Univerzita Karlova v Praze

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

diplomová práce

Zuzana Štěpánková

Hodnocení psychologických změn při intenzivním redukčním programu

The evaluation of psychological changes in intensive weight reducing program

Praha, 2009

vedoucí práce: PhDr. Hrachovinová Tamara Csc.

.

Chtěla bych vyjádřit své poděkování vedoucí práce PhDr. Tamaře Hrachovinové Csc. za její laskavé vedení a pomoc v situacích, kdy čas běžel rychleji, než jsem chtěla, MUDr. Matoulkovi PhD. za jeho výbornou spolupráci a možnost pracovat s pacienty na klinice.
Veliký dík patří Jakubovi Donáthovi za laskavý úsměv a podporu, když bylo nejhůř, Elišce Vojtové za statistická kouzla a Chosemu Krásovi za korektury i zamračené obočí. Největší dík patří rodičům za jejich starostlivost a péči.

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracovala sama, jen za použití uvedené literatury a odborných zdrojů.

v Praze dne 15. 12. 2009 Zuzana Štěpánková

Anotace

Diplomová práce se zaměří na sledování psychologických změn u pacientů hospitalizovaných na intenzivním redukčním pobytu na interním oddělení. Na základě prostudování odborné literatury se pokusíme popsat možné psychologické změny způsobené redukcí hmotnosti a redukčním pobytem samotným, zejména v oblasti vnímání vlastního těla a změn nálady. Ve výzkumné části se budeme snažit ověřit, zda k námi předpokládaným změnám během intenzivního redukčního pobytu dochází. Naše závěry budou porovnány se zjištěními uvedenými v odborné literatuře.

Klíčová slova

obezita, nespokojenost s vlastním tělem, deprese, body image, redukce hmotnosti

obesity, body dissatisfaction, depression, body image, weight reduction

ÚVOD **7**

ČÁST TEORETICKÁ **9**

Definice obezity **9**
Hodnocení stupně obezity 9

Obezita z pohledu lékaře **12**
Etiopatogeneze obezity 12
Komplikace obezity a její psychologické aspekty 18
Morbidní obezita 23

Psychosociální aspekty obezity **24**
Psychopatologie u obézních 24
Body image u obézních 28

Terapie obezity **31**
Cíle terapie obezity 32
Terapie obezity 33
Hodnocení efektu terapie 43

INTENZIVNÍ REDUKČNÍ POBYT NA III. INTERNÍ KLINICE VŠEOBECNÉ FAKULTNÍ NEMOCNICE – EMPIRICKÁ ČÁST **44**

Cíle diplomové práce **44**

Hypotézy **46**

Metoda sběru dat a použité metody **48**
Předvýzkum a změny v průběhu testování 48
Sběr dat 48
Použité metody 49

charakteristika pobytu **61**
Zkoumaný vzorek 65

Sběr a statistická analýza dat **66**
Sběr dat 66
Statistická analýza dat 66
Sledování změn během terapie 76

Shrnutí **85**
Úspěšnost terapie obezity podle psychometrických údajů 86

Diskuze **87**

SEZNAM VYOBRAZENÍ, TABULEK, GRAFŮ A ROVNIC **92**

LITERATURA **94**

PŘÍLOHY **100**

Struktura rozhovoru na III. interní klinice **100**

CBS muži **103**

IBS ženy **104**

IBS muži **105**

RBS ženy **106**

RBS muži **107**

ÚVOD

Výzkumy ukazují, že téměř každá žena a velké procento mužů učinili někdy během svého života opatření, která měla za cíl redukovat hmotnost. Nejčastějším z nich je pravděpodobně omezování příjmu potravy. Podle amerických průzkumů drží v jednom okamžiku dietu asi 50% amerických žen (Grilo, 1996). Z toho by mělo vyplývat, že obezita i nadváha budou v naší společnosti dostatečně regulovaným jevem a že se jejich výskyt bude ne li zmenšovat, pak alespoň zůstane konstantní. Bohužel tomu tak není. Obezita je závažným rozšiřujícím se problémem.

Cíl, pro který hubneme a který je nám nabízen současnou západní společností, v sobě zahrnuje (krom štíhlého těla) zdravý vzhled, úspěšnost a spokojenost v osobní i společenské sféře. Normální nebo dokonce podprůměrná hmotnost se tak stávají synonymem celkové životní spokojenosti. Kdo tato kritéria nesplňuje, nemůže být šťastný a úspěšný. Ačkoli je většinou akceptován názor, že štíhlost a zdraví jdou ruku v ruce se zdravým životním stylem, dostává se nám mnoha zaručených instantních receptů vedoucích k okamžitému dosažení výše zmiňovaných cílů. Tak podstupují desítky žen i mužů krátkodobé redukční kúry a plastické operace. V současné době jsou obava z tloušťky a experimentování s jídelním chováním považovány za běžnou součást života. Přílišná snaha o krátkodobý zisk, nereálné cíle a příliš přísná pravidla těchto pokusů bývají příčinou častých selhání. S každým takovým selháním klesá sebevědomí jedince a vzrůstá strach z obezity.

Opakované experimentování s jídlem i excesivní pohybová aktivita jsou střídány nadměrným příjmem potravy a inaktivitou. Takové chování ovlivňuje úroveň metabolismu a samo o sobě vede k nárůstu hmotnosti. Na to navazují pocity viny a deprese, nespokojenosti s vlastním tělem, které opět spouští řetězec diet a dietních selhání.

Obezita je problém, jehož zvládnutí znamená pro otylého několikaleté nebo i celoživotní úsilí. Nárůst hmotnosti je ovlivnitelný dlouhodobě jen trvalou snahou o udržení rozumné energetické bilance, tedy zdravým životním stylem.

S obezitou přichází k lékaři jen malé procento pacientů. Většina z nich vyhledává odbornou pomoc až ve chvíli, kdy opakovaně selhává v pokusech svou hmotnost regulovat, nebo vyskytnou li se závažné zdravotní komplikace.

Odborně vedená terapie obezity by měla vycházet vstříc očekávání a možnostem klienta. Je třeba reagovat nejen na stupeň obezity, ale i na sociální a zdravotní situaci, psychické obtíže, potřeby a motivaci k léčbě. Do hry tak vstupují faktory osobní, společenské i možnosti prostředí. Každá konkrétní terapie si tak klade jiný dlouhodobý i krátkodobý cíl. Ten je v ideálním případě vytvářen spoluprací odborníka a obézního. Oba stanovené cíle znají a oba se k nim mohou vztahovat. Protože obezita v sobě zahrnuje problematiku širší, než je prostá otázka příjmu a výdeje energie, zdá se výhodné při terapii pracovat na více úrovních pacientova života.

V první části této práce popisujeme zevrubně problematiku spojenou s obezitou a možnosti její léčby. V druhé (empirické) části jsme se pokusili sledovat některé z psychologických změn, které provázejí intenzivní redukční pobyt na III. interní klinice Všeobecné Fakultní Nemocnice.

V části teoretické se nejprve zaměříme na definici obezity. V druhé kapitole popíšeme somatický pohled na problematiku otylosti. Dále se budeme věnovat psychosociálním aspektům. Popíšeme některé studie, které se věnují psychopatologii obézních. Ve čtvrté části budeme jmenovat terapeutické přístupy a jejich možnosti. V závěrečné části teoretického oddílu předkládané diplomové práce shrneme cíle, které si klademe při léčbě obezity.

Ve výzkumné části nejprve stanovíme cíle a hypotézy našeho výzkumu, popíšeme způsob sběru dat a metody, které jsme do práce zařadili. Následně se pokusíme o co nejpřesnější charakteristiku redukčního pobytu i pacientů, kteří jej podstupují. Poté konfrontujeme hypotézy, které jsme na začátku stanovili, s výsledky našich měření. Shrneme závěry, k nimž jsme dospěli a podrobíme je konečné diskuzi.

Cílem předkládané práce bylo popsat jeden z aplikovaných přístupů k léčbě obezity. Komplexním záměrem je popsat vývoj nálady, vnímání vlastního těla a změny stravovacích návyků během a po hospitalizaci na redukčním pobytu. Plánovaným Výstupem se mělo stát sledování jejich vazby na výslednou redukci hmotnosti. V této práci byly hodnoceny změny nálady a vnímání vlastního těla jen během hospitalizace samotné. Přesto je zde předpoklad, že výstupy práce budou podkladem pro výzkum ambulantních pacientů, kteří se redukčního pobytu zúčastnili a kteří v terapii obezity dále pokračují. Výstup takového šetření by mohl pomoci zefektivnit léčbu.

ČÁST TEORETICKÁ

Definice obezity

Obezita bývá definována jako zvýšené množství tělesného tuku nebo tukové tkáně.

Od ní je třeba odlišit termín nadváha, tyto bývají totiž chybně zaměňovány. Nadváha je dána nepoměrem mezi tělesnou hmotností a výškou. U zjevné nadváhy bývá vyšší hmotnost vždy spojena s obezitou. Naproti tomu mírná nadváha může být zapříčiněna jinými důvody (Stunkard A. J., 1959)

Hodnocení stupně obezity

Nejčastěji uváděné metody hodnocení nadváhy a obezity jsou BMI (Body Mass Index), procenta tukové tkáně, poměr obvodu pasu a boků, eventuelně prostý odvod pasu. BMI je poměr tělesné hmotnosti a čtverce výšky (BMI = výška (kg) * hmotnost (m) $^{-2}$). Nemůžeme jej tedy považovat za přímé kritérium obezity. Z definice je zřejmé, že nehodnotí složení těla, ale jeho velikost. Normy pro BMI uvádím níže v tabulce 1 adaptované podle Braye (Bray, 1998). Běžně bývá za hranici obezity považován BMI vyšší než 30 kg.m^{-2} (obezita I. stupně), BMI vyšší než 35 kg.m^{-2} představuje vážné zdravotní riziko (obezita II. stupně), BMI vyšší než 40 kg.m^{-2} představuje velmi vážné riziko ohrožení zdraví.

kategorie	**BMI (kg.m^{-2})**	**Riziko komorbidity**
Podváha	<18,5	vysoké
Normální hmotnost	18,5 – 24,9	průměrné
Nadváha	25 – 29,9	mírně zvýšené
Obezita I. stupně	30 – 34,9	střední
Obezita II. stupně	35 – 39,9	vážné
Obezita III. stupně	≤40	velmi vážné

Tabulka 1 – Klasifikace nadváhy a obezity podle BMI (Bray, 1998)

Procento tukové tkáně by mělo být spolehlivým kritériem pro diagnostiku obezity. Zjistit přesné poměry jednotlivých tělesných kompartmentů je však náročnější. Slouží k němu například bioelektrická impedance, elektrická konduktivita, počítačové tomografie, hydrodenzitometrie, fotonová absorpciometrie. Platí, že poměr tukové tkáně by u mužů neměl

přesáhnout 25%, u žen 33% tělesné hmotnosti. Tato přesná měření jsou však relativně nákladná a proto se v běžné praxi tolik neužívají (Svačina, Obezita a diabetes, 2000).

Další možností, jak odhadnout procento tukové tkáně, je kaliperace. Na základě tloušťky kožních řas a pomocí tabulky je vypočítána příslušná hodnota. Tento odhad není v dnešní praxi příliš využíván, vzhledem k jiným cestám, které vedou k přesnějšímu výsledku a jsou méně nepříjemné.

Rozlišujeme mezi tzv. gynoidním a androidním typem obezity. Nejjednodušším nástrojem pro její určení je poměr pas – boky (WHR – waist hip ratio). Výzkumy uvádějí, že poměr pas – boky je dobrým vodítkem pro odhad zdravotních rizik spojených s nadváhou. U gynoidního typu obezity je většina tukové tkáně přítomna v podkoží hýždí a stehen. Naproti tomu u typu androidního se tuk hromadí v oblasti břicha (útrob). Kardiovaskulární a metabolické komplikace obezity jsou spojovány především s viscerálním (útrobním - androidním) typem obezity, ten se častěji vyskytuje u mužů. Zvýšené riziko představuje WHR vyšší než 0,85 u žen a 1,0 u mužů (Svačina, 2000).

Není jasné, zda by pro určení rizik spojených s obezitou nestačilo znát prostý obvod pasu. Ten koreluje dobře s výskytem komplikací obezity stejně jako poměr pas - boky. Za zvýšené riziko pak považujeme obvod pasu vyšší než 80 cm u žen, 94 cm u mužů. O vysokém riziku hovoříme, přesáhnou li hodnoty 88cm, resp. 102cm ((Hainer, Kunešová, & al., 1997).

Při hodnocení obezity respektive nadváhy je velmi důležité sledovat vývoj hmotnosti. Může být jedním z významných kritérií pro určení závažnosti zdravotního stavu a rizik s ním spojených. Důležité je sledovat věk, ve kterém dochází k výkyvu hmotnosti, životní etapy i události, které změně hmotnosti předcházejí nebo ji doprovází. V životě procházíme několika obdobími, kdy jsme zvlášť citliví na změny hmotnosti i rozložení tuku v těle. U dospělých bývá zmiňován nejčastěji nárůst hmotnosti mezi dvacátým a třicátým rokem a v době kolem padesátého roku. Některé z období a událostí, vyskytující se v časové souslednosti se změnami BMI, se kryjí s položkami dotazníků životních událostí, jsou tedy obdobím zvýšeného stresu.

Při hodnocení BMI je vzestup hmotnosti po dvacátém roce brán jako důležitý faktor. Nárůst hmotnosti během dospělosti o méně než 5kg je spojen s nízkým rizikem kardiovaskulárních

chorob, nárůst mezi 5-10kg znamená střední riziko, pokud se hmotnost zvýšila o více než 10kg je pravděpodobnost rozvoje komplikací vysoká.

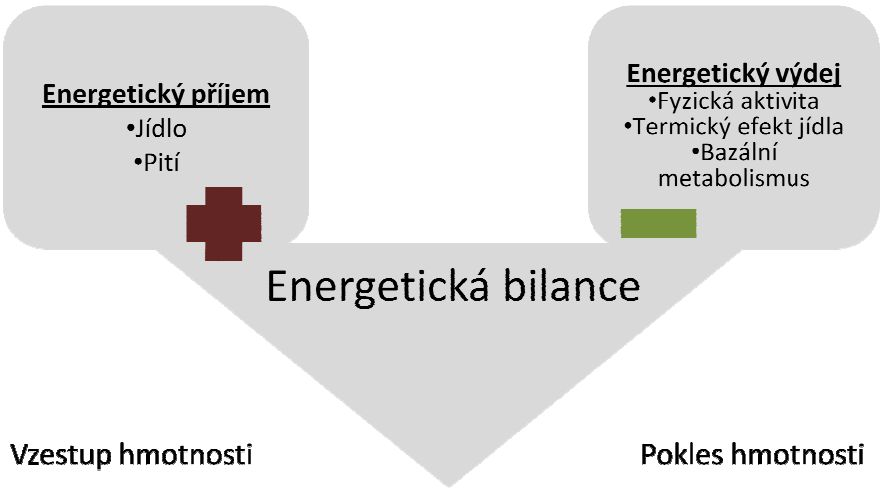
Prevalence obezity se v posledních desetiletích zvyšuje. Česká republika patří v tomto ohledu k zemím s vysokým výskytem nadváhy a obezity. Odhaduje se, že u 17 % naší populace je BMI vyšší než 30 $kg.m^{-2}$ (tedy u 18ti % mužů, resp. 17ti % žen). U 52% se pohybuje nad hranicí 25 $kg.m^{-2}$, což je hodnota , která udává hranici nadváhy. Za 5 let (mezi lety 2001 a 2006) se výskyt lidí s nadváhou zvětšil o 3% (Kunešová, 2006) a není pravděpodobné, že by se od té doby vývojový trend příliš měnil. V jednotlivých státech Evropy se výskyt obezity pohybuje mezi 15 – 30% u žen resp. 10 – 20% u mužů, ve venkovských oblastech je však výskyt obezity výrazně vyšší (Hainer, Kunešová, & al., 1997).

Obezita z pohledu lékaře

Etiopatogeneze obezity

Nejstručněji lze vznik obezity popsat jako dlouhodobý nepoměr mezi příjmem a výdejem energie. To znamená, že vzniká relativní energetický nadbytek na straně potravy. Energie nevyužitá při metabolických procesech je následně ukládána ve formě tukových zásob. Pokud jejich objem překročí 32% celkové tělesné hmotnosti u žen, respektive 24% u mužů, začínáme hovořit o obezitě.

Příčinou tohoto nepoměru může být příjem nevhodné stravy nebo její velké množství, malý energetický výdej, porucha vnitřního prostředí, která mění metabolické funkce. Ve většině případů jsou zastoupeny všechny z faktorů buď primárně, nebo se přidávají v průběhu nemoci.



Obrázek 1 - Faktory energetické rovnováhy

Když chceme hovořit o vzniku obezity u jednotlivce, je třeba věnovat se konkrétním faktorům, které stojí na pozadí nevyvážené energetické bilance. Pokud bychom měli tyto uměle rozdělit, bylo by to pravděpodobně na faktory prostředí (objektivní, vnější podmínky) a na faktory vztahující se k člověku samotnému.

Níže uvádím některé z důvodů, které ve vzájemné interakci mohou zapříčinit vznik, rozvoj a udržování obezity. Tento schematický přehled si neklade za cíl popsat všechny faktory, jejich souvislosti a časový sled. Jsou li však podstatné v daném případě, budou uvedeny.

Před výčtem faktorů ještě zmiňme období, která bývají často spojena s nárůstem hmotnosti. V těchto obdobích se často mění energetická bilance na straně příjmu i výdeje. Lze tak říci, že období senzitivní k vzestupu hmotnosti jsou:

- prenatální
- období, kdy dochází k hormonálním změnám spojeným s menstruačním cyklem (těhotenství, menopauza), poklesu metabolismu ve stáří (andropauza)
- období, kdy dochází ke změně sociálního statusu – raná dospělost, založení rodiny, nástup do zaměstnání, nástup do starobního důchodu
- období, kdy dochází ke stresovým životním událostem a konfliktům – smrt blízkého člověka, rozvod, ztráta zaměstnání
- období, kdy dochází k úrazům a omezením fyzické aktivity, konzumaci léků
- období, kdy se mění zaběhnutý stereotyp obecně – omezení kouření

Energetický příjem

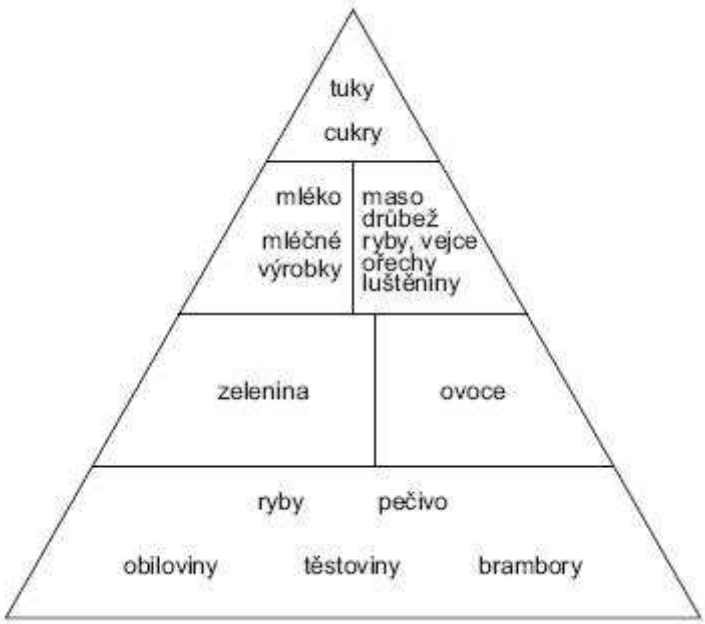
Vnější faktory, které regulovaly dostupnost potravy, ztrácejí přinejmenším ve velké části Evropy i Ameriky svůj rozhodující vliv. Většinou je tedy nabídka dostupné potravy nadbytečná co do kvantity a kvalitativně pestrá. Přesto je energetický příjem interindividuálně odlišný. Každý jsme naučený jíst jiné množství potravy a považovat za optimální její jiné složení a úpravu (Fraňková & Dvořáková - Janů, 2003).

Celkový doporučený energetický příjem závisí na poměru živin, dále by měl být brán ohled na věk, hmotnost a energetický výdej. Průměrně by měl dospělý člověk denně dostávat konstantní poměr hlavních živin. Konkrétní hodnoty uvádím podle Hainera (Hainer, Kunešová, & al., 1997):

- celkový příjem energie: 11500 kJ
- sacharidy: 426 g / 62% celkového energetického příjmu
- bílkoviny: 80 g / 12% celkového energetického příjmu
- tuky: 80 g / 26% celkového energetického příjmu

(orientační gramáž je uvedena pro středně těžce pracujícího muže mezi 35 – 59 lety).

Kromě nutričních hodnot je podstatný i zdroj živin, respektive jím garantovaná přítomnost dalších důležitých látek v potravě (vitamíny, vláknina, poměr nasycených a nenasycených mastných kyselin). Proto se často používá schéma potravní pyramidy, které by mělo naznačovat adekvátní složení potravy (Hlavatá, 2007).



Obrázek 2- Potravinová pyramida (Hlavatá, 2007)

Doporučené energetické hodnoty jsou však v našich podmínkách běžně překračovány o 20 – 25% (Hainer, Kunešová, & al., 1997). Je možné se ptát, zda nárůst obezity není manifestací dříve funkční evoluční strategie. Tuto strategii by podporoval i fakt, že v některých rozvojových oblastech je obezita vnímána jako znak prosperity a přeneseně pak atraktivity, evoluční úspěšnosti.

Osobní preference potravy jsou podmíněny u člověka zkušeností a zvykem, ale rovněž biologickou potřebou určitých živin, a to i přesto, že je tato většinou nevědomá. Kromě toho závisí i na citlivosti senzorického aparátu a vnímavosti vůči jídelním podnětům, na vyladění.

Biologická regulace potravního chování je závislá na hladině glukózy v krvi, reakci stěn žaludku, hladině gherlinu a leptinu v hypotalamu. Na těchto hladinách lze terapeuticky do jisté míry ovlivňovat potravní chování. Úspěch ale závisí především na motivaci pacienta. Řada neurofyziologů se domnívá, že obezita má svůj neuropatologickou příčinu v porušení

hypotalamu, eventuelně nedostatku serotoninu ((Fraňková & Dvořáková - Janů, 2003) (Kotrbáček).

Jídlo má zcela nepochybně i svůj společenský význam. Nižší sociální status bývá kromě jiného spojen s horší kvalitou potravin a menší pestrostí jídelníčku. Určité potraviny jsou znakem příslušnosti k negativní nebo pozitivní sociální referenční skupině (Coca Cola, jídlo od MacDonald´s, ústřice, šampaňské) (Výrost & Slaměník, 2008). Obézním často dělá problémy odmítat jídlo, což může souviset i s nejistotou v sociálních situacích. Při jídle můžeme pozorovat sociální facilitaci ve smyslu většího množství snědené potravy v přítomnosti více lidí.

Rodina je velký zdroj jídelních návyků, je to místo, kde se člověk učí rozeznávat potraviny vhodné k jídlu, způsob jejich přípravy, konzumace. Kromě toho je rytmus jídelního chování do velké míry závislý na rytmu rodinného stravování. Fraňková (Fraňková & Dvořáková - Janů, 2003) uvádí, že jedna z příčin poruch příjmu potravy může vyplývat i z vytrácejícího se trendu společných jídel. Rodina má podle ní regulativní vliv na chování jednotlivce, který by jinak mohl rozvinout patologické chování. Na druhou stranu velká část mentálních bulimiček nemá problémy připravovat rodinná jídla, ačkoli se jejich konzumace sama neúčastní (Hrachovinová, slovní vyjádření 2008). Mizející rodinné večeře mohou znamenat pro mnoho dětí obézních rodičů šanci, zbavit se nevhodných jídelních návyků. Je pravděpodobné, že právě v obézních rodinách, kde jídlo vyplňuje emoční potřeby rodiny, nebude docházet k změnám funkce ani obsahu jídla.

Nevhodné návyky se vyskytují většinou ve větších trsech a vyjadřují vážný problém v komplexu jídelního chování. Některé proto uvádím tak, jak bývají často zastoupeny. K nevhodným projevům jídelního chování, můžeme zařadit (Hainer, Kunešová, & al., 1997):

- jednorázovou konzumaci většího množství potravin (večer), která bývá často spojena s předchozím hladověním (tento fenomén bývá také často popisován ve spojitosti se stresem a rychlým jedením)
- vynechávání jídel (především snídaně)(bylo prokázáno, že velká část obézních vynechává pravidelně snídani)
- jedení při jiných činnostech (např. oběd při chatování na internetu ap.)

- uždibování – kontinuální jedení menšího množství jídla, které ale pak v součtu představuje vysoký kalorický příjem „navíc“, záchvaty jedení a noční přejídání (viz níže)
- emocionálně podmíněná konzumace potravy
- rychlé jedení

Jídlo a jedení má psychologicky velmi důležitý význam bez ohledu na to, zda budeme uvažovat o jídle v kontextu hlubinných směrů či nikoli. Jídlo je jedním z prvních komunikačních nástrojů dítěte s matkou (je vyžadováno, odmítáno, přijímáno). Pro kojence představuje potravu, ale zároveň je zdrojem uklidnění, bezpečí (pravděpodobně protože je asociováno s matkou). Kromě toho slouží později jako odměna a trest. Z těchto prvotních potřeb se později diferencují úlohy jídla v dospělém věku:

- jídlo jako odměna a trest
- jídlo jako náhrada za objekt lásky
- jídlo jako symbol lásky
- jídlo jako řešení stresu, uklidnění

Energetický výdej

Energie přijatá v potravě je zpracovávána řadou biologických procesů. Část se jí přemění na teplo, část je využita pro vnitřní metabolické děje a zbylá slouží pro energetickou spotřebu svalů. Efektivita metabolismu je převážně geneticky podmíněná. Čím efektivnější metabolismus, tím víc energie z potravy dokáže „ušetřit“. Rozdíly jsou přitom veliké. Můžeme říci, že jsme potomci těch, kteří přežili hladomory a nepříznivá období, to znamená, že s přijatou energií umíme velmi dobře šetřit.

Efektivitu metabolismu, respektive reakci na redukované množství energie, pak dále ovlivňují předchozí stravovací návyky. Pokud již před zahájením terapie držel klient dietu, nebude hmotnostní úbytek tak výrazný, protože tělo už odplavilo všechnu přebytečnou vodu, protože se už snížila bazální úroveň metabolismu.

Vliv dědičnosti na rozvoj obezity je prokázán asi z 25 – 40% (pro BMI). Tento index vychází ze studií prováděných na dvojčatech a příbuzných. Více se však dědičnost projevuje na tělesném složení a jeho distribuci. Význam dědičnosti byl prokázán u následujících komponent, které se mohou podílet na vzniku obezity (Hainer, Kunešová, & al., 1997):

- chuťové preference tuků a sladkého
- klidový energetický výdej
- postprandiální energetický výdej
- spontánní pohybová aktivita
- lipoproteinová lipáza a hormon senzitivní lipáza
- složení kosterního svalu (druh svalových vláken)
- inzulinová citlivost
- citlivost hypotalamických jader

Bazální metabolismus představuje přibližně 60 – 70% celkového energetického výdeje. Je to takové množství energie, které by spálil člověk ležící v posteli, tedy tolik energie, kolik stačí k udržení chodu základních funkcí. Velikost bazálního metabolismu závisí na genetických dispozicích, věku, pohlaví, tukové i beztuké tkáně, hormonálním vyladění, aktivitě sympatoadrenálního systému, habituálnímu příjmu potravy a fyzické aktivitě, teplotě.

Termický efekt jídla nebo postprandiální termogeneze je energetický výdej spojený s příjmem potravy. Představuje přibližně 10% celkového energetického výdeje a kromě venkovní teploty je závislý na složení zkonzumované potravy.

Pohybová aktivita představuje zbylých 20 – 40% vydávané energie. Její množství je však velmi individuální. Energetický výdej při pohybu je dán hmotností jedince, aktivací a trénovaností. Pohyb samotný hodnotíme vzhledem následujícím parametrům:

- trvání pohybu
- intenzitě pohybu

Pohybová aktivita je velmi závislá na zvyku a snad i geneticky podmíněné tendenci k pohybu. Jednak jde o získanou zkušenost s pravidelnou pohybovou aktivitou, jiným parametrem je ovšem talent nebo alespoň určitá míra zručnosti. Bez ní by bylo těžké předpokládat „dobrovolný pohyb“.

Set point je „přednastavená“ ideální hmotnost, kterou si bude organismus „bránit“. Tento parametr se přitom nemusí krýt s tabulkovými měřeními pro rozměry ideálního těla. Ukazuje se důležitější udržovat si přirozenou hmotnost a nepřibývat na váze a ani se snižováním hmotnosti neexperimentovat. U zdravého rozumně se stravujícího a pohybujícího se jedince by měl organizmus být dostatečně vyladěn na nalezení optimální hmotnosti.

Energetický výdej závisí z velké části na hormonálním vyladění, jde především o hormony hypofýzy, nadledvin, štítné žlázy a pankreatu, které zajišťují aktivaci organismu. Pohlavní hormony a změny jejich hladin vedou také často ke změnám hmotnosti.

Některé léky velice razantně mění úroveň metabolismu. Při jejich podávání může pacient zvyšovat svou hmotnost i o několik kilogramů za týden. Mezi takové léky paří: hormony kůry nadledvin, estrogeny, tyreostatika, léky na léčbu cukrovky, antidopaminergika, tricyklická antidepresiva, ß blokátory a blokátory serotoninergních receptorů (Hainer, Kunešová, & al., 1997).

Naopak některé běžně užívané látky, především se stimulujícími účinky, mohou metabolismus zrychlovat. Jedná se o černý i zelený čaj a tabák.

Komplikace obezity a její psychologické aspekty

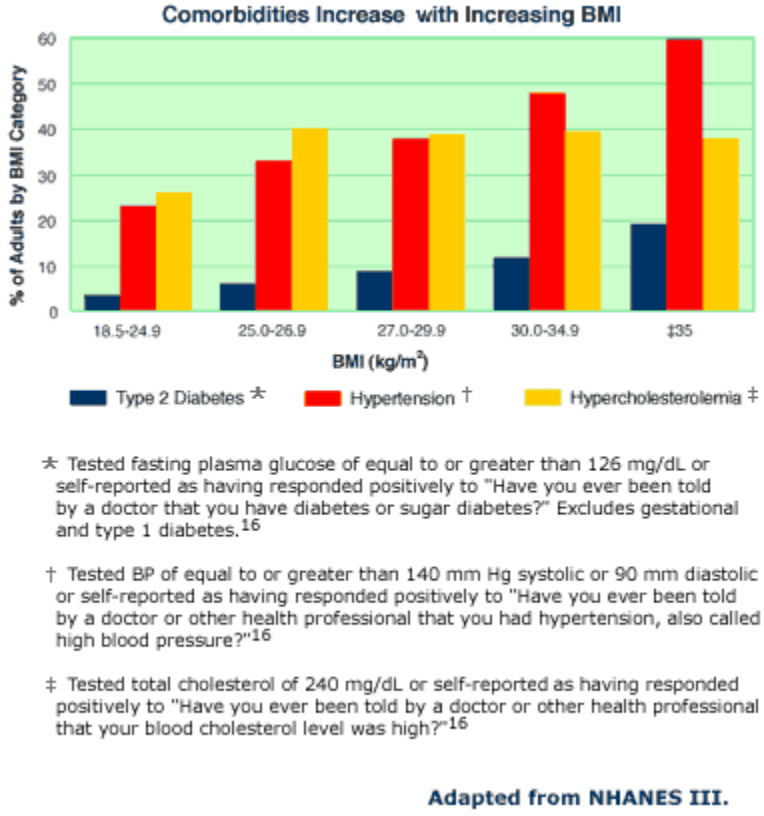
Obezita je jedno z nejrozšířenějších onemocnění vůbec. Masovost jejího rozšíření patrně souvisí se změnou životních podmínek ve smyslu lehké dostupnosti zdrojů a technizace ve všech sférách lidské existence. Logickým důsledkem toho je pak pokles pohybové aktivity.

Obezita má škodlivý vliv na organismus ve všech ohledech jeho existence. Ohrožuje zdraví a představuje riziko i smrtelné, bývává spojována s některými psychickými útrapami a představuje překážky v sociální sféře.

Pokud bychom chtěli nějak jednoduše rozdělit její dopady na zdraví, mohli bychom jmenovat komplikace způsobené metabolismem tukové tkáně a komplikace zapříčiněné objemem tukové tkáně. K prvním by patřily endokrinní poruchy, metabolické, gastrointestinální a

onkologické potíže. Ke druhým bychom na prvním místě zařadili potíže ortopedické, dermatologické, respirační a urologické. Problémy psychiatrické, kardiologické a neurologické pak v některém svém aspektu splňují kritéria obou.

Není jasné, zda nárůst mortality obézních je způsoben samotným množstvím tukové tkáně, nebo zda je hlavní příčinou životní styl a ostatní faktory, které se na somatickém vztahu podílejí (Hainer, Kunešová, & al., 1997). Je však jisté, že BMI > 27 s sebou přináší patrná rizika rozvoje zejména kardiovaskulárních chorob.



Graf 1- Nárůst komorbidity ve vztahu k BMI (Roche)

Souhrn některých níže uváděných chorob (obezity centrálního typu, DM2T, hyperlipoproteinémie a hypertenze) označujeme jako metabolický syndrom, syndrom X, nebo Reavenův syndrom (Hainer, Kunešová, & al., 1997). Popis metabolického syndromu jako celku je důležitý pro pochopení patogeneze jednotlivých symptomů, pokládáme však za přehlednější uvést každý zvlášť a předpokládáme, že je to pro účely této práce dostačující.

Terapie metabolického syndromu je navíc téměř shodná s léčbou prosté obezity a jejích komplikací (Svačina & al., 2006).

Kardiovaskulární onemocnění

Obezita je patrně jedním z nejvýznamnějších faktorů pro rozvoj kardiovaskulárních chorob (KVD), s poklesem hmotnosti se rizika srdečních poruch výrazně snižují, BMI>32 znamená čtyřikrát vyšší mortalitu následkem postižení srdce a cév. Je důležité se zmínit o tom, že kardiovaskulární onemocnění představují v České republice nejčastější příčinu úmrtí vůbec.

Mechanismem vzniku onemocnění kardiovaskulárního systému je zvýšení celkové zátěže na metabolismus. Kompenzovat větší tělo je možné jen za zvýšení srdečního výdeje, zmnožení cév a změny průtoku některými orgány. Následkem toho se mění stavba svaloviny srdce a zvyšuje se cévní resistence. Důsledkem toho pak vzniká:

- angina pectoris, infarkt myokardu, náhlá smrt, cévní mozková příhoda, varixy, otoky dolních končetin, záněty hlubokého žilního systému dolních končetin až trombóza žil
- hypertenze, kdy je systolický tlak vyšší než 140 mmHg a diastolický než 90 mmHg (Svačina Š. , 2007)

Každá z výše uvedených chorob má své psychologické koreláty. Není však předmětem této práce se jimi podrobněji zabývat, uvedu je proto jen na obecné úrovni. Často je přítomna úzkost a deprese. Pacienti se uzavírají do sebe.

Neschopnost se uvolnit vede k dalšímu hromadění napětí a zhoršuje příznaky kardiovaskulární symptomatiky i obezity.

Poruchy respiračního systému

Poklesem celkové i vitální kapacity plic dochází k hypoxémii. Ta zpětně nedovoluje pracovat na zvyšování dýchacích objemů prostřednictvím zvýšení fyzické aktivity. Stav se potencuje.

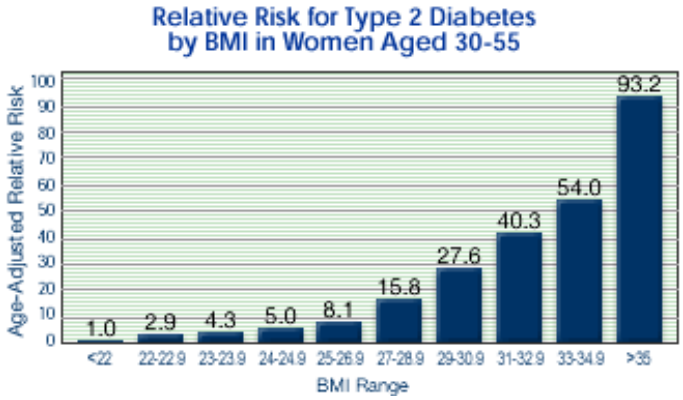
Velmi závažný je vznik syndromu hypoventilace tam, kdy je současně přítomna hypoxie a hyperkapnie. SAS – spánková apnoe je až ve 40 % spojována s obezitou a může být příčinou náhlého úmrtí ve spánku. Při SAS dochází během spánku k chrápání, denní ospalosti, poruchám paměti a pozornosti, snížení intelektových schopností a bolestem hlavy. Tyto

projevy mohou mít vliv na pracovní výkonnost, vyšší konfliktogennost a nehodovost (Hainer, Kunešová, & al., 1997).

Neschopnost aktivního pohybu a dušnosti prohlubuje pasivitu a může vést k sociální izolaci.

Metabolické komplikace

Dibates mellitus II. typu



Graf 2- Relativní risk DMII v závislosti na věku (Roche)

Diabetes mellitus II. typu (DM2T) tvoří velmi častou komplikaci prosté obezity. Na jeho vzniku se krom jiných faktorů patrně podílí genetická predispozice. Na jeho rozvoji se podílí výraznou měrou obezita a hypoaktivita. Jak je na výše uvedeném grafu (graf 2) vidět, výskyt vysoké hmotnosti a diabetu vysoce korelují.

Při terapii obézního diabetika je většinou nutné trvalé omezení energetického příjmu a trvalé snížení procenta tuků ve stravě (Hainer, Kunešová, & al., 1997). Redukce hmotnosti je obtížnější, je třeba klást důraz na pravidelnou pohybovou aktivitu, která může vracet hodnoty glykémie do normy (Svačina Š. , 2008).

Komplikací diabetes bývají nefropatie, syndrom diabetické nohy, oční komplikace a neuropatie. Kromě nich se zvyšuje prevalence afektivních a úzkostných poruch i vaskulární demence (Tůma & Hubeňák, 2007).

Porucha metabolismu lipidů, dna, pokles fibrinolytické aktivity

Jak zmnožení triacylglycerolu, tak snížená fibrinolýza a hyperurikémie souvisejí přímo se zmnožením útrobního tuku a podporují vznik KVD komplikací.

Potíže pohybového aparátu

Vlivem nadměrného zatížení skeletu dochází u obézních k výraznějšímu opotřebení nosných kloubů. Časté jsou pak artrotické změny. Kromě toho vede dlouhodobé přetěžování páteře k vyšší bolestivosti zad. Při vysoké míře obezity jsou tyto změny inoperabilní a při jejich terapii je kladen primárně důraz na redukci hmotnosti.

Ostatní interní komplikace

Dále se mohou vyskytovat následující interní komplikace:

- Poruchy endokrinního systému (hyperandrogenismus žen, následně pak amenorea a infertilita, hypogonadismus mužů, většinou snížení sympatoadrenální aktivity, funkční hyperkortikolizmus – rozvoj metabolických komplikací). Často jsou endokrinní poruchy důsledkem, nikoli příčinou obezity a s poklesem hmotnosti se měřené hodnoty vracejí k normálu.
- Otoky (poruchy mízního systému a ledvin).
- Riziko rakoviny (u mužů karcinomy prostaty, kolorektální, hyperplazie prostaty, u žen karcinom ovarií, endometria, cervixu, prsu, žlučovodů).
- Kožní onemocnění – ekzémy, mykózy (vznikající vlivem zapářky).
- Steatóza jater.

Morbidní obezita

Morbidní obezita představuje vážné zdravotní riziko. V poslední době je její terapii věnováno více pozornosti. Kvalitativně představuje pravděpodobně samostatnou skupinu. Morbidní obezitou nazýváme takovou hmotnost, která přesahuje 200% ideální očekávané hodnoty. To představuje několikanásobně zvýšené riziko pro vznik veškerých zdravotních komplikací až po riziko předčasného úmrtí. Procento poruch osobnosti a emocionality je vysoké. Dá se snad uvažovat, zda tyto problémy nejsou hlavním důvodem tak závažného překročení hmotnostních norem.

Díky možnostem bariatrické chirurgie roste poměrně rychle počet výzkumů, které tuto populaci mapují. Je ale také zřejmé, že populace morbidně obézních, kteří vyhledávají chirurgické řešení nadváhy se liší od těch, kteří buď neregulují svou hmotnost vůbec nebo k tomu používají konzervativní prostředky. Často u nich anamnesticky nacházíme výskyt velké deprese, agorafobii, fobii, posttraumatickou stresovou poruchu, sexuální zneužití, bulimii (případně záchvatovité jedení) a poruchu osobnosti, především hystriónskou, hraniční, vyhýbavou nebo pasivně agresivní poruchu (Fettes & Williams, 1996).

Závažnost jejich zdravotního stavu s sebou přináší velká společenská omezení. Morbidně obézní se prakticky neustále střetávají s předsudky a netolerancí, takové zkušenosti jsou pro ně demoralizující a mohou ústit často i v „dobrovolnou“ sociální izolaci. I vzhledem ke zdravotní a fyzické kondici je pro ně obtížné najít zaměstnání, dosáhnout adekvátního vzdělání. Často zůstávají v invalidním důchodu nebo bez práce a pokud práci seženou, většinou dostávají menší příjem.

Skupina s tak závažnými komplikacemi a nedobrou prognózou je hlavní pro indikaci k bariatrickému zákroku. Protože se jedná často o nezvratnou změnu pacientova života a operace představuje jistě zdravotní riziko,je předem třeba zvážit osobní historii, zdravotní stav a ostatní psychosociální proměnné.

Psychosociální aspekty obezity

Často bývají celkově opomíjeny. Obezita v našich podmínkách je výrazně stigmatizující faktor. Bývá spojována s nižším intelektem, nízkou mírou aktivity, menšími osobními i profesními kvalitami. Obézní bývají vnímáni jako málo atraktivní, což se může jistou měrou podílet na jejich sociální izolaci. Podle výzkumů má obezita významný vliv na snížení vnímané kvality života. Důsledkem této stigmatizace je menší možnost realizace v osobním i profesním životě, což může mít vliv na rozvoj depresí a úzkosti. Kromě toho nalézáme často odchylky v jídelním chování, bývá narušeno vnímání sytosti, častá je hyperfagická reakce na stres, jídelní chování se liší od normy.

U obézních neexistuje jednotná osobnostní konstituce. Častá je závislost na vztahové osobě, špatná diferencovanost zejména negativních pocitů (alexithymie), kterou pak často pacienti redukují jídlem. „Často se zdá, že jsou utlumení s ohledem na vyřizování vlastních záležitostí“ (Tress, 2008). V jejich rodinách se mnohé točí kolem jídla a vaření, jež je v jejich vztazích úhlavním výrazovým prostředkem pro láskyplnou náklonnost. Jídlo však také může vystupovat jako náhrada za chybějící mateřskou lásku, slouží jako obrana před negativními emocemi (depresivita, strach). Jídlo je pak náhradním uspokojením. Nadměrný příjem potravy má někdy charakter sebepoškozujícího jednání – ujídání se, autoagresí, kdy se klient vyhýbá agresi vůči okolí, případně vnímá jídlo jako symbol lásky, bezpečí, ochranu před bolestí a zklamáním. U jiných obézních poskytuje jídlo ochranu proti sexuálním potřebám a přáním (Tress, 2008).

U obézních pravděpodobně nalezneme nižší sebevědomí, sebeúctu. Častěji u nich nacházíme rysy pasivně závislé nebo pasivně agresivní osobnosti, tendenci k somatizaci a problémy s odmítáním. Kromě toho jsou málo kooperativní, nevnímají se jako autonomní a integrovaná osobnost (Lykouras, 2008). Je možné, že obézní projevují vyšší míru pasivity nejen fyzicky (viz. níže) ale i v emocionalitě, a to zejména když pasivně přijímají negativní emoce (Stunkard A. , 1958).

Psychopatologie u obézních

Je nutné zdůraznit, že většina výzkumů je prováděna na klinické populaci. Je jen málo výzkumů, které by se opíraly o „reprezentativní“ populaci obézních. Ve výzkumech jsou pak srovnávány kliničtí pacienti s neklinickou populací (Bray, 1998; Faith & Allison, 1996). Jisté však je, že při porovnávání obézních, kteří vyhledali lékařskou péči, a těch, kteří jsou mimo

obezitologickou péči, nalézáme diametrální rozdíly ve všech sledovaných parametrech. Obézní podstupující terapii mají blíže k narušení vnitřní rovnováhy, než ti mimo terapii. To znamená, že vnímají větší emoční zátěž, zhoršenou kvalitu života, mají více narušené jídelní chování a méně fyzické aktivity (Fitzgibbon, Stolley, & Kirschenbaum, 1993).

Při porovnání skupiny obézních a osob s normální hmotností nalézáme častěji v anamnéze sexuální zneužití, nespokojenost s vlastním tělem, i binge eating disorder (Rohde, et al., 2008; Gibbons, a další, 2006). V některých studiích se zdá být podstatný výskyt obsesivně kompulzivních tendencí (Hart, 1991 in Thompson, 1996 Petry, Barry, Pietrzak, & Wagner, 2008).

Některé výzkumy se zaměřily více na souvislost mezi poruchami osobnosti a hmotností. Z toho pak vyplynulo, že vyšší hmotnost kladně koreluje s častějším výskytem paranoidní, antisociální a vyhýbavé osobnostní symptomatologie. U mužů jsou projevy paranoidní osobnosti méně závažné (Mather, Cox, Enns, & Sareen, 2008). Jinde se navíc přidává častější zneužívání alkoholu (Petry, Barry, Pietrzak, & Wagner, 2008).

Poruchy příjmu potravy

Přítomnost poruchy příjmu potravy u obézního by neměla být z anamnézy vypuštěna. Je důležitá svým vlivem na nárůst hmotnosti a na způsob terapie, která by se jí měla primárně zabývat. Pro klienta je chování spojené s jídelní patologií podstatnou bariérou na cestě k redukci hmotnosti, na její odbourání by měl být vyhrazován zvláštní prostor.

Poruchy příjmu potravy obecně jsou spojovány s větší nespokojeností s vlastním tělem, s problémy v sociální sféře, se sníženým sebehodnocením, s poruchami vnímání tělesného schématu a s nejistotou v osobních vztazích.

Obezita sama o sobě není řazena do systému psychiatrických diagnóz. Pokud ale dochází k přejídání následkem psychických faktorů, může být zahrnuta pod diagnózu F 50.4 - Přejídání spojené s jinými psychickými poruchami (Raboch & Zvolský, 2001). Tato kategorie však není v MKN – 10 přesně specifikována, v DSM – IV by jí pravděpodobně odpovídaly dvě následující kategorie.

Záchvatovité přejídání

Termín záchvatovité přejídání zavedl Stunkard (Stunkard, 1959 in Faith & Allison, 1996). Později byl tento koncept navržen jako samostatná kategorie ke zvážení v příloze DSM – IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders, 1994). Před vytvořením kategorie záchvatovitého přejídání (binge eating disorder, BED) byli pacienti s jejími symptomy zařazováni k „ostatním poruchám příjmu potravy“, což je kategorie zahrnující všechny blíže neurčené poruchy.

O záchvatovitém přejídání hovoříme v případě, že jedinec trpí záchvaty přejídání, nad nimiž nemá volní kontrolu, a které se opakují alespoň dvakrát v týdnu po dobu 6ti měsíců. Je při nich přítomen pocit ztráty kontroly a 3 z 5 níže uvedených kritérií:

- jedení rychlejší než je pro jednice obvyklé
- přijmutí velkého množství potravy bez pocitu hladu
- jedení o samotě, aby se tak jedinec vyhnul pocitu studu
- jedení až do pocitu nepříjemného přejedení
- pocity sebezhnusení, viny nebo deprese v reakci na epizodu přejídání

Na rozdíl od mentální bulimie není u záchvatovitého přejídání přítomno kompenzatorní chování (ve smyslu hladovění, užívání laxativ, zvracení atp.). Často však se poruchy příjmu potravy vyskytují spíše na různých úrovních jednoho kontinua a jakákoli diagnóza tak může být jen dočasná (Brewerton, 1999). V rámci obézní populace představují lidé ze skupiny s BED relativně samostatnou podskupinu. Redukční terapie by pro ně měla být odlišná a měla by se nejprve zaměřovat na samotné přejídání (Mulliken & al., 2002).

Předpokládané zastoupení záchvatovitého přejídání v populaci obézních, kteří vyhledávají redukční terapii se pohybuje někde mezi 20 a 46%, při normální hmotnosti se výskyt BED pohybuje kolem 1-4% (Brewerton, 1999; Tress, 2008; Mulliken & al., 2002; Faith & Allison, 1996). Míra záchvatovitého jedení kromě toho vysoce koreluje s BMI, to znamená, že u osob s obezitou II. stupně je mnohem častější. Výskyt je u mužů i žen srovnatelný (na rozdíl od ostatních poruch příjmu potravy).

Při porovnání obézních s BED a bez něj nalézáme spojitost psychopatologických projevů s přítomností přejídání. Výzkumy většinou uvádějí častější deprese, obsesivně kompulzivní poruchu, úzkostnost, paranoidní představy, somatizaci, poruchy osobnosti a zneužívání alkoholu (Faith & Allison, 1996). Jinde se naproti tomu psychopatologie obézních s BED nepotvrdila a jediný rozdíl byl pozorován v menší míře desinhibice, větším znepokojením s tvarem těla a rozvinutější jídelní patologií (Mulliken & al., 2002).

V terapii mají lidé s BED větší tendenci selhávat, částečně proto, že velkou kapitolou pro iniciaci nevhodného jídelního chování představují emoce – tzv. „emoční jedení“. Proto by se jejich terapie měla plánovat na delší časové intervaly. Samo dietní omezení může u nich vyvolávat epizody přejídání, proto je pro velkou část z nich typická hmotnostní fluktuace. Vzhledem k tomu, že je většina redukčních programů založená jen na behaviorálním způsobu léčby, mohou být opomíjeny emoční potřeby a problémy, které se často ve spojitosti se záchvatovitým přejídáním vyskytují. Kognitivně behaviorální terapie je patrně nejfrekventovanějším terapeutickým přístupem při léčbě záchvatovitého přejídání. Při opakovaném selhávání v terapii je možností farmakoterapie. Převážně skrze ovlivnění serotoninové regulace ovlivňujeme depresivitu a úzkost, která může přejídání inicializovat (Brewerton, 1999). Kombinace farmakoterapie a psychoterapie vede ke snížení epizod přejídání, dopady na redukci hmotnosti jsou však minimální (Grilo, 1996).

Syndrom nočního jedení

Syndrom nočního jedení (NES) byl navržen Stunkardem (Stunkard A. J., 1959) jako první porucha příjmu potravy, která se vyskytuje převážně u obézních. NES se vyznačuje večerním nebo nočním přejídáním, dochází k probuzení se hlady a nutností se najíst. Při jídle chybí pocit kontroly, po něm chybí uspokojení. Ve večerních a nočních hodinách je tak přijímáno přes 25% energetické denní dávky. Současně se vyskytuje ranní anorexie. Můžeme jej vnímat jako porušení cirkadiálního rytmu, respektive jako druh insomnie. Předpokládá se výskyt asi u 10% obézní populace, která je v redukčním režimu (Alisson, a další, 2006; Tress, 2008).

Stejně jako u předchozí poruchy vyskytují se u syndromu nočního jedení problémy se zneužíváním substancí a větší míra patologie. Narušení spánku zhoršuje kvalitu života, může vést k absentérství i ztrátě zaměstnání (Alisson, a další, 2006).

Deprese

Obezita a poruchy emocionality. Zde jsou výsledky studií nejednotné, některé nenalézají spojitost BMI s depresivitou a úzkostností (Faith, Matz, & Jorge, 2002), výsledky jiných udávají kladnou i zápornou korelaci (Faith & Allison, 1996). V poslední době se však spíš množí studie potvrzující vzájemnou provázanost ve smyslu zvyšující se míry depresivity a úzkostnosti se stoupajícím BMI (Hlúbik & Vosečková, 2002; Petry, Barry, Pietrzak, & Wagner, 2008). Výzkumy se však dost liší výběrem vzorků i použitými metodami. Často je srovnávána klinická obézní populace se vzorkem s normální hmotností, případně jsou obézní rozděleni podle míry obezity resp. nadváhy a zkoumá se závažnost vnímané depresivity. Jen málo těchto studií je však podloženo teoretickým konstruktem a většinou jsou srovnávány výsledky testů obecné psychopatologie u populace s různým BMI, případně je porovnávána klinická populace obézních s kontrolní skupinou s normální hmotností (Faith & Allison, 1996).

V jiných výzkumech se klade důraz na primaritu obezity nebo deprese. V nich se předpokládá výskyt deprese v adolescenci jako rizikový faktor pro rozvoj pozdější obezity (Sutnkard, Faith, & Alisson, 2003; McElroy, Kotwal, Malhotra, Nelson, Keck, & Nemeroff).

Body image u obézních

Tělesné schéma je obraz, který si na základě předchozích zkušeností a představ vytváříme o našem těle ve smyslu jeho vzhledu, velikosti, váhy, poměrů jeho jednotlivých částí, ve smyslu možností, které nám naše tělo nabízí. To jaké nás, podle našich představ, vnímá okolí má výrazný vliv na naši tělesnou zkušenost. Na základě zkušenosti, vrozených dispozic a situace odpovídáme světu a necháváme jej, aby nás vnímal a dále hodnotil.

Tělesné schéma je první co získáváme v interakci s okolím, až díky němu zažíváme vědomí našeho Já, představu své vlastní aktivity, možnost komunikace, nabídku začlenění se do společnosti.

V rámci tělesného schématu rozlišujeme tělesnou orientaci, rozprostraněnost, vnímