. Psychologické poradenství poskytuje informace a návody k řešení problematických situací, poukazuje na to, proč se jedinec drží určitých zvyklostí, uvolňuje napětí a posiluje motivaci (Wagenknecht, 2016).

Psychoterapie napomáhá ke znovunalezení rovnováhy v životě. Cílem není vyřešit nežádoucí situace, ale naučit se s nimi pracovat a dát tak prostor pro rozvoj plné osobní existence. Psychoterapie může být individuální nebo skupinová (Wagenknecht, 2013). Jedním ze směrů současné psychoterapie využívaný ve snaze o redukci hmotnosti je KBT. Tato metoda se snaží o nalezení způsobu, který by změnil nevhodné vzorce chování vedoucí k rozvoji obezity. KBT analyzuje chování jedince a rozebírá příčiny a důsledky daného chování. V rámci KBT se

postupuje ve 3 krocích. Prvotně se analyzuje patologie jídelního chování vedoucí ke vzniku nebo rozvoji obezity. Druhým krokem je zjištění vnitřních a vnějších podnětů, které nevhodné chování spouští. Posledním krokem je prosadit změny vedoucí k lepšímu životnímu stylu (Slabá, 2014). Dle Slabé (2014, s. 48) je cílem KBT: „pomoci pacientovi překonat pocity slabosti, méněcennosti či neschopnosti účinně redukovat vlastní tělesnou hmotnost.“

## 2.7. Prevence

Snaha o zavedení prevence v rámci PPP je čím dál tím těžší. Velkou roli hrají média, zejména internet, která propagují nereálný ideál krásy. Z hlediska vlivu médií je potřeba dbát i na reklamy, které propagují řešení emočních problémů jídlem. Dívky začínají být nespokojené se svou postavou v poměrně útlém věku a pouští se do diet, které jsou komerčně výnosné. Problémem je i narůstající počet soutěží krásy, kde BMI výherkyň se pohybuje pod hodnotou 17,5, což je kritériem pro diagnózu anorexie. Z předešlých pokusů stojí za zmínku kampaň fotografa Oliviera Toscani, který nechal vytvořit billboardy s 31 kilovou modelkou, jakožto odstrašující případ. I přes dobrý úmysl mohla mít tato kampaň negativní dopad na dívky již trpící AN, které s vidinou slávy mohly svou restriktu prohloubit. V roce 2006 přišla Americká akademie pro poruchy příjmu potravy s novými pravidly, že by měli mít modelky BMI>18 a být starší 16 let. Bohužel ne všude se s těmito pravidly pracuje (Gricová & Papežová, 2018).

Gricová a Papežová (2018) uvádí, že až 90 % studentů ve věku 12-20 let používá internet, proto je internet důležitým místem pro intervenci. Existují různé webové stránky, které nabízejí terapeutickou podporu a shromažďují adekvátní informace o onemocnění. U nás se jedná např. o stránku [www.idealni.cz](http://www.idealni.cz) nebo [www.healthandfree.cz](http://www.healthandfree.cz). Výhodou těchto portálů je možnost zůstat v anonymitě (Gricová & Papežová, 2018).

Klíčem k úspěchu v preventivních programech je mluvit o zdraví a zdravém životním stylu, nikoli o váze. Programy mají směřovat na změny chování, které může být ovlivněno, např. čas strávený sledováním TV nebo pití slazených nápojů. V programech je nutné pracovat se zdravým sebevědomím, přístupem k vlastnímu tělu a podporovat tělesnou aktivitu (Gricová & Papežová, 2018).



# PRAKTICKÁ ČÁST

## 3. Cíl výzkumu

Cílem výzkumu bylo analyzovat problematiku vzájemného výskytu obezity a rysů poruch příjmu potravy u nově příchozích pacientů v obezitologické ambulanci. Vedle patologického jídelního chování bylo cílem zmapována i výskyt depresivních a úzkostných symptomů, které se s obezitou často pojí.

- 1. CÍL** Analyzovat výskyt depresivních a úzkostných symptomů a jejich míru závažnosti u nově příchozích pacientů obezitologické ambulanci.
- 2. CÍL** Analyzovat intenzitu bažení po jídle u nově příchozích pacientů v obezitologické ambulanci.
- 3. CÍL** Analyzovat jídelní chování pomocí škál restrikce, disinhibice a hladu u nově příchozích pacientů v obezitologické ambulanci.
- 4. CÍL** Analyzovat výskyt rysů poruch příjmu potravy u nově příchozích pacientů v obezitologické ambulanci.

## 4. Metodika

Výzkum má kvantitativní charakter a byl prováděn formou dotazníkového šetření na III. Interní klinice – klinika endokrinologie a metabolismu Všeobecné fakultní nemocnice v Praze a 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy. Cílovou skupinou respondentů byly nově příchozí dospělí v obezitologické ambulanci. Ke sběru dat byl použito 5 dotazníků, a to krátký anamnestický dotazník, Beckova posuzovací škála deprese a úzkosti, dotazník jídelních zvyklostí (TFE-Q, z angl. Three Factor Eating-Questionnaire), dotazník neodolatelné chuti k jídlu (G-FCQ-T, z angl. General Food-Craving Questionnaire – Trait) a EDE-Q dotazník (Eating Disorder Examination–Questionnaire). V anamnestickém dotazníku vyplňovali respondenti mimo jiné věk, výšku a váhu. Údaji o výšce a váze dále posloužily pro výpočet BMI (vzorec pro výpočet viz str. 13). Vzhledem k tomu, že sběr dat dále poslouží personálu oddělení (obezitolog, psycholog) byly v anamnestickém dotazníku zařazeny otázky týkající se onemocnění: diabetes mellitus, hypertenze, onemocnění srdce, dna, hypercholesterolemie, onemocnění štítné žlázy a jiná onemocnění (psychiatrická léčba a jiné). Vzhledem k tématu a rozsahu práce z těchto údajů hodnotím pouze onemocnění psychiatrická. Zbylé 4 dotazníky jsou standardizované psychologické dotazníky, které mi poskytla vedoucí práce Mgr. Barbora Pešková. O jednotlivých dotaznících bude podrobněji pojednáno níže.

Dotazníkové šetření bylo zvoleno z důvodu úspory času. Dotazníky byly distribuovány v obezitologické ambulanci v první fázi pouze mnou, později k urychlení sběru dat i zdravotními sestrami příslušného oddělení. Zdravotní sestry byly seznámeny s distribucí dotazníků a měly předem připravené obálky se sadou dotazníků, kdy každá jedna obálka byla nadepsána jménem pacienta a datem jeho návštěvy. Údaje o nově příchozích pacientech mi poskytla vedoucí práce pomocí nemocničního informačního systému Medea. Po oslovení byli respondenti seznámeni

s účelem sběru dat a po jejich ústním souhlasu jim byla předána sada dotazníků. Respondenti vyplnili dotazníky na místě a zanechali je mně nebo sestřám. Vzhledem k citlivosti dat a možné identifikaci respondenta zůstaly obálky s vyplněnými dotazníky v nemocnici u vedoucí práce Mgr. Barbory Peškové. Sběr dat probíhal po schválení etickou komisí v období od 15.11.2018 do 15.3.2019.

#### **4.1. Beckova posuzovací škála deprese a úzkosti**

Beckova posuzovací škála deprese a úzkosti je nástroj hodnotící úzkost a míru deprese u pacientů trpících úzkostnou poruchou nebo depresí. K zjištění slouží dva dotazníky, Beckův inventář úzkosti (BAI, z angl. Beck Anxiety Inventory) a Beckův inventář deprese (BDI-II, z angl. Beck Depression Inventory) (Kamarádová et al., 2016)

BAI vznikl roku 1988 jako sebe-posuzující dotazník. Slouží k odlišení úzkosti od deprese. Pacient má za úkol odpovědět na 21 otázek týkajících se minulého týdne včetně dne vyplnění. Otázky se týkají somatických a psychických příznaků úzkosti. Úkolem je u každé otázky odpovědět pomocí škály 0-3, do jaké míry pacienta daný problém obtěžoval. Pokud příznak nebyl přítomen vůbec, označí pacient hodnotu 0. Při mírných obtížích hodnotu 1. Hodnotu 2 volí v případě, že ho daný problém obtěžoval středně, ale dalo se to vydržet. Nejvyšší možná hodnota, hodnota 3, patří problémům, které se již téměř vydržet nedaly. V rámci testu se dá získat 0-63 bodů. (Kamarádová, 2016).

BDI-II, stejně jako BAI, je sebe-posuzující dotazník o 21 otázkách. Tento dotazník hodnotí hloubku deprese, její somatickou i psychologickou stránku. Pacient opět přiřazuje jednotlivým symptomům hodnoty 0-3. Mezi otázky odpovídající na psychologickou stránku deprese patří např. otázky týkající se pocitu selhání, obav z budoucnosti nebo pocitů viny. Otázky týkající se poruch spánku, únavy nebo snížení libida se týkají stránky somatické. I zde lze získat 0-63 bodů (Kamarádová et al., 2016).

#### **4.2. Dotazník neodolatelné chuti k jídlu**

Dotazník neodolatelné chuti k jídlu, G-FCQ-T, je nástroj pro zjištění intenzity bažení po jídle (Světlák & Černík, 2010). Byl prokázán lineární vztah mezi intenzitou bažení a extrémními stravovacími zvyklostmi, které jsou znakem PPP. (Klimešová & Elfmark, 2015). Dle Světláka & Černíka (2010, s. 44) je bažení charakterizováno: „*intenzivní a neodolatelnou touhou jíst jídla určitého druhu*“. Dotazník obsahuje 21 otázek rozdělených do 4 skupin. Otázky 1-6 se týkají zaujatosti jídlem, otázky 7-12 ztrátou kontroly, otázky 13-17 pozitivním očekáváním a otázky 18-21 bažením emočním. Odpovědi se zaznamenávají na Likterovu šestibodovou škálu dle tohoto návodu: „(1 bod – nikdy, netýká se mě to; 2 body – zřídka; 3 body – někdy; 4 body – často; 5 bodů – téměř vždy; 6 bodů – vždy), kde vyšší hodnota vyjadřuje vyšší míru bažení po jídle“ (Klimešová & Elfmark, 2015).

Faktor zaujatost jídlem poskytuje informace o tom, jak moc jedince myslí na jídlo i mimo přítomný fyziologický hlad. Druhý faktor měří intenzitu ztráty kontroly nad jídlem. Vyšší skóre u tohoto faktoru vykazují často osoby trpící obezitou, ale i jedince s váhou normální, kteří ale

k udržení svojí váhy musí vynaložit velké úsilí. Faktory pozitivního očekávání a emočního bažení informují o tom, jak jídlo může ovlivnit zvládnání stresu (Světlák & Černík, 2010).

### 4.3. Dotazník jídelních zvyklostí

TFE-Q, nazýván též Eating Inventory, slouží k zhodnocení jídelního chování. K hodnocení slouží 3 faktory zabývající se restrikcí, disinhibicí a hladem. (Wagenknecht et al., 2007).

Dietní omezení neboli restrikce, je definováno jako záměrné omezování příjmu stravy za účelem kontroly tělesné hmotnosti. Tato restrikce se považuje za důležitou kognitivní funkci, která zabraňuje nadměrné konzumaci potravin (Kahathuduwa et al., 2018). Faktor restrikce hodnotí sebeovládání, míru kontroly nad příjmem potravy a jeho vědomé omezování (Wagenknecht et al., 2007).

Faktor disinhibice představuje určité chování, které daný člověk při jídle vykazuje. Tímto chováním se myslí např. hltání, neschopnost přestat i přes nasycení, kontrola před ostatními, a naopak přejídání se o samotě nebo zajídání smutku, osamělosti. Respondent označuje, jak moc je schopný nad jídlem držet kontrolu nebo naopak, zda při konzumaci potravin ztrácí zábrany. Oproti restrikci je disinhibice často spojována s konzumací tučnějších a sladších jídel (Wagenknecht et al., 2007).

Poslední faktor, faktor hladu, měří citlivost respondenta k vnímání hladu vyvolaného interními a externími podněty (Kahathuduwa et al. 2018). Odpovědi pak odrážejí míru intenzity potřeby jíst a schopnost v jídle přestat při dosažení pocitu nasycení (Wagenknecht et al., 2007).

### 4.4. EDE-Q dotazník

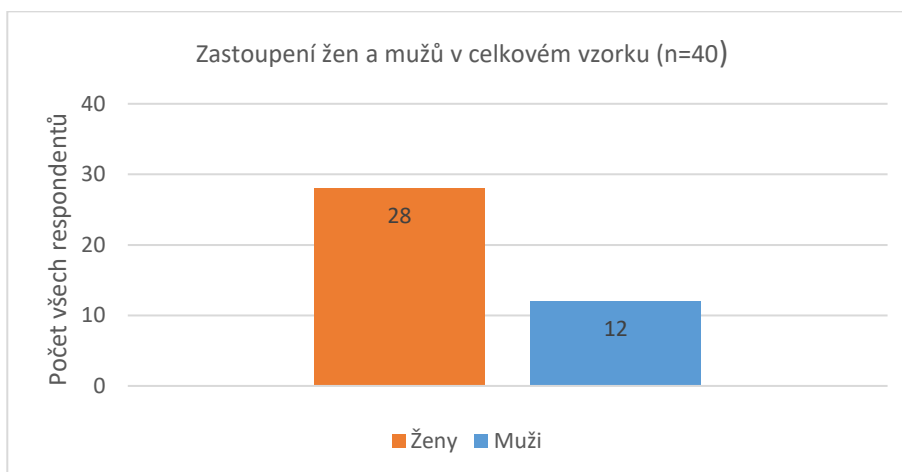
EDE-Q je sebehodnotící dotazník měřící míru jídelní psychopatologie. Slouží k posouzení kognitivních a behaviorálních rysů poruch příjmu potravy (Serier, Smith & Yeater, 2018). Otázky odkazují na předešlých 28 dní a týkají se dietních omezení, potíží s jídlem, obav o tělesnou váhu a konstituci. EDE-Q je navíc doplněn o otázky vztahující se k epizodám zvracení, nadměrného cvičení, užívání laxativ a diuretik a dodržování diet (Kelly, Cotter, Lydecker & Mazzeo, 2017). Respondent odpovídá na první část pomocí sedmibodové škály. 0=nikdy, 1=1-5, 2=6-12, 3=13-15, 4=16-22, 5=23-27, 6=vždy. Otázky se vztahující k předešlým 28 dnům a respondent pomocí této škály hodnotí, kolikrát se v minulých 4 týdnech zabíral myšlenkami ohledně tvaru těla, hmotností a stravováním (Kelly, Cotter, Lydecker & Mazzeo, 2017).

## 5. Výzkumný vzorek

Vzorek respondentů byl nenáhodný kriteriální. Každý musel splňovat tři předem stanovená kritéria. Prvním kritériem pro zařazení do výzkumu byla nutnost být nově příchozím pacientem v obezitologické ambulanci na III. Interní klinice – klinice endokrinologie a metabolismu Všeobecné fakultní nemocnice v Praze a 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy. Druhým kritériem byla hodnota BMI  $\geq 30$ , což je hodnota pro obezitu 1. stupně. Horní hranice hodnoty BMI určena nebyla. Kritériem třetím byl věk, kdy spodní hranice byla stanovena na 18 let, horní hranice určena nebyla. Dle těchto kritérií se vybraly dotazníky od 46 respondentů. Z celkového počtu byly vyřazeny dotazníky od 6

respondentů z důvodu neúplného nebo nesprávného vyplnění. Po selekci bylo do výzkumu zařazeny dotazníky od 40 respondentů, 28 žen (70 %) a 12 mužů (30 %).

Graf 1: Zastoupení žen a mužů v celkovém vzorku (n=40)



Zdroj: vlastní zpracování

## 5.1. Popis výzkumného vzorku

Průměrný věk respondentů činil  $52,3 \pm 11,5^1$  let, přičemž nejmladšímu respondentovi bylo 25 let a nejstaršímu 71 let. Průměrná výška respondentů byla  $170,9 \text{ cm} \pm 9,8 \text{ cm}$ . Nejmenší respondent měřil 149 cm, nejvyšší 199 cm. Průměrná váha respondentů dosahovala čísla  $129,9 \text{ kg} \pm 27,8 \text{ kg}$ . Respondent o nejnižší váze vážil 83 kg, respondent s nejvyšší vahou vážil 200 kg. Údaje o výšce a váze mi posloužily pro výpočet BMI a stupně obezity. Průměrné BMI činilo  $44,5 \pm 9,3 \text{ kg/m}^2$ . Nejmenší BMI vyskytující se ve výzkumném vzorku mělo hodnotu  $32 \text{ kg/m}^2$ , nejvyšší BMI hodnotu  $71,6 \text{ kg/m}^2$ . Obezita 1. stupně (BMI 30-34,9  $\text{kg/m}^2$ ) se týkala pouze 4 respondentů (10 %). Obezitou 2. stupně (BMI 35-39,9  $\text{kg/m}^2$ ) trpělo 10 respondentů (25 %). Nejvíce respondentů spadalo do kategorie obezity 3. stupně (BMI  $\geq 40 \text{ kg/m}^2$ ), a to konkrétně 26 (65 %). Pro lepší přehled uvádím popis výzkumného vzorku v tabulce 2. Rozdělení respondentů podle hodnoty BMI znázorňuje graf 1.

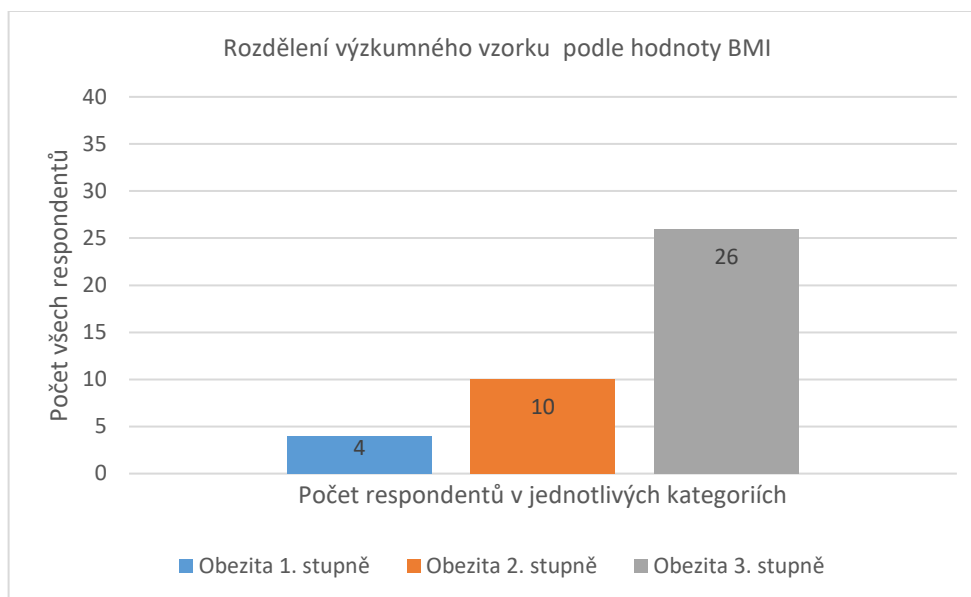
Tabulka 2: Popis výzkumného vzorku

	PRŮMĚRNÁ HODNOTA $\pm$ SD	MINIMÁLNÍ HODNOTA	MXIMÁLNÍ HODNOTA	MEDIÁN
VĚK (roky)	$52,3 \pm 11,5$	25	71	55
VÝŠKA (cm)	$170,9 \pm 9,8$	149	199	170
VÁHA (kg)	$129,9 \pm 27,8$	83	200	125
BMI ( $\text{kg/m}^2$ )	$44,5 \pm 9,3$	32	71,6	42,1

Zdroj: vlastní zpracování

<sup>1</sup> Hodnoty jsou uvedené jako průměrná hodnota  $\pm$  SD (směrodatná odchylka)

Graf 2: Rozdělení výzkumného vzorku podle hodnoty BMI



Zdroj: vlastní zpracování

## 6. Výsledky

Nasbíraná data byla vyhodnocena pomocí programu Microsoft Excel a výsledky byly následně popsány v následujících podkapitolách. Pro každou hodnotu byly vypočítány základní statistické veličiny (aritmetický průměr, směrodatná odchylka (SD) a medián). Výsledky přináší odpověď na předem stanovené cíle (viz s 25). Pro lepší přehled jsou výsledky uvedeny v grafech a tabulkách.

### 6.1. Výsledky Beckovi posuzovací škály deprese a úzkosti

Pomocí Beckovi posuzovací škály deprese a úzkosti jsem analyzovala výskyt depresivních a úzkostných symptomů a jejich míru závažnosti u nově příchozích pacientů v obezitologické ambulanci, což bylo 1. cílem výzkumu. Respondenti odpovídali na 2 dotazníky, BDI-II a BAI. Oba dotazníky obsahují 21 otázek a respondenti mohli skórovat v rozmezí 0-63 bodů. Pro dotazník BDI-II platí následující normy: skóre 0-13 značí žádné příznaky, 14-19 mírné příznaky, 20-28 střední příznaky a skóre vyšší než 29 příznaky těžké. Pro dotazník BAI platí normy následující: skóre 0-13 značí žádné příznaky, 14-21 mírné příznaky, 22-35 střední příznaky a skóre vyšší než 36 příznaky těžké. Pro lepší přehled uvádím normy v tabulce 3.

Tabulka 3: Normy pro BDI-II a BAI

	ŽÁDNÉ PŘÍZNAKY	MÍRNÉ PŘÍZNAKY	STŘEDNÍ PŘÍZNAKY	TĚŽKÉ PŘÍZNAKY
BDI-II	0-13	14-19	20-28	29+
BAI	0-13	14-21	22-35	36+

Zdroj: vlastní zpracování

### 6.1.1. Výsledky BDI-II

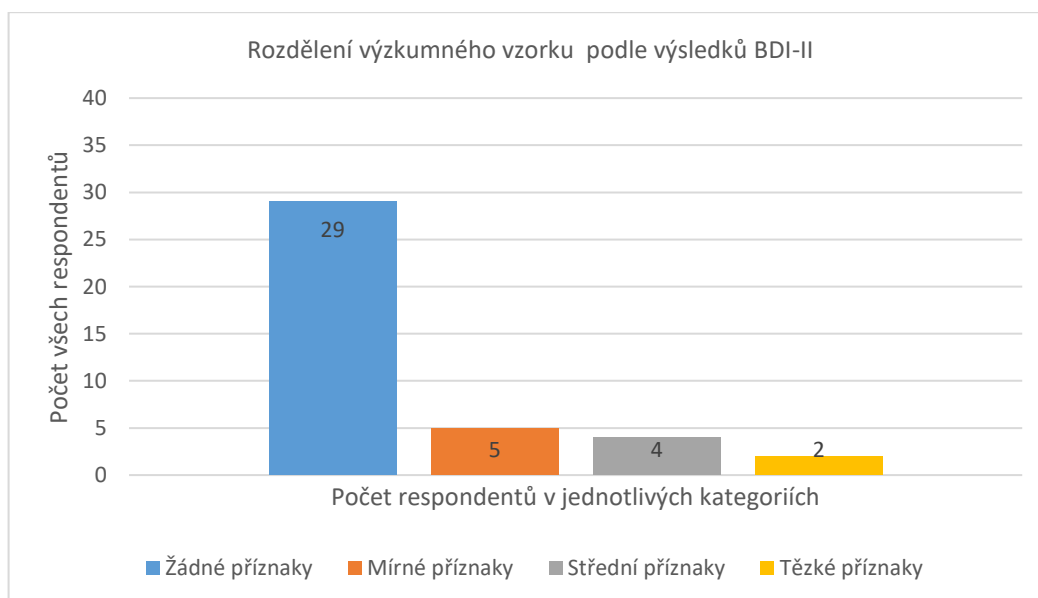
Respondenti skórovali v průměru  $10,6 \pm 8,9$ . Většina respondentů nemá depresivní příznaky, ale dle směrodatné odchylky 8,9 je jasné, že malé procento respondentů se s depresivní symptomatikou potýká. Nejvíce respondentů, 72,5 %, skórovalo v rozmezí hodnot 0-13. Hodnot 14 - 19 dosáhlo 5 respondentů (12,5 %). U 4 respondentů (10 %) se skóre pohybovalo v rozmezí hodnot 20-28 a pouze 2 respondenti (5 %) skórovali více než 29. Nejnižší hodnota (0) se objevila mezi respondenty 1x, nejvyšší dosaženou hodnotu představovalo skóre 40, které se objevilo též jen u jednoho respondenta. Přehlednější popis výsledků je uveden v grafu 3 a tabulce 4.

Tabulka 4: Výsledky BDI-II

	POČET RESPONDENTŮ	PRŮMĚRNÁ HODNOTA $\pm$ SD	MINIMÁLNÍ HODNOTA	MAXIMÁLNÍ HODNOTA	MEDIÁN
VŠICHNI RESPONDENTI	40	$10,6 \pm 8,9$	0	40	8,5
ŽÁDNÉ PŘÍZNAKY	29	$6,2 \pm 3,9$	0	13	7
MÍRNÉ PŘÍZNAKY	5	$15,6 \pm 1,5$	14	18	15
STŘEDNÍ PŘÍZNAKY	4	$24 \pm 2,2$	21	26	24,5
TĚŽKÉ PŘÍZNAKY	2	$34,5 \pm 7,8$	29	40	34,5

Zdroj: vlastní zpracování

Graf 3: Rozdělení výzkumného vzorku podle výsledků BDI-II



Zdroj: vlastní zpracování

### 6.1.2. Výsledky BAI

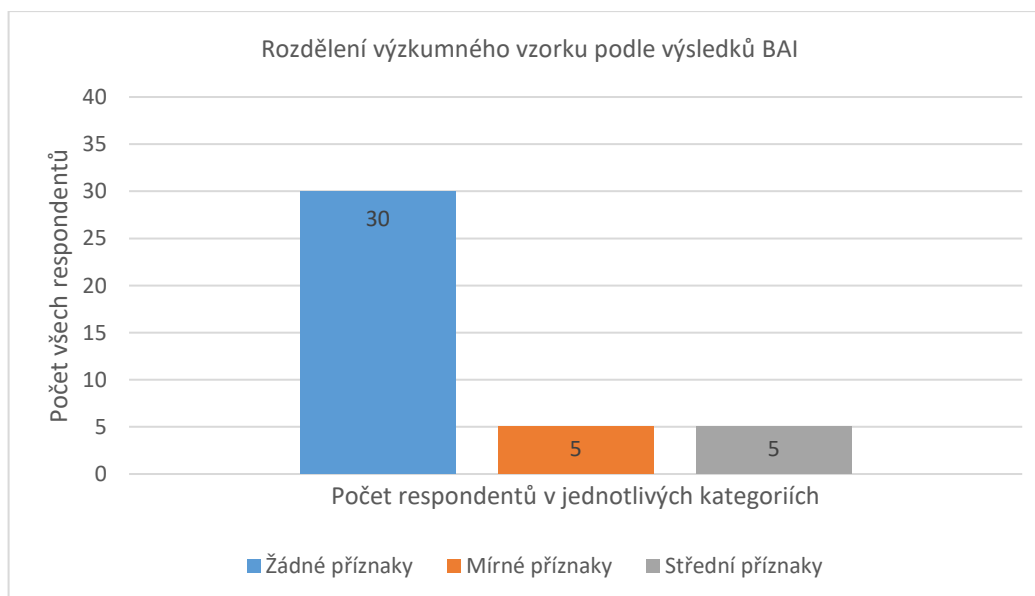
Respondenti skórovali v průměru  $9,3 \pm 8,9$ . Většina respondentů nemá úzkostné příznaky, ale dle směrodatné odchylky 8,9 je jasné, že malé procento respondentů se s úzkostnou symptomatikou potýká. Nejvíce respondentů, 75 %, skórovalo v rozmezí hodnot 0-13. Mírné příznaky, hodnota 14-21, vykazovalo 5 respondentů (12,5 %). Hodnoty 22-35 dosahovalo taktéž 12,5 % respondentů. Hodnoty vyšší než 36 nedosahoval žádný respondent. Nejnižší hodnota (0) se objevila mezi respondenty 3x, nejvyšší dosaženou hodnotu představovalo skóre 33, které se objevilo jen u jednoho respondenta. Přehlednější popis výsledků je uveden v grafu 4 a tabulce 5.

Tabulka 5: Výsledky BAI

	POČET RESPONDENTŮ	PRŮMĚRNÁ HODNOTA $\pm$ SD	MINIMÁLNÍ HODNOTA	MAXIMÁLNÍ HODNOTA	MEDIÁN
VŠICHNI RESPONDENTI	40	$9,3 \pm 8,9$	0	33	7,5
ŽÁDNÉ PŘÍZNAKY	30	$5,0 \pm 3,7$	0	12	4
MÍRNÉ PŘÍZNAKY	5	$17,0 \pm 2,7$	14	21	17
STŘEDNÍ PŘÍZNAKY	5	$28,0 \pm 4,7$	22	33	30
TĚŽKÉ PŘÍZNAKY	0	-	-	-	-

Zdroj: vlastní zpracování

Graf 4: Rozdělení výzkumného vzorku podle výsledků BAI



Zdroj: vlastní zpracování

### 6.1.3. Jiná psychiatrická onemocnění

V rámci anamnestického dotazníku odpovídali respondenti na otázky týkající se jejich zdravotního stavu. Mimo jiné měli otevřenou otázku týkající se na psychiatrická onemocnění. Z celkového vzorku odpovědělo na tuto otázku kladně 5 respondentů, z nichž 4 uvedli, že trpí depresí, jeden pak nespecifikoval, o jaké onemocnění se jedná. Tento vzorek 5 respondentů trpící psychiatrickým onemocněním skórovalo v průměru  $18,8 \pm 6,6$  na škále BDI-II a  $16,2 \pm 8,7$  na škále BAI. Pro lepší přehled uvádím tabulku 7.

Tabulka 6: Výsledky BDI-II a BAI u respondentů s psychiatrickým onemocněním

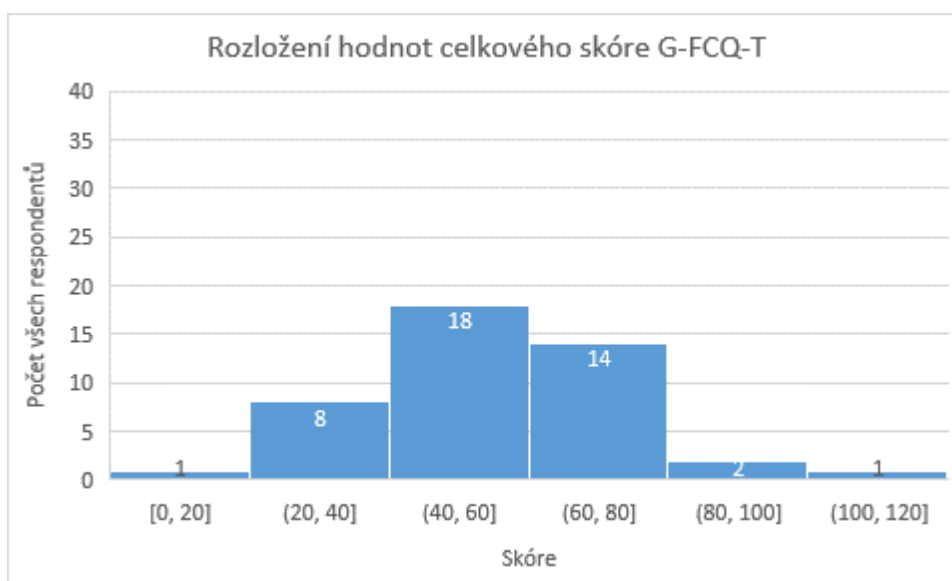
	POČET RESPONDENTŮ	PRŮMĚRNÁ HODNOTA $\pm$ SD	MINIMÁLNÍ HODNOTA	MAXIMÁLNÍ HODNOTA	MEDIÁN
BDI-II	5	$18,8 \pm 6,6$	11	26	18
BAI	5	$16,2 \pm 8,7$	8	30	15

Zdroj: vlastní zpracování

## 6.2. Výsledky G-FCQ-T

Pomocí G-FCQ-T jsem analyzovala intenzitu bažení po jídle u nově příchozích pacientů v obezitologické ambulanci, což bylo 2. cílem výzkumu. Respondenti mohli v tomto dotazníku o 21 otázkách skórovat v rozmezí 21–126 bodů. Populační normy pro Českou republiku zatím nejsou známy. Vycházím z výsledků předchozích výzkumů provedených na území ČR. Světlák a Černík uvádí jako orientační hodnotu pro posouzení míry bažení po jídle hodnotu  $54,9 \pm 16,5$  (Světlák & Černík, 2010). K podobnému závěru došla i Klimešová a Elfmark. Ti za orientační hodnotu považují skóre  $57,04 \pm 15,62$  (Klimešová & Elfmark, 2015). Průměrná hodnota hrubého skóre (HS) mého výzkumného vzorku činila  $57,3 \pm 22,5$ . Pouze u 3 respondentů (7,5 %) vyšla hodnota signifikantně vyšší. Výsledky těchto 3 respondentů byly 86, 88 a 115. Jejich průměrná hodnota HS představovalo  $96,3 \pm 16,2$ . Rozložení celkového skóre G-FCQ-T je znázorněno v grafu 5.

Graf 5: Rozložení hodnot celkového skóre G-FCQ-T



Zdroj: vlastní zpracování



G-FCQ-T hodnotí 4 faktory. Zaujatost jídlom, ztrátu kontroly, pozitivní očekávání a emoční bažení. Výsledky Světláka a Černíka se téměř shodují s výsledky Klimešové a Elfmarka. Normy dle těchto dvou výzkumů uvádím v tabulce 7.

Tabulka 7: Normy pro jednotlivé faktory G-FCQ-T dle Světláka, Černíka, Klimešové a Elfmarka

	SVĚTLÁK & ČERNÍK (2010)	KLIMEŠOVÁ & ELFMARK (2015)
ZAUIATOST JÍDLEM	14,2 ± 16,4	15,87 ± 5,43
ZTRÁTA KONTROLY	14,7 ± 6,2	15,25 ± 5,78
POZITIVNÍ OČEKÁVÁNÍ	16,5 ± 4,6	16,98 ± 4,86
EMOČNÍ BAŽENÍ	8,9 ± 4,2	8,98 ± 3,41

Zdroj: vlastní zpracování

Průměrná hodnota HS odkazující na zaujatost jídlom činila v mém výzkumném vzorku 15,5 ± 6,2. Průměrná hodnota HS odkazující na ztrátu kontroly činila 15,5 ± 5,8. Průměrná hodnota HS 3. faktoru, pozitivního očekávání, činila 15,4 ± 5,5. Průměrná hodnota HS posledního faktoru, faktoru emočního bažení, činila 10,8 ± 5,1. Pro lepší přehled uvádím výsledky v tabulce 8.

Tabulka 8: Hodnoty skóre 4 faktorů G-FCQ-T

	PRŮMĚRNÁ HODNOTA ± SD	MINIMÁLNÍ HODNOTA	MAXIMÁLNÍ HODNOTA	MEDIÁN
ZAUIATOST JÍDLEM	15,5 ± 6,2	6	32	16
ZTRÁTA KONTROLY	15,5 ± 5,8	6	30	16
POZITIVNÍ OČEKÁVÁNÍ	15,4 ± 5,5	5	29	14
EMOČNÍ BAŽENÍ	10,8 ± 5,1	4	24	11

Zdroj: vlastní zpracování

### 6.3. Výsledky TFE-Q

Pomocí TFE-Q jsem analyzovala jídelní chování u nově příchozích pacientů v obezitologické ambulanci, což bylo 3. cílem výzkumu. K hodnocení slouží 3 škály, restrikce, disinhibice a hlad. O jednotlivých škálách již bylo pojednáno na s. 26-27. Normy pro jednotlivé škály jsou popsány v tabulce 9.

Tabulka 9: Normy pro TFE-Q

	RESTRIKCE	DISINHIBICE	HLAD
NORMA	8,2 ± 5	5 ± 3,5	3,6 ± 3,1

Zdroj: vlastní zpracování

Průměrná hodnota HS restrikce činila  $10,1 \pm 5$ . Normu splňovalo 27 respondentů (67,5 %) s průměrnou hodnotou HS  $7,2 \pm 3$ . Zbýlých 13 respondentů (32,5 %) skórovalo v průměru  $16,1 \pm 2$ . Pro lepší přehled jsou výsledky uvedeny v tabulce 10.

Tabulka 10: Výsledky TFE-Q: Restrikce

	POČET RESPONDENTŮ	PRŮMĚRNÁ HODNOTA $\pm$ SD	MEDIÁN
VŠICHNI RESPONDENTI	40	$10,1 \pm 5$	9,5
RESPONDENTI DOSAHUJÍCÍ NORMY	27	$7,2 \pm 3$	7
ZBYTEK RESPONDENTŮ	13	$16,1 \pm 2$	16

Zdroj: vlastní zpracování

Průměrná hodnota HS disinhibice činila  $7,4 \pm 3,4$ . Normu splňovalo 25 respondentů (62,5 %) s průměrnou hodnotou HS  $5,2 \pm 2$ . Zbýlých 15 respondentů (37,5 %) skórovalo v průměru  $11,1 \pm 1,5$ . Pro lepší přehled jsou výsledky uvedeny v tabulce 11.

Tabulka 11: Výsledky TFE-Q: Disinhibice

	POČET RESPONDENTŮ	PRŮMĚRNÁ HODNOTA $\pm$ SD	MEDIÁN
VŠICHNI RESPONDENTI	40	$7,4 \pm 3,4$	7
RESPONDENTI DOSAHUJÍCÍ NORMY	25	$5,2 \pm 2$	5
ZBYTEK RESPONDENTŮ	15	$11,1 \pm 1,5$	11

Zdroj: vlastní zpracování

Průměrná hodnota HS hladu činila  $6,1 \pm 3,5$ . Normu splňovalo 22 respondentů (55 %) s průměrnou hodnotou HS  $3,5 \pm 1,4$ . Zbýlých 18 respondentů (45 %) skórovalo v průměru  $9,2 \pm 2,5$ . Pro lepší přehled jsou výsledky uvedeny v tabulce 12.

Tabulka 12: Výsledky TFE-Q: Hlad

	POČET RESPONDENTŮ	PRŮMĚRNÁ HODNOTA $\pm$ SD	MEDIÁN
VŠICHNI RESPONDENTI	40	$6,1 \pm 3,5$	5
RESPONDENTI DOSAHUJÍCÍ NORMY	22	$3,5 \pm 1,4$	3,5
ZBYTEK RESPONDENTŮ	18	$9,2 \pm 2,5$	8,5

Zdroj: vlastní zpracování

## 6.4. Výsledky EDE-Q

Pomocí EDE-Q jsem analyzovala výskyt rysů poruch příjmu potravy u nově příchozích pacientů v obezitologické ambulanci, což bylo 4. cílem výzkumu. Celý EDE-Q má 2 části dohromady o 78 otázkách. Pro můj výzkum беру v potaz pouze výsledky první části. První část EDE-Q má 28 otázek a posuzuje 4 faktory. Omezování se v jídle (Restraint), obavy z jídla (Eating Concern), obavy

z tvaru těla (Shape Concern) a obavy z hmotnosti (Weigh Concern) (Pliatskidou et al., 2019). Pro Českou republiku zatím neexistují normy, proto jsem čerpala v zahraničních studiích. Lavender et al (2010), stejně jako Rø et al (2010) nebo Mond et al (2006) uvádí hodnotu  $\geq 4$  jako hodnotu klinicky významnou.

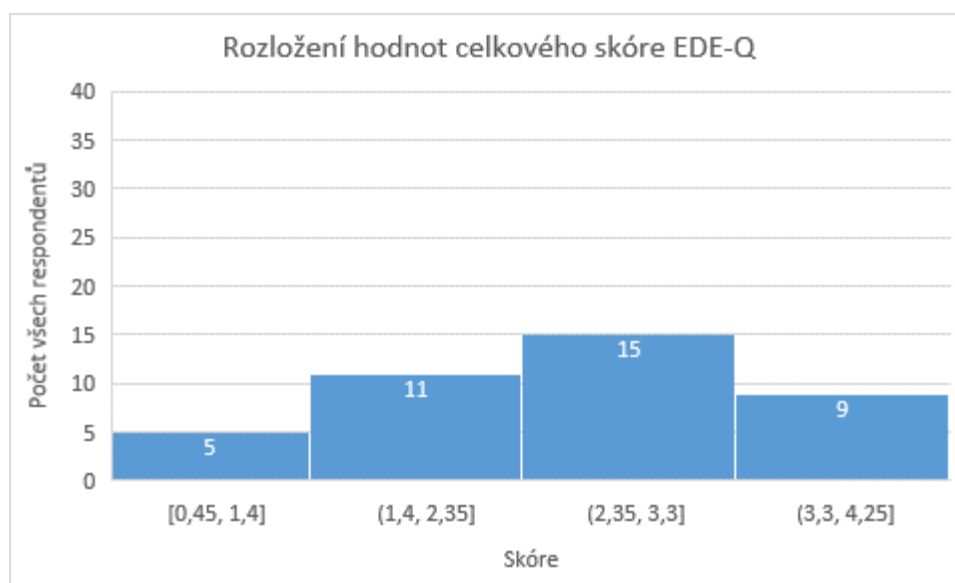
Výsledky se mohou pohybovat na škále 0-6. Respondenti v průměru skórovali  $2,6 \pm 0,1$  v rozmezí 0,6-4,05. Klinicky významné hodnoty dosáhl pouze 1 respondent (4,05). Výsledky jsou uvedeny v grafu 6 a tabulce 13.

Tabulka 13: Celkové skóre EDE-Q

	PRŮMĚRNÁ HODNOTA $\pm$ SD	MINIMÁLNÍ HODNOTA	MAXIMÁLNÍ HODNOTA	MEDIÁN
RESPONDENTI (n=40)	2,6 $\pm$ 0,1	0,6	4,05	2,8

Zdroj: vlastní zpracování

Graf 6: Rozložení hodnot celkového skóre EDE-Q



Zdroj: vlastní zpracování

Vzhledem k výsledkům bylo zajímavější podívat se podrobně na výsledky zmíněných 4 subškál. První subškála, též označována Restraint, hodnotí, jak často se za posledních 28 dní respondenti omezovali v příjmu jídla a snažili se ovlivnit svoji váhu vyřazováním potravin nebo jejich omezením (Fairburn et al., 2008) Respondenti skórovali v průměru  $2,2 \pm 1,4$ . Většina respondentů, konkrétně 37 (92,5 %) nedosáhla klinicky významné hodnoty. Hodnoty  $\geq 4$  dosáhli nebo překročili pouze 3 respondenti (7,5 %), kteří skórovali 4, 4 a 5,6. Jejich průměrná hodnota HS dosahovala hodnoty  $4,5 \pm 0,9$ . Pro lepší přehled uvádím výsledky v tabulce 14.

Tabulka 14: Výsledky EDE-Q: Restraint

	POČET RESPONDENTŮ	PRŮMĚRNÁ HODNOTA ± SD	MINIMÁLNÍ HODNOTA	MAXIMÁLNÍ HODNOTA	MEDIÁN
VŠICHNI RESPONDENTI	40	2,2 ± 1,4	0	5,6	2,6
RESPONDENTI DOSAHUJÍCÍ NORMY	37	2 ± 1,3	0	3,8	2,4
ZBYTEK RESPONDENTŮ	3	4,5 ± 0,9	4	5,6	4

Zdroj: vlastní zpracování

Na druhé subškále, Eating Concern, skórovali respondenti v průměru  $1 \pm 1$ . Žádný respondent nedosáhl hranice 4. Skóre se pohybovalo v rozmezí 0-3,2. Tato subškála hodnotí, do jaké míry je respondent ovlivněn myšlenkami na jídlo. Dále hodnotí ztrátu kontroly nad příjmem jídla, konzumaci potravin potají a následné pocity viny, které respondenta mohou trápit (Fairburn et al., 2008).

Tabulka 15: Výsledky EDE-Q: Eating Concern

	PRŮMĚRNÁ HODNOTA ± SD	MINIMÁLNÍ HODNOTA	MAXIMÁLNÍ HODNOTA	MEDIÁN
RESPONDENTI (n40)	1 ± 1	0	3,2	0,9

Zdroj: vlastní zpracování

Shape Concern je označení pro 3. subškálu EDE-Q. Tato subškála hodnotí, do jaké míry se respondent zaobírá vzhledem vlastního těla, konkrétně jeho tvarem (Fairburn et al., 2008). Průměrná hodnota HS 3. subškály činila  $3,8 \pm 1,4$ . Přes polovinu respondentů, 23 respondentů (57,5 %) dosahovali nebo přesahovali hodnotu 4. Tato skupina respondentů skórovala v rozmezí 4 - 5,8 a dosahovala v průměru hodnoty  $4,8 \pm 0,5$ . Zbýlých 17 respondentů (42,5 %) skórovalo v rozmezí 0 - 3,6 a v průměru dosahovalo hodnoty  $2,4 \pm 1,1$ . Pro lepší přehled uvádím výsledky v tabulce 16.

Tabulka 16: Výsledky EDE-Q: Shape Concern

	POČET RESPONDENTŮ	PRŮMERNÁ HODNOTA ± SD	MINIMÁLNÍ HODNOTA	MAXIMÁLNÍ HODNOTA	MEDIÁN
VŠICHNI RESPONDENTI	40	3,8 ± 1,4	0	5,8	4,2
RESPONDENTI DOSAHUJÍCÍ NORMY	17	2,4 ± 1,1	0	3,6	2,9
ZBYTEK RESPONDENTŮ	23	4,8 ± 0,5	4	5,8	4,8

Zdroj: vlastní zpracování

Poslední subškála EDE-Q, Weigh Concern, se zaměřuje na obavy spokojené s tělesnou hmotností. Hodnotí obavy z nárůstu hmotnosti a touhu zhubnout (Fairburn et al, 2008). Na této subškalě skórovali respondenti v průměru  $3,2 \pm 1,2$ . Většina, 31 respondentů (77,5 %), nedosahovala klinicky významné hodnoty 4. Tato skupina respondentů skórovala v rozmezí 0-3,8 bodů a v průměru dosahovala hodnoty  $2,8 \pm 1$ . Zbýlých 9 respondentů (22,5 %) dosahovalo hodnoty  $\geq 4$ . Tato menší skupina respondentů skórovala v rozmezí 4-5,2 bodů a dosahovala průměrné hodnoty HS  $4,5 \pm 0,3$ . Pro lepší přehled uvádím výsledky v tabulce 17.

Tabulka 17: Výsledky EDE-Q: Weigh Concern

	POČET RESPONDENTŮ	PRŮMERNÁ HODNOTA ± SD	MINIMÁLNÍ HODNOTA	MAXIMÁLNÍ HODNOTA	MEDIÁN
VŠICHNI RESPONDENTI	40	3,2 ± 1,2	0	5,2	3,6
RESPONDENTI DOSAHUJÍCÍ NORMY	31	2,8 ± 1	0	3,8	3,2
ZBYTEK RESPONDENTŮ	9	4,5 ± 0,3	4	5,2	4,4

Zdroj: vlastní zpracování

## 7. Diskuze

Obezita je pandemií 21. století. Do obezitologických ambulancí přichází stále více pacientů. Dříve vyhledávají pomoc ženy, a to zejména z estetických důvodů. Muži vyhledávají pomoc často až poté, co se k obezitě přidruží některé ze zdravotních komplikací. Důvodem, proč muži tolik svoji váhu neřeší, může být i fakt, že obézní muži jsou společností lépe tolerováni než ženy. Uvádí se, že zastoupení žen a mužů v obezitologických ambulancích bývá v poměru 4:1 (Matoulek, 2014). K podobnému závěru jsem došla i ve své výzkumné práci. Ve vzorku převažovaly ženy, které tvořily 70 % všech respondentů.

Pacienti s BMI  $\geq 30$  vykazují vyšší skóre na určitých škálách osobnostních dotazníků. Mezi tyto škály patří například depresivita a úzkostnost. Tato informace vedla ke zvolení 1. cíle výzkumu, kdy jsem analyzovala výskyt depresivních a úzkostných symptomů a jejich míru závažnosti u nově přichozích pacientů v obezitologické ambulanci. Ke sběru dat posloužily dotazníky BDI-II a BAI. Normy pro posouzení BDI-II byly následující: skóre 0-13 žádné příznaky, 14-19 mírné příznaky, 20-28 střední příznaky a 29+ příznaky těžké, normy pro hodnocení BAI byly následující: skóre 0-13 žádné příznaky, 14-21 mírné příznaky, 22-35 střední příznaky a 36+ příznaky těžké. Respondenti skórovali v průměru  $10,6 \pm 8,9$  na škále BDI-II a  $9,3 \pm 8,9$  na škále BAI. Dle těchto výsledků je jasné, že u většiny respondentů se depresivní ani úzkostná symptomatika neobjevuje. Dle směrodatných odchylek ale můžeme vidět, že u malého procenta skóre dosahovalo vyšších hodnot. U BDI-II přesáhlo normu 27 % respondentů. Z nich 12,5 % vykazovalo mírné příznaky, 10 % střední příznaky a pouze 5 % příznaky těžké. Podobně dopadly výsledky BAI, kde normu překročilo 25 % respondentů. Z nich 12,5 % vykazovalo příznaky mírné, stejně tak 12,5 % příznaky střední a nikdo z respondentů nevykazoval těžké příznaky. Mezi respondenty bylo 5 jedinců, kteří uvedli, že trpí psychiatrickým onemocněním. Tito respondenti skórovali v průměru  $18,8 \pm 6,6$  na škále BDI-II a  $16,2 \pm 8,7$  na škále BAI.

Studie z roku 2018 zkoumala míru depresivní symptomatiky před a po bariatrické operaci, kde mírná depresivní symptomatika byla před výkonem přítomna u 45,2 % respondentů, závažná u 2,7 % respondentů (Alabi et al., 2018). Další studie z roku 2010 zkoumala taktéž výskyt depresivní symptomatiky u pacientů před bariatrickou operací. Výsledek BDI-II v této studii byl  $16,31 \pm 9,24$  (Hayden et al., 2010). K podobnému výsledku dospěla i studie z roku 2014, která zkoumala výskyt deprese u pacientů s PP. Hodnota BDI-II v tomto výzkumu činila  $16,39 \pm 9,24$  (Udo et al., 2014). Výsledky těchto studií poukazují jasně na fakt, že u pacientů s obezitou se častěji objevuje depresivní symptomatika. V mém výzkumném vzorku se depresivní příznaky vyskytly u 1/3 respondentů. Výsledky se shodovaly s malou skupinou respondentů, kteří přiznali psychiatrické onemocnění. Dále jsem porovnávala svůj výsledek s výskytem deprese u běžné populace. Deprese se týká 21 % světové populace, přičemž 5-13 % se léčí s těžkými příznaky (Stark, 2018). Tyto výsledky odpovídají výsledkům mého výzkumu. Výsledek BAI jsem porovnávala se studií z roku 2017, která zkoumala, zda přispívá úzkost ke zvýšenému výskytu zánětů u pacientů s obezitou. Respondenti tohoto výzkumu skórovali v průměru  $6,7 \pm 6,3$  (Pierce et al., 2017). Studie z roku 2012 ve svém výzkumu porovnávala výskyt úzkosti obézních jedinců s kontrolní skupinou jedinců o BMI 18–25 kg/m<sup>2</sup>. Obézní jedinci skórovali v průměru  $10,6 \pm 8,1$ . Kontrolní skupina skórovala v průměru  $6,6 \pm 6,2$  (Mollaoglu et al., 2012). Tyto výsledky, stejně jako moje, nepoukazují na větší procento výskytu úzkostné symptomatiky mezi obézními pacienty.

Za druhý cíl jsem si zvolila analyzovat intenzitu bažení po jídle u nově příchozích pacientů v obezitologické ambulanci, neboť byl prokázán vztah mezi intenzitou bažení a extrémními stravovacími zvyklostmi, které jsou znakem PPP. I přesto, že bažení po jídle není nebezpečné, jeho vystupňování může být spojené se záchvatovitým přejídáním nebo jinou formou PPP (Klimešová & Elfmark, 2015). Pomocí dotazníku G-FCQ-T jsem hodnotila 4 faktory spojené s bažením po jídle: zaujatost jídlem, ztrátu kontroly, pozitivní očekávání a emoční bažení. Vzhledem k tomu, že pro Českou republiku doposud neexistují normy, porovnávala jsem výsledky s výsledky 2 studií provedených na území ČR. Oba výzkumy byly provedeny na vysokých školách a ve vzorku převažovali jedinci s normální vahou. Ve výzkumném vzorku studie z roku 2010 se vyskytovalo pouze 2,3 % obézních, nejvíce zastoupeni byli jedinci s normální vahou (76,7 %) (Světlák & Černík, 2010). Ve studii z roku 2015 opět převažovalo zastoupení jedinců s normální vahou (80 %), obézní jedinci představovali pouze 4 % vzorku (Klimešová & Elfmark, 2015). Při porovnávání jednotlivých faktorů Světlák a Černík (2010) hodnotí zvlášť jedince s normální vahou a obezitou.

Průměrná hodnota HS mého výzkumného vzorku byla  $57,3 \pm 22,5$ . Průměrná hodnota HS u zmíněných dvou výzkumů byla  $54,9 \pm 16,5$  ( $54,2 \pm 16,4$  pro jedince s normální vahou a  $61,5 \pm 17,8$  pro jedince s obezitou) (Světlák & Černík, 2010) a  $57,04 \pm 15,62$ . (Klimešová & Elfmark, 2015). Průměrná hodnota HS 1. faktoru, zaujatost jídlem, byla v mém výzkumném vzorku  $15,5 \pm 6,2$ . Světlák & Černík (2010) uvádí průměrnou hodnotu HS pro jedince s normálním BMI  $14,5 \pm 5,9$  a pro obézní  $12,3 \pm 3,8$ . Klimešová & Elfmark (2015) uvádí průměrnou hodnotu HS  $15,87 \pm 5,43$ . Průměrná hodnota HS 2. faktoru, ztráta kontroly, byla v mém výzkumném vzorku  $15,5 \pm 5,8$ . Světlák & Černík (2010) uvádí průměrnou hodnotu HS pro jedince s normálním BMI  $14,7 \pm 6,2$  a pro obézní  $20,8 \pm 6,9$ . Klimešová & Elfmark (2015) uvádí průměrnou hodnotu HS  $15,25 \pm 5,73$ . Průměrná hodnota HS 3. faktoru, pozitivní očekávání, byla v mém výzkumném vzorku  $15,4 \pm 5,5$ . Světlák & Černík (2010) uvádí průměrnou hodnotu HS pro jedince s normálním BMI  $16,5 \pm 4,6$  a pro obézní  $18,0 \pm 6,7$ . Klimešová & Elfmark (2015) uvádí průměrnou hodnotu HS  $16,98 \pm 4,85$ . Průměrná hodnota HS 4. faktoru, emoční bažení, byla v mém výzkumném vzorku  $10,8 \pm 5,1$ . Světlák & Černík (2010) uvádí průměrnou hodnotu HS pro jedince s normálním BMI  $8,9 \pm 4,2$  a pro obézní  $9,7 \pm 4,5$ . Klimešová & Elfmark (2015) uvádí průměrnou hodnotu HS  $8,98 \pm 3,41$ . Pro lepší přehled porovnávám výsledky v tabulce 18. Vyšší intenzita bažení po jídle se u obézních jedinců vzhledem k hodnotám zmíněných výzkumů, kdy ve vzorku převažovali respondenti s normální vahou, neukázala.

Tabulka 18: Porovnání výsledků G-FCQ-T

	Světlák & Černík (2010) - normální váha	Světlák & Černík (2010) - obézní	Klimešová & Elfmark (2015)	Moje výsledky
CELK. VÝSLEDEK G-FCQ-T	54,2 ± 16,4	61,5 ± 17,8	57,04 ± 15,62	57,3 ± 22,5
ZAUIJATOST JÍDLEM	14,2 ± 5,9	12,3 ± 3,8	15,87 ± 5,43	15,5 ± 6,2
ZTRÁTA KONTROLY	14,7 ± 6,2	20,8 ± 6,9	15,25 ± 5,78	15,5 ± 5,8
POZITIVNÍ OČEKÁVÁNÍ	16,5 ± 4,6	18,0 ± 6,7	16,98 ± 4,85	15,4 ± 5,5
EMOČNÍ BAŽENÍ	8,9 ± 4,2	9,7 ± 4,5	8,98 ± 3,41	10,8 ± 5,1

Zdroj: vlastní zpracování

Společným rysem všech PPP je narušené jídelní chování, jinak tomu není ani u obezity (Papežová, 2018). Obézní mají tendenci k nepravidelné a rychlejší konzumaci, jsou vnímavější k vnějším podnětům a často nedokáží rozlišit fyziologický hlad (Wagenknecht, 2011). Na základě těchto předpokladů jsem si stanovila 3. cíl, analyzovat jídelní chování pomocí škál restrikce, disinhibice a hladu u nově příchozích pacientů v obezitologické ambulanci. Pro sběr dat posloužil TFE-Q. Norma na škále restrikce činí  $8,2 \pm 5$ . Průměrná hodnota HS činila  $10,1 \pm 5$ . Normu splňovalo 67,5 % respondentů. Zbýlých 32,5 % respondentů skórovalo v průměru  $16,1 \pm 2$ . Z výsledků vyplývá, že zhruba 1/3 respondentů se více ovládá a kontroluje v jídle nebo vědomě omezuje jeho příjem. Norma na škále disinhibice činí  $5 \pm 3,5$ . Průměrná hodnota HS činila  $7,4 \pm 3,4$ . Normu splňovalo 62,5 % respondentů s průměrnou hodnotou HS  $5,2 \pm 2$ . Zbýlých 37,5 % respondentů skórovalo v průměru  $11,1 \pm 1,5$ . Z výsledků vyplývá, že zhruba 1/3 respondentů ztrácí při konzumaci jídla zábrany a subjektivně sní více jídla, než by měla. Norma na škále hladu činí  $3,6 \pm 3,1$ . Průměrná hodnota HS hladu činila  $6,1 \pm 3,5$ . Normu splňovalo 55 % respondentů. Zbýlých 45 % respondentů skórovalo v průměru  $9,2 \pm 2,5$ . Z výsledků vyplývá, že zhruba 1/2 respondentů má zhoršené vnímání k fyziologickému hladu.

V roce 2019 proběhl výzkum, který zkoumal souvislosti mezi dietním omezením a skutečným kalorickým omezením. Do tohoto výzkumu byli zařazeni jedinci trpící AN, BN a kontrolní skupina zdravých jedinců. Průměrná hodnota HS na škále restrikce u kontrolní skupiny byla  $6,28 \pm 4,45$  ( $17,04 \pm 3,83$  u AN,  $13,70 \pm 4,36$  u BN). Průměrná hodnota HS na škále disinhibice u kontrolní skupiny byla  $3,29 \pm 2,33$  ( $6,07 \pm 4,43$  u AN,  $13,17 \pm 1,86$  u BN). Průměrná hodnota HS na škále hladu u kontrolní skupiny byla  $3,36 \pm 2,47$  ( $5,07 \pm 3,78$  u AN,  $8,57 \pm 2,89$  u BN) (Zambrowicz et al., 2019). Pokud porovnáme výsledky mých respondentů splňujících normy a výsledky kontrolní skupiny zmíněného výzkumu zjistíme, že výsledky se téměř shodují. Stejně tak se téměř shodují výsledky mých respondentů přesahujících normu na škále restrikce s výsledky respondentů zmíněného výzkumu trpící AN a s výsledky na škále disinhibice a hladu s výsledky s jedinci trpící BN.



Tím se potvrdilo, že narušené jídelní chování je společným rysem PPP, a že obézní jedinci vykazují vyšší míru jídelní psychopatologie. Pro lepší orientaci jsou výsledky porovnány v tabulce 19.

Tabulka 19: Porovnání výsledků TFE-Q

	RESPONDENTI MÉHO VÝZKUMU SPLŇUJÍCÍ NORMU	RESPONDENTI MÉHO VÝZKUMU PŘESAHOJÍCÍ NORMU	KONTROLNÍ SKUPINA (Zambrowicz et al., 2019)	AN (Zambrowicz et al., 2019)	BN (Zambrowicz et al., 2019)
<b>RESTRIKCE</b>	7,2 ± 3	16,1 ± 2	6.28 ± 4.45	17.04 ± 3.83	13.70 ± 4.36
<b>DISINHIBE</b>	5,2 ± 2	11,1 ± 1,5	3.29 ± 2.33	6.07 ± 4.43	13.17 ± 1.86
<b>HLAD</b>	3,5 ± 1,4	9,2 ± 2,5	3.36 ± 2.47	5.07 ± 3.78	8.57 ± 2.89

Zdroj: vlastní zpracování

Analyzovat narušené jídelní chování bylo i 4. cílem výzkumu. Pomocí sebehodnotícího dotazníku EDE-Q jsem mapovala výskyt rysů poruch příjmu potravy u nově příchozích pacientů v obezitologické ambulanci. EDE-Q hodnotí 4 subškály. Omezování se v jídle (Restraint), obavy z jídla (Eating Concern), obavy z tvaru těla (Shape Concern) a obavy z hmotnosti (Weigh Concern) (Pliatskidou et al., 2019). Respondenti mohli skórovat v průměru 0-6, přičemž za klinicky významnou hodnotu se považuje skóre  $\geq 4$ . Průměrná hodnota HS pro všechny subškály byla  $2,6 \pm 0,1$ . Hodnotu  $> 4$  překročil pouze jeden respondent se skórem 4,05. Zajímavější bylo hodnocení jednotlivých subškál.

Na subškále Restraint skórovali respondenti v průměru  $2,2 \pm 1,4$ . Většina respondentů, konkrétně 92,5 %, nedosáhla klinicky významné hodnoty. Hodnotu  $\geq 4$  překročilo 7,5 % respondentů. Na druhé subškále, Eating Concern, skórovali respondenti v průměru  $1 \pm 1$ . Žádný respondent nedosáhl hranice 4. Průměrná hodnota HS 3. subškály, Shape Concern, činila  $3,8 \pm 1,4$ . Přes polovinu respondentů (57,5 %) přesáhlo hodnotu 4. Na 4. subškále, Weigh Concern, skórovali respondenti v průměru  $3,2 \pm 1,2$ . Většina (77,5 %) nedosahovala klinicky významné hodnoty 4. Hodnota  $\geq 4$  byla naměřena u 22,5 % respondentů. Z výsledku vyplývá, že nejvíce se respondenti zaobírají tvarem vlastního těla, jsou znepokojeni pohledem na něj a vyhýbají se jeho odhalení. Druhého nejvyššího skóre dosahovali respondenti na škále Shape Concern. To vypovídá o tom, že jsou obézní nespokojeni se svou hmotností a touží zhubnout. Na druhou stranu se velmi málo respondentů omezuje v příjmu potravy za účelem snížení váhy a nikdo z dotazovaných se neobává ztráty kontroly nad jídlem. Stejných výsledků se dočkala i Eva Mašková (2015) ve své rigorózní práci Psychologické aspekty obezity. Výsledky jsou dobře srovnatelné, neboť její skupinu respondentů představovali účastníci edukačně rekondičního pobytu pořádaného III. Interní klinikou Všeobecné fakultní nemocnice v Praze a Vysokoškolskou tělovýchovnou jednotou. Nikdo z jejích respondentů nepřesáhl klinicky významnou hodnotu 4 na škále Eating Concern, respondenty tedy nejméně trápil strach ze ztráty kontroly nad jídlem a následné pocity viny. Omezování se v jídle a dodržování diet se týkalo 12,5 % respondentů. Nejvíce respondentů přesahovalo hodnotu na posledních 2 škálách. Nespokojeno se svou vlastní vahou bylo 14 % respondentů a nespokojenost se svým tvarem těla se týkala 38,75 % respondentů.

Jsem si vědoma, že výzkum má své určité limity a výsledky mohou být do značné míry zkresleny. Uvědomuju si, že výzkum byl proveden pouze na malém vzorku respondentů a vyplňování dotazníků bylo časově náročné. Některým respondentům zabralo vyplňování dotazníků až 40 minut, domnívám se, že udržet pozornost je v takovém časovém rozpětí velmi náročné. Za limitující faktor považuji i místo vyplňování dotazníků. Velké procento respondentů vyplňovalo dotazníky v obezitologické čekárně, kde neměli dostatečný klid. Jsem si i vědoma, že obezita a PPP jsou choulostivé téma, a ne vše mohlo být zodpovězeno po pravdě. I přes tyto limity si myslím, že výsledky jsou uspokojivé a mohou dát jasnou představu o určitých charakteristikách obézních pacientů.

## 8. Závěr

Cílem mé práce bylo zanalyzovat problematiku vzájemného výskytu obezity a rysů poruch příjmu potravy u nově příchozích pacientů v obezitologické ambulanci na III. Interní klinice – klinice endokrinologie a metabolismu Všeobecné fakultní nemocnice v Praze a 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy. Výzkum měl charakter dotazníkového šetření a probíhal po schválení etickou komisí v období od 15.11.2018 do 15.3.2019. Byly stanoveny celkem 4 hlavní výzkumné cíle mapující výskyt depresivních a úzkostných symptomů, intenzitu bažení po jídle, jídelní psychopatologii a rysů poruch příjmu potravy.

Na základě vyhodnocení prvního cíle jsem zanalyzovala výskyt depresivních a úzkostných symptomů a jejich míru závažnosti u nově příchozích pacientů v obezitologické ambulanci. Vyšší míru depresivních symptomů vykazovala přibližně 1/4 respondentů (27,5 %), podobně jako vyšší míru úzkostných symptomů, kde vyšší míru vykazovalo 25 % respondentů. Jinak tomu bylo u respondentů, kteří přiznali, že trpí psychiatrickým onemocněním. Všichni tito respondenti vykazovali na obou škálách mírné příznaky.

Na základě druhého cíle jsem zanalyzovala intenzitu bažení po jídle u nově příchozích pacientů v obezitologické ambulanci. Pro zjištění byl použit dotazník G-FCQ-T, pro který neexistují v ČR normy. Výsledky jsem proto porovnávala se dvěma výzkumy provedenými na území ČR. Mezi respondenty obou výzkumů převažovali jedinci s normální vahou (BMI 18,5-24,9). Míra bažení po jídle nebyla mezi respondenty mého výzkumu signifikantně vyšší oproti výsledkům respondentů s normální vahou ze zmíněných výzkumů.

Na základě třetího cíle jsem zanalyzovala jídelní chování pomocí faktorů restrikce, disinhibice a hladu u nově příchozích pacientů v obezitologické ambulanci. Dle výsledků se zhruba 1/3 respondentů (32,5 %) více ovládala a kontrolovala v jídle nebo vědomě omezovala jeho příjem a 1/3 respondentů (37,5 %) ztrácela při konzumaci jídla zábrany a subjektivně snědla více jídla, než by měla. Nejvíce respondentů, 45 %, mělo zhoršené vnímání k fyziologickému hladu. Výsledky poukázaly na vyšší míru jídelní psychopatologie.

Na základě čtvrtého cíle jsem zanalyzovala výskyt rysů poruch příjmu potravy u nově příchozích pacientů v obezitologické ambulanci. Ukázalo se, že subjektivně je nejvíce prožíván tvar a váha vlastního těla. Obavy o tvar těla byly pro pacienty z předkládaných škál nejvýraznější, respondenti byli znepokojeni pohledem na něj a vyhýbali se jeho odhalení. I přesto, že byli respondenti nespokojeni s tvarem a vahou jejich těl, v příjmu potravy za účelem snížení váhy se omezovalo jen malé procento respondentů, a nikdo z dotazovaných se neobával ztráty kontroly nad jídlem.

V praxi by tato zjištění mohlo vést ke zvážení možné psychologické podpory při redukci hmotnosti. Důraz by měl být především kladen na multioborové složení týmů odborníků na poli obezitologie.

## 9. Seznam použité literatury

Alabi, F., Guilbert, L., Villalobos, G., Mendoza, K., Hinojosa, R., Melgarejo, J. C. & Zerrweck, C. (2018). *Depression Before and After Bariatric Surgery in Low-Income Patients: the Utility of the Beck Depression Inventory*. *OBESITY SURGERY*, 28(11), 3492–3498. Dostupné z <https://doi.org/10.1007/s11695-018-3371-0>

Barbara, M.-M., & Hans W., H. (2017). *Epidemiology and treatment of eating disorders in men and women of middle and older age*. *Current Opinion in Psychiatry*, (6), 446. Dostupné z <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000356>

Berková, M., & Berka, Z. (2011). *Obezita, body mass index, obvod pasu a mortalita*. *Vnitřní Lékařství*, 57(1), 85-91. Dostupné z <http://www.vnitrnilekarstvi.eu/vnitрни-lekarstvi-clanek/obezita-body-mass-index-obvod-pasu-a-mortalita-35605>

*Bílá kniha-Strategie pro Evropu týkající se zdravotních problémů souvisejících s výživou, nadváhou a obezitou* (2007). Brusel. Dostupné z [http://ec.europa.eu/health/archive/ph\\_determinants/life\\_style/nutrition/documents/nutrition\\_wp\\_cs.pdf](http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/nutrition_wp_cs.pdf)

Chooi, Y. C., Ding, C., & Magkos, F. (2018). *The epidemiology of obesity*. *Metabolism*. Dostupné z <https://doi.org/10.1016/j.metabol.2018.09.005>

DeAngelo, L., PhD, Kalumuck, K. E., PhD, & Adlin, E. V., MD. (2013). *Obesity*. *Magill's Medical Guide* (Online Edition). Dostupné z <https://search.ebscohost.com/login.aspx?authtype=shib&custid=s1240919&profile=eds>

Dohnal, P. (2013). *Výživa a spánek*. *Interní Medicína Pro Praxi*, 15(2), 75-77. Dostupné z <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2013/02/07.pdf>

Fairburn, C. G., Cooper, Z., & O'Connor, M. (2008). *Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q 6.0)* In: Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*. New York: Guilford.

Gricová, J. & Papežová, H. (2018). *Prevence poruch příjmu potravy*. In Papežová, H. (2018). *Anorexie, bulimie a psychogenní přejídání: interdisciplinární a transdiagnostický pohled*. Praha: Mladá fronta, 2018

Hainer, V. (2011). *Základy klinické obezitologie* (2. přeprac. a dopl. vyd). Praha: Grada

Hainer, V. (2016). *Etiopatogeneze obezity*. In Kunešová, M. *Základy obezitologie*. Praha: Galén

Hainer, V., Bendlová, B. (2011). *Etiopatogeneze obezity*. In Hainer, V. *Základy klinické obezitologie* (2., přeprac. a dopl. vyd). Praha: Grada.

Hainerová, A. I. (2011). *Obezita v dětství a dospívání*. In Hainer, V. *Základy klinické obezitologie* (2., přeprac. a dopl. vyd). Praha: Grada.

- Hayden, M. J., Dixon, J. B., Dixon, M. E., & O'Brien, P. E. (2010). *Confirmatory factor analysis of the Beck Depression Inventory in obese individuals seeking surgery*. *Obesity Surgery*, 20(4), 432–439. Dostupné z <https://doi.org/10.1007/s11695-009-9977-5>
- Herényiová, G. (2008). *Poruchy příjmu potravy očami psychologa (obezita, anorexia, orthorexia)*. *Interná medicína*, 8(3), 195-200. Dostupné z [http://samedi.sk/?page=archiv&act=Archiv\\_clanok&identif=interna&clanok\\_id](http://samedi.sk/?page=archiv&act=Archiv_clanok&identif=interna&clanok_id)
- Kamarádová, D., Praško, J., Látalová, K., Panáčková, L., Švancara, J., Ocisková, M., et al. (2016). *Validizace české verze Beckova inventáře úzkosti*. *Česká A Slovenská Psychiatrie*, 112(4), 153-158. Dostupné z <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=1092>
- Kelly, N. R., Cotter, E. W., Lydecker, J. A., & Mazzeo, S. E. (2017). *Missing and discrepant data on the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q): Quantity, quality, and implications*. *Eating Behaviors*, 24, 1–6. Dostupné z <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2016.11.002>
- Keski-Rahkonen, A., & Mustelin, L. (2016). *Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors*. *Current Opinion In Psychiatry*, 29(6), 340–345. Dostupné z <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000278>
- Klimešová, I., & Elfmark, M. (2015). *Ověření reliability české verze dotazníku bažení po jídle*. *Praktický Lékař*, 95(6), 280-282. Dostupné z <http://www.prolekare.cz/prakticky-lekar-clanek/overeni-reliability-ceske-verze-dotazniku-bazeni-po-jidle-56663>
- Koritar, P., Pinzon, V. D., Barros, C., Cobelo, A., & Fleitlich-Bilyk, B. (2014). *Anorexia nervosa: differences and similarities between adolescents with and without a history of obesity / Anorexia nervosa: diferencias y similitudes entre adolescentes con y sin antecedentes de obesidad*. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, (1), 1. Dostupné z <https://www.sciencedirect.com.ezproxy.is.cuni.cz/science/article/pii/S2007152314703714>
- Krch, F. D. (2011). *Poruchy příjmu potravy*. In Hainer, V. (2011). *Základy klinické obezitologie (2., přeprac. a dopl. vyd)*. Praha: Grada
- Krch, F. D. (2016). *Poruch příjmu potravy*. In Kunešová, M. (2016) *Základy obezitologie*. Praha: Galén
- Krch, F. D. (2018). *Kognitivně-behaviorální terapie poruch příjmu potravy*. In Papežová, H. (2018). *Anorexie, bulimie a psychogenní přejídání: interdisciplinární a transdiagnostický pohled*. Praha: Mladá fronta, 2018.
- Kunešová M. (2011). *Vyšetření v obezitologii*. In Hainer, V. *Základy klinické obezitologie (2., přeprac. a dopl. vyd)*. Praha: Grada.
- Kunešová M. (2016). *Diety, hodnocení jídelníčku*. In Kunešová, M. *Základy obezitologie*. Praha: Galén
- Kunešová M. (2016). *Klasifikace a diagnostika obezity*. In Kunešová, M. *Základy obezitologie*. Praha: Galén

Kunešová M., Müllerová D., Hainer, V. (2011). *Epidemiologie a zdravotní rizika obezity*. In Hainer, V. *Základy klinické obezitologie* (2., přeprac. a dopl. vyd). Praha: Grada.

Kunešová, M. (2016) *Základy obezitologie*. Praha: Galén

Lavender, J. M., De Young, K. P., & Anderson, D. A. (n.d.). *Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q): Norms for undergraduate men*. *Eating Behaviors*, 11(2), 119–121. Dostupné z <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2009.09.005>

Málková I. (2016). *Aplikace kognitivně-behaviorálního přístupu v terapii obezity*. In Kunešová, M. *Základy obezitologie*. Praha: Galén

Mlíková Seidlerová, J. (2013). *Syndrom spánkové apnoe*. *Practicus*, 12(4), 29–30. Dostupné z <http://web.practicus.eu/sites/cz/Stranky/Archiv.aspx>

Mollaoglu, H., Ucok, K., Kaplan, A., Genc, A., Mayda, H., Guzel, H. I., Ozbulut, O. (2012). *Association analyses of depression, anxiety, and physical fitness parameters in Turkish obese adults*. *Journal Of Back And Musculoskeletal Rehabilitation*, 25(4), 253–260. Dostupné z <https://doi.org/10.3233/BMR-2012-0333>

Mond, J. M., Hay, P. J., Rodgers, B., & Owen, C. (2006). *Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q): Norms for young adult women*. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 53–62. Dostupné z <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.12.003>

Müllerová D., Kunešová M. (2011). *Prevence obezity – základní strategie současných preventivních programů boje s obezitou*. In Hainer, V. *Základy klinické obezitologie* (2., přeprac. a dopl. vyd). Praha: Grada.

Papežová, H. (2018). *Anorexie, bulimie a psychogenní přejídání: interdisciplinární a transdiagnostický pohled*. Praha: Mladá fronta, 2018.

Papežová, H. (2018). *Diagnostika poruch příjmu potravy a komorbidních onemocnění*. In Papežová, H. (2018). *Anorexie, bulimie a psychogenní přejídání: interdisciplinární a transdiagnostický pohled*. Praha: Mladá fronta, 2018.

Papežová, H. (2018). *Epidemiologie poruch příjmu potravy*. In Papežová, H. (2018). *Anorexie, bulimie a psychogenní přejídání: interdisciplinární a transdiagnostický pohled*. Praha: Mladá fronta, 2018.

Papežová, H. (2018). *Poruchy příjmu potravy: Klinické vodítka pro lékařskou péči*. In Papežová, H. (2018). *Anorexie, bulimie a psychogenní přejídání: interdisciplinární a transdiagnostický pohled*. Praha: Mladá fronta, 2018

Pařízková, J., & Lisá, L. (2009). *Rané faktory ovlivňující vznik obezity na začátku života*. *Praktický Lékař*, 89(6), 303–306. Dostupné z <http://www.prolekare.cz/prakticky-lekar-clanek?id=7451>

- Pierce, G. L., Kalil, G. Z., Ajibewa, T., Holwerda, S. W., Persons, J., Moser, D. J., & Fiedorowicz, J. G. (2017). *Anxiety independently contributes to elevated inflammation in humans with obesity*. *Obesity* (Silver Spring, Md.), 25(2), 286–289. Dostupné z <https://doi.org/10.1002/oby.21698>
- Pichlerová, D. (2016). *Obezita – diagnostika a léčba v ordinaci praktického lékaře*. *Medicína Pro Praxi*, 13(4), 204-210. Dostupné z [https://www.medicinapropraxi.cz/artkey/med-201604-0011\\_Obezita-diagnostika\\_a\\_lecba\\_v\\_ordinaci\\_praktickeho\\_lekare.php](https://www.medicinapropraxi.cz/artkey/med-201604-0011_Obezita-diagnostika_a_lecba_v_ordinaci_praktickeho_lekare.php)
- Pineda E., Sanchez-Romero L. M., Brown M, Jaccard A., Jewell J., Galea G., Breda J. (2018). *Forecasting Future Trends in Obesity across Europe: The Value of Improving Surveillance*. *Obesity Facts*, Vol 11, Iss 5, Pp 360-371 (2018), (5), 360. Dostupné z <https://doi.org/10.1159/000492115>
- Pliatskidou, S., M. Samakouri, E. Kalamara, E. Papageorgiou, K. Koutrouvi, C. Goulemtzakis, E. Nikolaou, & M. Livaditis. (2019). *Validity of the Greek Eating Disorder Examination Questionnaire 6.0 (EDE-Q-6.0) among Greek adolescents*. *Psychiatrikē = Psychiatriki*, 26(3), 204–216. Dostupné z <https://search.ebscohost.com/login.aspx?authtype=shib&custid=s1240919&profile=eds>
- Rø, O., Reas, D. L., & Lask, B. (2010). *Norms for the Eating Disorder Examination Questionnaire among female university students in Norway*. *Nordic Journal Of Psychiatry*, 64(6), 428–432. Dostupné z <https://doi.org/10.3109/08039481003797235>
- Rogers, N. et al. (2006). *Assessment of sleep in women with night eating syndrome*. *SLEEP*, 29(6), 814–819. Dostupné z: <https://academic-oup-com.ezproxy.is.cuni.cz/sleep/article/29/6/814/2708230>
- Rosolová, H. (2015). *Metabolický, respektive kardiometabolický syndrom*. *Interní Medicína Pro Praxi*, 17(2), 61-62. Dostupné z [https://www.internimedicina.cz/artkey/int-201502-0004\\_Metabolicky\\_respektive\\_kardiometabolicky\\_syndrom.php](https://www.internimedicina.cz/artkey/int-201502-0004_Metabolicky_respektive_kardiometabolicky_syndrom.php)
- Rosolová, H. (2016). *Metabolický syndrom v 21. století. Co můžeme udělat pro naše pacienty?* *Practicus*, 15(10), 27. Dostupné z <http://web.practicus.eu/sites/cz/Stranky/Archiv.aspx>
- Serier, K. N., Smith, J. E., & Yeater, E. A. (2018). *Confirmatory factor analysis and measurement invariance of the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) in a non-clinical sample of non-Hispanic White and Hispanic women*. *EATING BEHAVIORS*, 31, 53–59. Dostupné z <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2018.08.004>
- Slabá, Š. (2014). *Psychologie v léčbě obezity*. In Matoulek, M. (2014). *Manuál praktické obezitologie: nejen pro praktické lékaře*. Praha: NOL.
- Soukup, J. (2018). *Motivační rozhovory v léčbě poruch příjmu potravy*. In Papežová, H. (2018). *Anorexie, bulimie a psychogenní přejídání: interdisciplinární a transdiagnostický pohled*. Praha: Mladá fronta, 2018
- Stark, S. W. (2018). *Beck Depression Inventory (BDI)*. *Salem Press Encyclopedia of Health*. Dostupné z <https://search.ebscohost.com/login.aspx?authtype=shib&custid=s1240919&profile=eds>

- Sucharda P. (2016)., *Zdravotní rizika obezity a nemoci komplikující obezitu*. In Kunešová, M. *Základy obezitologie*. Praha: Galén
- Světlák, M., & Černík, M. (2010). *Bažení po jídle: Dotazník neodolatelné chuti k jídlu*. *Praktický Lékař*, 90(1), 44-47. Dostupné z <http://www.prolekare.cz/prakticky-lekar-archiv-cisel?id=3228>
- Šubová, D., Azeem, K., Ševčíková, J., Horáková, D., Vlčková, J., Tomášková, H., et al. (2014). *Je obezita rizikovým faktorem vybraných nádorových onemocnění?* *Praktický Lékař*, 94(1), 16-21. Dostupné z <http://www.prolekare.cz/prakticky-lekar-clanek/je-obezita-rizikovym-faktorem-vybranych-nadorovych-onemocneni-48098>
- Šonka, K. (2018). *Spojené poruchy spánku a jedení*. In Papežová, H. (2018). *Anorexie, bulimie a psychogenní přejídání: interdisciplinární a transdiagnostický pohled*. Praha: Mladá fronta, 2018
- Teplan, V., Lukáš, M., Beňo, P., & Lukáš, M. (2017). *Obezita a ledviny*. *Gastroenterologie A Hepatologie*, 71(6), 510-516. Dostupné z <https://doi.org/10.14735/amgh2017510>
- Tomanová, J. (2018). *Rodinná a vícerodinná terapie v poradenství*. In Papežová, H. (2018). *Anorexie, bulimie a psychogenní přejídání: interdisciplinární a transdiagnostický pohled*. Praha: Mladá fronta, 2018
- Udo, T., McKee, S. A., & Grilo, C. M., (2014). *Factor structure and clinical utility of the Beck Depression Inventory in patients with binge eating disorder and obesity*. *GENERAL HOSPITAL PSYCHIATRY*, 37(2), 120–125. Dostupné z <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2014.11.011>
- Wagenknecht, M. (2011). *Úloha psychologa v péči o obézního pacienta*. In Hainer, V. *Základy klinické obezitologie (2., přeprac. a dopl. vyd)*. Praha: Grada.
- Wagenknecht, M. (2016). *Role pacienta v léčbě obezity-psychologická léčba*. In Kunešová, M. *Základy obezitologie*. Praha: Galén
- Wagenknecht, M., Hainer, V., Kunešová, M., Bellisle, F., Pařízková, J., Braunerová, R., et al. (2007). *Vztahy mezi faktory „Dotazníku jídelních zvyklostí“, socioekonomickým stavem, antropometrickými ukazateli akumulace tuku a zdravotními riziky u české populace*. *Časopis Lékařů Českých*, 146(3), 284-291. Dostupné z <http://www.prelekara.sk/pdf?id=2886>
- WHO (2018). *Fact sheets: Obesity nad overweight*. Dostupné z <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Yamamotová, A. (2016). *Neurofyzilogie stresu a bolesti u pacientek s poruchami příjmu potravy*. In Papežová, H. (2018). *Anorexie, bulimie a psychogenní přejídání: interdisciplinární a transdiagnostický pohled*. Praha: Mladá fronta, 2018
- Zambrowicz, R., Schebendach, J., Mayer, L. E. S., Walsh, B. T., Steinglass, J. E. & Sysko, R. (2019). *Relationship between three factor eating questionnaire-restraint subscale and food intake*. *International Journal of Eating Disorders*. Dostupné z <https://doi.org/10.1002/eat.23014>



## 10. Seznam grafů

Graf 1: Zastoupení žen a mužů v celkovém vzorku (n=40) .....	28
Graf 2: Rozdělení výzkumného vzorku podle hodnoty BMI.....	29
Graf 3: Rozdělení výzkumného vzorku podle výsledků BDI-II.....	30
Graf 4: Rozdělení výzkumného vzorku podle výsledků BAI .....	31
Graf 5: Rozložení hodnot celkového skóre G-FCQ-T.....	32
Graf 6: Rozložení hodnot celkového skóre EDE-Q.....	35

## 11. Seznam tabulek

Tabulka 1: Klasifikace obezity podle BMI.....	14
Tabulka 2: Popis výzkumného vzorku .....	28
Tabulka 3: Normy pro BDI-II a BAI.....	29
Tabulka 4: Výsledky BDI-II .....	30
Tabulka 5: Výsledky BAI .....	31
Tabulka 6: Výsledky BDI-II a BAI u respondentů s psychiatrickým onemocněním .....	32
Tabulka 7: Normy pro jednotlivé faktory G-FCQ-T dle Světláka, Černíka, Klimešové a Elfmarka....	33
Tabulka 8: Hodnoty skóre 4 faktorů G-FCQ-T .....	33
Tabulka 9: Normy pro TFE-Q.....	33
Tabulka 10: Výsledky TFE-Q: Restrikce .....	34
Tabulka 11: Výsledky TFE-Q: Disinhibice.....	34
Tabulka 12: Výsledky TFE-Q: Hlad.....	34
Tabulka 13: Celkové skóre EDE-Q .....	35
Tabulka 14: Výsledky EDE-Q: Restraint.....	36
Tabulka 15: Výsledky EDE-Q: Eating Concern .....	36
Tabulka 16: Výsledky EDE-Q: Shape Concern .....	37
Tabulka 17: Výsledky EDE-Q: Weigh Concern.....	37
Tabulka 18: Porovnání výsledků G-FCQ-T .....	40
Tabulka 19: Porovnání výsledků TFE-Q.....	41

## 12. Přílohy

### Příloha 1: Etická komise

Etická komise  
Všeobecné fakultní nemocnice v Praze  
ETHICS COMMITTEE  
of the General University Hospital, Prague

Na Bojišti 1  
128 08 Praha 2  
tel.: 224964131  
e-mail: eticka.komise@vfn.cz

Vážená paní  
Alžběta Staňová  
K Přívozu 192  
413 01 Dobříř

15.11.2018  
č.j.: 1898/18 S-IV

Etická komise VFN projednala na svém zasedání 15.11.2018 Vámi předložený individuální výzkum č.j. 1898/18 S-IV – bakalářskou práci

**Název studie/Title of CT:** Poruchy příjmu potravy u pacientů s obezitou

**Žadatel/Applicant:** Alžběta Staňová, III. Interní klinika – Klinika endokrinologie a metabolismu 1.LF UK a VFN v Praze, U Nemocnice 1, 128 08 Praha 2

**Lhůta pro podání písemné zprávy o průběhu KH od jeho zahájení/ Time schedule for submission of the written Annual Report:**  1x ročně/Once a year  Jiná lhůta/Other

**Úhrada nákladů** spojených s posouzením žádosti a vydáním stanoviska /Reimbursement of costs related to assessment of the EC:  Ano/Yes  Ne, důvod/No, reasons: Nesponzorovaný projekt

**Datum doručení žádosti / Date of submission of the Application Form:** 29.10.2018

**Datum jednání EK+čas/Date and time of Ethics Committee's session:** 15.11.2018 (15,30 – 18,15 hod.)

**Seznam míst hodnocení s označením míst, ke kterým se EK vyjádřila jako místní EK a kde vykonává dohled**

Místo hodnocení / Jméno zkoušejícího Trial Site / Name of Investigator	Místní EK Local EC	Adresa místní EK Address
Alžběta Staňová, III. Interní klinika – Klinika endokrinologie a metabolismu 1.LF UK a VFN v Praze, U Nemocnice 1, 128 08 Praha 2	<input checked="" type="checkbox"/>	EK při VFN, Na Bojišti 1, 128 08 Praha 2

**Seznam hodnocených dokumentů / List of all submitted documents:**

Název dokumentu, verze, datum Document title, version, date	Schváleno /Approved		Na vědomí / Taken into account	
	ANO Yes	NE No	ANO Yes	NE No
Žádost o vyjádření etické komise včetně popisu projektu ze dne 22.10.2018	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zkrácený formulář EK VFN k neintervenční dotazníkové studii ze dne 22.10.2018	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Žádost o dotazníkovou akci, 22.10.2018	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dotazníky pro pacienty	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Čestné prohlášení o provádění výzkumu ze dne 22.10.2018	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Životopis hlavní zkoušející: Alžběta Staňová	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souhlas náměskyně pro nelékařská zdravotnická povolání ze dne 22.10.2018	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souhlas přednosty kliniky ze dne 22.10.2018	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### Stanovisko etické komise:

EK vydává / EC issues

- Souhlasné stanovisko/Favourable opinion  
 Nesouhlasné stanovisko/Unfavourable opinion

EK VFN vydává **souhlasné** stanovisko k provedení individuálního výzkumu – bakalářské práce na III. Interní klinice – klinice endokrinologie a metabolismu 1. LF UK a VFN v Praze.

Etická komise  
Všeobecná fakultní nemocnice  
v Praze  
Na Bojišti 1  
128 08 Praha 2

Podpis předsedy EK / Signature of Chairperson

MUDr. Josef ŠEDIVÝ, CSc.

## Seznam členů etické komise/ List of the Ethics Committee Members:

	Muž/ Žena Male/ Female	Odbornost Specialist	Zaměstnanec zřizovatele EK*		Funkce v EK Role in EC	Přítomen Attendance		Hlasoval Voted	
			Ano Yes	Ne No		Ano Yes	Ne No	Ano Yes	Ne No
MUDr. Josef Šedivý, CSc.	M/M	Clinical Pharmacologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Předseda/ Chairperson	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUDr. Magda Šišková, CSc.	Ž/F	Haematologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Místopřed- seda/Vice- chairperson	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
JUDr. Milada Džupinková, MBA	Ž/F	Lawyer	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jana Farkačová	Ž/F	Lab. Technician	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Doc. MUDr. Pavel Freitag, CSc.	M/M	Gynaecologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ing. Antonín Grošpic, CSc.	M/M	Engineer	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. MUDr. Eva Kubala Havrdová, CSc.	Ž/F	Neurologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
MUDr. Hana Honová	M/M	Oncologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
MUDr. Anna Jedličková	Ž/F	Microbiologist	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUDr. Jiří Kolář	M/M	Cardiologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
MUDr. Ladislav Korábek, CSc., MBA	M/M	Dental surgeon	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. MUDr. František Perlík, DrSc.	M/M	Pharmacologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. MUDr. Jan Roth, CSc.	M/M	Neurologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mgr. Libuše Roytová Mgr. ThLic. of Theologie	Ž/F	Member of clergy	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUDr. Kateřina Rusinová, MgA., Ph.D.	Ž/F	Anesthesiologist -Intensive Med.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
JUDr. Šárka Špeciánová	Ž/F	Lawyer	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUDr. Marcela Trojánková	Ž/F	Privat Nephrologist	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. MUDr. Jiří Zeman, DrSc.	M/M	Paediatrist – Adolescent Med	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>


pozn: \*Zaměstnanec zřizovatele EK/ Employee of EC appointing authority)

Etická komise prohlašuje, že byla ustavena a pracuje v souladu se správnou klinickou praxí (GCP) a platnými právními předpisy. Poslední sloupec udává, zda členové EK byli přítomni hlasování, ale nikoli jak hlasovali ve věci./The Ethics Committee hereby declares that it was established and operates in accordance with its Rules of Procedure in compliance with GCP and valid legal regulations. EC members personally presented the voting procedure (and NOT their individual voting result to or against the cause) are indicated in the last column:

 Ano/Yes  Ne/No

Komentář/Comments:

Datum/Date: 15.11.2018

  
Podpis předsedy EK nebo zástupce  
Signature of Chairperson or Vice-Chairperson

Etická komise  
Všeobecná fakultní nemocnice  
v Praze  
Na Bojišti 1  
128 08 Praha 2

MUDr. Josef ŠEDIVÝ, CSc.

## Příloha 2: Anamnestický dotazník

### ANAMNESTICKÝ DOTAZNÍK

Jméno: ..... Příjmení: .....  
Datum narození: ..... Pohlaví: žena muž  
Rodinný stav: ..... Nejvyšší dosažené vzdělání: .....  
Povolání: ..... Datum vyplnění: .....  
Výška: ..... Váha: .....

Vážení respondenti,

Jsem studentkou 1.lékařské fakulty UK obor Nutriční terapeut. V rámci své bakalářské práce, poruchy příjmu potravy u pacientů s obezitou, Vás žádám o vyplnění následujících 5 dotazníků. Cílem je zmapování výskytu rysů poruch příjmu potravy u pacientů v obezitologické ambulanci. Všechny data použita pro mou závěrečnou práci budou anonymizována.

Děkuji za Váš čas

Alžběta Staňová

Odpovězte prosím pravdivě na následující otázky týkající se Vašeho zdravotního stavu

Léčíte se s některým z následujících onemocnění?

1. Diabetes mellitus (cukrovka)  ANO  NE: Od kterého roku: .....
2. Vysoký krevní tlak  ANO  NE: Od kterého roku: .....
3. Onemocnění srdce  ANO  NE: Od kterého roku: .....  
Jaký druh onemocnění srdce? (infarkt, angina pectoris, poruchy srdečního rytmu, aj.)  
.....
4. DNA(kyselina močová)  ANO  NE: Od kterého roku: .....
5. Vysoký cholesterol  ANO  NE: Od kterého roku: .....
6. Onemocnění štítné žlázy  ANO  NE: Od kterého roku: .....
7. Jiná onemocnění (psychiatrická léčba a jiné): .....

Léky, které pravidelně užíváte?

Název léku: uveďte název, včetně síly (mg) např. Siofor 1000 mg. Dávkování: např. 1-0-0

Název léku: ..... Dávkování: .....

Název léku: ..... Dávkování: .....

Název léku: ..... Dávkování: .....

## Příloha 3: Beckův inventář deprese a úzkosti

### Beckova posuzovací škála deprese a úzkosti

Máte před sebou dotazník obsahující skupiny různých tvrzení. Nejprve si v každé skupině přečtete všechna tvrzení a pak si vyberte to, které Vás nejlépe charakterizuje v posledním týdnu (včetně dneška) a jeho číslo zakroužkujte. Pokud Vám vyhovuje více tvrzení (popřípadě Vám nepasuje žádné), zatrhněte to, které se blíží nejvíce.

#### **Beckův inventář deprese:**

1. 0 - Necítím se smutný (á).  
1 - Cítím se posmutnělý (á), sklíčený (á).  
2 - Jsem stále smutný (á) a smutku se nedokážu zbavit.  
3 - Jsem tak nešťastný (á), že to nemohu snést.
2. 0 - Příliš se budoucnosti neobávám.  
1 - Budoucnosti se obávám.  
2 - Vidím, že se už nemám na co těšit.  
3 - Vidím, že budoucnost je beznadějná, má situace se nemůže zlepšit.
3. 0 - Nemám pocit nějakého životního neúspěchu nebo smůly.  
1 - V životě jsem měl(a) více smůly a neúspěchu než obvykle mají jiní lidé.  
2 - Vidím, že můj dosavadní život byl jen řadou neúspěchů.  
3 - Vidím, že jsem jako člověk [otec, matka, manžel(ka)] plně selhal(a).
4. 0 - Jsem v podstatě spokojen(a).  
1 - Věci mě už netěší tak, jako dříve.  
2 - Nic mi již nepřináší uspokojení.  
3 - Ať dělám cokoliv, jsem nespokojen(a).
5. 0 - Netrpím pocity viny.  
1 - Často mívám pocity viny.  
2 - Hodně často mívám pocity viny.  
3 - Stále trpím pocity viny.
6. 0 - Nemám pocit, že bych měl(a) být za něco potrestán(a).  
1 - Mám pocit, že bych mohl(a) být za něco potrestán(a).  
2 - Očekávám, že budu nějak potrestán(a).  
3 - Víím, že budu potrestán(a).
7. 0 - Necítím se příliš zklamán(a) sám (sama) sebou.  
1 - Zklamal(a) jsem se v sobě.  
2 - Jsem dosti znechucen(a) sám (sama) sebou.  
3 - Nenávidím se.
8. 0 - Necítím se horší než kdokoliv jiný.  
1 - Mám spoustu nedostatků a dělám hodně chyb.  
2 - Stále si vyčítám všechny své chyby.  
3 - Za všechno špatné mohu já.
9. 0 - Nepřemýšlím o sebevraždě.  
1 - Někdy pomýšlím na sebevraždu.  
2 - Často přemýšlím o sebevraždě.  
3 - Kdybych měl(a) příležitost, tak bych si vzal(a) život.
10. 0 - Nepláču více než obvykle.  
1 - Pláču nyní častěji než předtím.  
2 - Pláču nyní stále, nedokážu přestat.  
3 - Nemohu už ani plakat.
11. 0 - Nejsem nyní podrážděnější více než obvykle.  
1 - Jsem často podrážděný (á) a rozladěný (á).  
2 - Jsem stále podrážděný (á) a rozladěný (á).  
3 - Nemohu se již rozcílit ani věcmi, které mě dříve rozcílovaly.
12. 0 - Neztratil(a) jsem zájem o ostatní lidi.  
1 - Mám menší zájem o ostatní lidi.  
2 - Ztratil(a) jsem většinu zájmu o ostatní lidi.  
3 - Ztratil(a) jsem všechn zájem o ostatní lidi.

13. 0 - Dokážu se většinou v běžných situacích rozhodnout.  
1 - Odkládám svá rozhodnutí častěji než dříve.  
2 - Mám značné potíže v rozhodování.  
3 - Vůbec se nedokážu rozhodnout.
14. 0 - Nemám větší starosti se vzhledem než dříve.  
1 - Mám starosti, že vypadám už dost staře a neatraktivně.  
2 - Mám dojem, že se můj zevnějšek značně zhoršil, vypadám dost nepěkně.  
3 - Mám pocit, že vypadám hnusně až odpudivě.
15. 0 - Práce mi jde jako dříve.  
1 - Musím se nutit, když chci začít něco dělat.  
2 - Dá mi velké přemáhání, abych cokoliv udělal(a).  
3 - Nejsem schopen (schopna) jakékoliv práce.
16. 0 - Spím stejně dobře jako dříve.  
1 - Nespím již tak dobře jako dříve.  
2 - Probouzím se o hodinu až dvě dříve než obvykle a nemohu pak již spát.  
3 - Denně se probouzím předčasně a nedokážu spát více než 5 hodin denně.
17. 0 - Necítím se unavenější než dříve.  
1 - Unávím se snadněji než dříve.  
2 - Téměř všechno mě unavuje.  
3 - Únava mi zabraňuje cokoliv dělat.
18. 0 - Mám svou obvyklou chuť k jídlu.  
1 - Nemám takovou chuť k jídlu jako dříve.  
2 - Mám mnohem menší chuť k jídlu.  
3 - Zcela jsem ztratil(a) chuť k jídlu.
19. 0 - V poslední době jsem nezhubnul(a).  
1 - V poslední době jsem zhubl(a) o více než 2,5 kg.  
2 - V poslední době jsem zhubl(a) o více než 5 kg.  
3 - V poslední době jsem zhubl(a) o více než 7,5 kg.
20. 0 - Nestarám se o své zdraví více než obvykle.  
1 - Nyní mi dělají starosti různé bolesti po těle, žaludek, zácpa, srdce apod.  
2 - Velice často myslím na tělesné obtíže.  
3 - Moje bolesti a těžkosti mě zcela vyčerpávají.
21. 0 - Nepozoruji snížení zájmu o sex.  
1 - Mám menší zájem o sex než dříve.  
2 - Mám o hodně menší zájem o sex než dříve.  
3 - Ztratil(a) jsem úplně zájem o sex.

**SOUČET:** .....

### Beckův inventář úzkosti:

Předkládáme Vám seznam běžných symptomů úzkosti. Přečtěte si pozorně každou položku seznamu. Označte, do jaké míry Vás jednotlivé symptomy obtěžovaly během minulého týdne včetně dneška umístěním křížku na odpovídající místo v kolonce vedle každého symptomu

**Stupnice:** **0** – vůbec, **1** – mírně (moc mě to nerušilo), **2** – středně (bylo to nepříjemné, ale dalo se to vydržet), **3** – vážně (stěžuji jsem to vydržel/a)

- |                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| 1. Mrtvění nebo mravenčení.....     | 2. Pocit horka.....                         |
| 3. Vratkost nohou.....              | 4. Neschopnost odpočinku.....               |
| 5. Strach z nejhorší události.....  | 6. Závrať nebo pocit na omdlení.....        |
| 7. Bušení srdce, zrychlený tep..... | 8. Neklid.....                              |
| 9. Zděšení.....                     | 10. Nervozita.....                          |
| 11. Pocit dušnosti.....             | 12. Chvění rukou.....                       |
| 13. Třes.....                       | 14. Strach ze ztráty kontroly.....          |
| 15. Namáhavé dýchání.....           | 16. Strach ze smrti.....                    |
| 17. Panika.....                     | 18. Trávící potíže nebo bolesti břicha..... |
| 19. Pocit na omdlení.....           | 20. Zarudnutí v obličeji.....               |
| 21. Pocení.....                     |   |

**SOUČET:** .....

## Příloha 4: Dotazník neodolatelné chuti k jídlu

### G-FCQ-T - Dotazník neodolatelné chuti k jídlu

Zakroužkujte prosím číslo, které nejlépe vystihuje vaši osobní zkušenost.

Nikdy, netýká se mě to	Zřídka	Někdy	Často	Téměř vždy	Vždy
1	2	3	4	5	6
1.					
Mám pocit, že neustále myslím na jídlo.	1	2	3	4	5 6
2.					
Bez ohledu na to, jak těžce to zkouším, nemohu přestat myslet na jídlo.	1	2	3	4	5 6
3.					
Uvědomil(a) jsem si, že jsem zcela zaujatý(á) jídlem.	1	2	3	4	5 6
4.					
Když mám na něco neodolatelnou chuť, nemůžu se myšlenky na jídlo zbavit.	1	2	3	4	5 6
5.					
Neodolatelná chuť na jídlo mě neustále nutí hledat způsoby jak se k jídlu dostanu.	1	2	3	4	5 6
6.					
Strávím hodně času přemýšlením nad tím, co budu jíst příště.	1	2	3	4	5 6
7.					
Když jím něco, na co jsem měl(a) neodolatelnou chuť, přestanu se kontrolovat a sním příliš mnoho.	1	2	3	4	5 6
8.					
Jakmile začnu jíst, mám potíže přestat.	1	2	3	4	5 6
9.					
Když mám na něco neodolatelnou chuť, vím, že jakmile začnu jíst, nebudu schopen(a) přestat.	1	2	3	4	5 6
10.					
Když dostanu to, na co mám neodolatelnou chuť, nedokážu přestat jíst.	1	2	3	4	5 6
11.					
Když jsem s někým, kdo se přejídá, přejídám se obvykle také.	1	2	3	4	5 6
12.					
Kdykoliv jdu někam, kde je neomezené množství jídla, skončí to tak, že sním víc, než jsem potřeboval(a).	1	2	3	4	5 6
13.					
Když jím to, na co mám neodolatelnou chuť, cítím se lépe.	1	2	3	4	5 6
14.					
Když jím to, na co mám neodolatelnou chuť, cítím se skvěle.	1	2	3	4	5 6
15.					
Když jsem sytý(á) jsem méně napjatý(á), úzkostný(á).	1	2	3	4	5 6
16.					
Když se najím, cítím se spokojeně.	1	2	3	4	5 6
17.					
Někdy, když jím, zdá se mi, že svět je prostě perfektní.	1	2	3	4	5 6
18.					
Mám neodolatelnou chuť na jídlo, když jsem rozrušený(á).	1	2	3	4	5 6
19.					
Mé emoce jsou často příčinou toho, že chci jíst.	1	2	3	4	5 6
20.					
Když jsem ve stresu, mám neodolatelnou chuť na jídlo.	1	2	3	4	5 6
21.					
Mám neodolatelnou chuť na jídlo, když se cítím zduřený(á), Naštvaný(á) nebo smutný(á).	1	2	3	4	5 6



## Příloha 5: Dotazník jídelních zvyklostí

### Dotazník jídelních zvyklostí

revidovaná verze 2015, Psychologická sekce ČOS JEP

**Instrukce:** Zakroužkujte u následujících výroků S nebo N (S= souhlasím, N= nesouhlasím) podle toho, která možnost Vás nejlépe vystihuje.

- |  |   |   |
|--|---|---|
| 1. Když cítím vůni smažícího se řízku nebo když vidím plátek šťavnatého masa, je pro mne velmi obtížní odolat pokušení dát se do jídla – a to i v případě, že jsem právě dojedl/a. | S | N |
| 2. Při společenských příležitostech jako jsou večírky a návštěvy jím obvykle příliš mnoho.   | S | N |
| 3. Obvykle mívám takový hlad, že jím častěji než třikrát denně.  | S | N |
| 4. Když sním svou denní kvótu kalorií (kilojoulů), obvykle nemám problém s tím, že již nebudu nic jíst.  | S | N |
| 5. Dodržování diety je pro mne nesmírně těžké, protože prostě dostanu velký hlad.  | S | N |
| 6. Záměrně si dávám jen malé porce, abych tak kontroloval/a svoji hmotnost.  | S | N |
| 7. Někdy něco chutná tak dobře, že pokračuji v jídle, i když už nemám hlad.  | S | N |
| 8. Jelikož mívám často hlad, přál/a bych si, aby mi odborník během jídla řekl, zda již mám dost, anebo že si mohu dovolit ještě něco sníst.  | S | N |
| 9. Pociťuji-li úzkost, přistihnu se, že něco jím.  | S | N |
| 10. Život je příliš krátký na to, aby si člověk dělal starosti s dietami.  | S | N |
| 11. Jelikož má hmotnost kolísá nahoru a dolů, již více než jednou jsem držel/a redukční dietu.   | S | N |
| 12. Často pociťuji takový hlad, že musím ihned něco sníst.   | S | N |
| 13. Když jsem s někým, kdo se přejídá, obvykle se přejím také.   | S | N |
| 14. Mám celkem dobrý přehled o energetické hodnotě běžných jídel.  | S | N |
| 15. Někdy, když začnu jíst, nemohu přestat.  | S | N |
| 16. Nečiní mi potíže nechat něco na talíři.  | S | N |
| 17. V určitou denní dobu mívám hlad, protože jsem v tu dobu zvyklý/á jíst.   | S | N |
| 18. Jestliže držím dietu a jím jídlo, které není „povolené“, záměrně potom určitou dobu jím méně, abych to napravil/a.   | S | N |
| 19. Když jsem s někým, kdo jí, často dostanu hlad a musím jíst také.   | S | N |

20. Mám-li pocit sklíčenosti, často se přejídám.	S	N
21. Jíst mne natolik těší, že si to nebudu kazit počítáním kalorií a hlídáním své hmotnosti.	S	N
22. Když vidím skutečnou delikatesu, dostanu často takový hlad, že musím ihned začít jíst.	S	N
23. Často přestanu jíst, i když nemám pocit nasycení, a to proto že chci vědomě omezit množství toho, co sním.	S	N
24. Mívám takový hlad, že mám pocit, že je můj žaludek bezednou nádobou.	S	N
25. Moje hmotnost se v posledních deseti letech téměř nezměnila.	S	N
26. Mám vždy takový hlad, že je pro mne těžké přestat jíst dříve, než je můj talíř prázdný.	S	N
27. Když se cítím osamělý/á, utěšuji se jídlem.	S	N
28. Vědomě se při jídle držím zpět, abych nepřibral/a na hmotnosti.	S	N
29. Někdy dostanu velký hlad pozdě večer nebo v noci.	S	N
30. Jím cokoli chci a kdykoli chci.	S	N
31. Aniž o tom přemýšlím, jím pomalu.	S	N
32. Vědomě počítám kalorie, abych kontroloval/a svoji hmotnost.	S	N
33. Některá jídla nejím, protože po nich tloustnu.	S	N
34. Mám vždy takový hlad, že mohu jíst kdykoli.	S	N
35. Změnám své postavy věnuji velkou pozornost.	S	N
36. Jestliže při redukční dietě sním „nepovolené“ jídlo, často pak ztratím zábrany a začnu jíst i jiná vysoce kalorická jídla.	S	N

**Instrukce:** U následujících otázek zakroužkujte číslo odpovědi, která Vás nejlépe vystihuje.

**37. Jak často držíte dietu, abyste měl/a pod kontrolou svoji hmotnost?**

1 zřídka                      2 občas                      3 obvykle                      4 stále

**38. Ovlivňují výkyvy Vaší hmotnosti o 2-3 kg způsob Vašeho života?**

1 vůbec ne  
mnoho                      2 jen lehce                      3 středně                      4 velmi

**39. Jak často míváte pocit hladu?**

1 pouze v době jídla stále      2 někdy mezi jídly      3 často mezi jídly      4 téměř

**40. Pomáhají Vám pocity viny kvůli přejídání regulovat příjem potravy?**

1 nikdy      2 zřídka kdy      3 často      4 vždy

**41. Jak by bylo pro Vás obtížné přestat s jídlem uprostřed hlavního jídla a nejíst nic v následujících čtyřech hodinách?**

1 lehké obtížné      2 trochu obtížné      3 dosti obtížné      4 velmi

**42. Jak dalece si uvědomujete to, co jíte?**

1 vůbec ne      2 jen trochu      3 poměrně dost      4 velmi

**43. Jak často se vyhýbáte tomu, abyste si dělal/a zásoby lákavého jídla?**

1 téměř nikdy      2 zřídka      3 obvykle      4 stále

**44. Jaká je pravděpodobnost, že budete nakupovat nízkokalorické potraviny?**

1 nepravděpodobné      2 lehce pravděpodobné      3 dosti pravděpodobné      4 velmi pravděpodobné

**45. Jíte uvážlivě v přítomnosti druhých, zatímco o samotě jíte bez zábran?**

1 nikdy      2 zřídka      3 často      4 vždy

**46. Jíte vědomě pomalu, abyste snížil/a množství toho, co sníte?**

1 ne      2 spíše ne      3 spíše ano      4 ano

**47. Jak často vynecháte dezert, protože už nemáte hlad?**

1 skoro nikdy denně      2 občas      3 alespoň 1x týdně      4 skoro

**48. Nakolik úmyslně jíte méně, než chcete?**

1 skoro ne stále      2 částečně      3 často      4 skoro

**49. Přejídáte se i přesto, že nemáte hlad?**

1 nikdy 1x týdně      2 zřídka      3 občas      4 alespoň

**50. Podle stupnice 0-5 so vyberte číslo, které odpovídá Vašemu stylu jídla, „0“ znamená, že jídlo neomezujete (jíte cokoli chcete, kdykoli chcete) a „5“ znamená, že se v jídle musíte trvale omezovat (neustále omezujete a nikdy se „nevzdáte“). Jaké číslo byste si přiřadil/a?**

0 Jíte, cokoli chcete, kdykoli chcete

1 Většinou jíte, cokoli chcete, kdykoli chcete.

2. Často jíte, cokoli chcete, kdykoli chcete.

3. Často omezujete příjem potravy, ale často to také vzdáte.

4. Většinou omezujete příjem potravy, zřídka to porušíte.

5. Trvale omezujete příjem potravy a nikdy tento režim neporušíte.

**51. Do jaké míry popisuje níže uvedený výrok Vaše jídelní chování? „ Začínám s dietou ráno, ale vzhledem k řadě událostí, které se během dne stanou, do večera dodržování diety vzdám a pak sním vše, na co mám chuť a slibuji si, že začnu s dietou opět zítra.“**

1 vůbec mě nepopisuje    2 trochu jako já

3 docela dobrý popis

4 perfektní

popis

## Příloha 6: EDE-Q Dotazník

### DOTAZNÍK EDE-Q

#### Část I.

Následující otázky se týkají pouze předchozích 4 týdnů (28 dní). Odpovězte, prosím, na všechny otázky.

#### **V kolika z posledních 28 dnů se stalo, že.....?**

Nikdy 1-5 dnů 6-12 dnů 13-15 dnů 16-22dnů 23-27dnů každý den

1. Snažil/a jste se záměrně omezit množství jídla, které jíte, abyste ovlivnil/a svou váhu nebo postavu? (ať už se Vám to dařilo nebo ne).
2. Delší dobu (alespoň 8 hodin za dobu, kdy jste byla vzhůru) jste vůbec nic nejedl/a, abyste ovlivnil/a svou váhu nebo postavu
3. Snažil/a jste se ze své stravy vyloučit některá jídla, která máte rád/a kvůli ovlivnění své váhy či postavy? (ať už se Vám to dařilo nebo ne).
4. Snažil/a jste se v jídle dodržovat určitá pravidla (např. Nepřekročit určité množství kalorií) kvůli ovlivnění své váhy či postavy? (ať už se Vám to dařilo nebo ne).
5. Velice jste si přál/a mít prázdný žaludek, abyste ovlivnil/a svou postavu nebo váhu?
6. Velice jste si přál/a, aby Vaše břicho bylo úplně ploché?
7. Zaměstnávaly Vás myšlenky na jídlo, jezení či kalorie natolik, že jste se nemohl/a soustředit na činnosti, které Vás zajímají (práci, rozhovor, čtení, zábavu)?
8. Zaměstnávaly Vás myšlenky na Vaši postavu či tělesnou hmotnost natolik, že jste se nemohl/a soustředit na činnosti, které Vás zajímají (práci, rozhovor, čtení, zábavu)?
9. Intenzivně jste se obával/a, že ztratíte kontrolu nad jídlem?
10. Intenzivně jste se obával/a, že byste mohl/a přibrat na váze?
11. Připadal/a jste si tlustý/á?
12. Velice jste si přál/a zhubnout?

#### **Kolikrát za poslední 4 týdny se Vám stalo, že?**

13. Jste snědl/a takové množství jídla, které by jiní lidé za daných okolností považovali za neobvykle velké?
14. Při kolika z těchto příležitostí jste cítil/a, že jste nad jídlem ztratil/a kontrolu (ve chvíli, kdy jste jedl/a)?
15. V kolika z posledních 28 dní jste se tímto způsobem přejedl/a?
16. jste si přivodil/a zvracení za účelem kontroly tělesné hmotnosti a postavy?
17. jste si vzal/a projímadlo jako prostředek ke kontrole tělesné hmotnosti a postavy?
18. jste nutkavě cvičil/a za účelem kontroly tělesné hmotnosti a postavy nebo abyste spálil/a kalorie?

V následujících otázkách **vyberte některou z nabízených možností**. Otázky se opět týkají pouze posledních 4 týdnů. Záchvaty přejídáním rozumíme jedení takového množství jídla, které by ostatní za daných okolností pokládali za neobvykle velké, doprovázené pocitem, že jste nad jídlem ztratil/a kontrolu.

19. V kolika z posledních 28 dnů jste jedl/a potají? (mimo záchvaty přejídání)  
Nikdy 1-5 dnů 6-12 dnů 13-15 dnů 16-22dnů 23-27dnů každý den

20. Jak často se Vám při jídle stalo, že jste měl/a pocit viny za následky, které to bude mít pro Vaši postavu nebo váhu? (mimo záchvaty přejídání).  
Nikdy Několikrát Méně než v polovině případů V polovině případů Více než v polovině případů Většinou Pokaždé

**K následujícím otázkám zaškrtněte možnosti:**

vůbec ne                      málo                      mírně                      výrazně

21. Nakolik Vás během posledních 28 dnů znepokojovalo, že by Vás ostatní viděli jíst?
22. Měl/a Vaše tělesná hmotnost vliv na to, jak sám/sama sebe vnímáte a hodnotíte?
23. Měl/a Vaše postava vliv na to, jak sám/sama sebe vnímáte a hodnotíte?
24. Do jaké míry by Vás znepokojilo, kdybyste se měl/a vážit jednou týdně (ne víckrát, ne méněkrát) po následující 4 týdny?
25. Nakolik jste byl/a nespokojený/á se svou váhou?
26. Nakolik jste byl/a nespokojený/á se svou postavou?
27. Nakolik Vás znepokojovalo, když jste viděl/a vlastní tělo (například v zrcadle, při převlékání, ve sprše, odraz ve výloze)?
28. Nakolik Vás znepokojovalo, že by někdo jiný viděl Vaše tělo (například ve veřejných šatnách, na plovárně nebo v přiléhavých šatech)?

## Protokol o úplnosti náležitostí bakalářské práce

**Alžběta Staňová**

**Poruchy příjmu potravy u pacientů s obezitou**

**Mgr. Barbora Pešková**

Prohlašuji, že jsem odevzdal (a) vysokoškolskou kvalifikační práci v souladu s:

**Opatřením rektora č. 6/2010** (dostupné z <http://www.cuni.cz/UK-3470.html>)

**Opatřením rektora č. 8/2011** (dostupné z <http://www.cuni.cz/UK-3735.html>)

**Opatřením děkana č. 10/2010** (dostupné z [http://www.lf1.cuni.cz/file/21321/opad10\\_10.pdf](http://www.lf1.cuni.cz/file/21321/opad10_10.pdf))

Zároveň prohlašuji, že jsem do Studijního informačního systému vložil (a) plný **text vysokoškolské kvalifikační práce** včetně všech povinných souborů podle typu práce:

- abstrakt ČJ
- abstrakt AJ

Při vkládání textu práce a všech souborů jsem postupoval (a) podle návodu dostupného z [http://www.lf1.cuni.cz/file/25838/navod\\_vkladani\\_prace.pdf](http://www.lf1.cuni.cz/file/25838/navod_vkladani_prace.pdf).

Nahrané soubory jsem následně zkontroloval (a).

Odpovídám za správnost a úplnost elektronické verze práce a všech dalších vložených elektronických souborů.

1 exemplář práce svázaný v pevné plátěné vazbě obsahuje všechny povinné náležitosti:

Příloha č. 1 – Titulní strana, Prohlášení diplomanta, Identifikační záznam, abstrakt v ČJ a AJ - [http://www.lf1.cuni.cz/file/21323/opad10\\_10\\_pril1.pdf](http://www.lf1.cuni.cz/file/21323/opad10_10_pril1.pdf)

Příloha č. 6 – Prohlášení zájemce o nahlédnutí - [http://www.lf1.cuni.cz/file/21329/opad10\\_10\\_pril6.pdf](http://www.lf1.cuni.cz/file/21329/opad10_10_pril6.pdf)

Datum: 30.04.2019

Podpis studenta

Kontrolu úplnosti náležitostí provedla osoba pověřená garantem:

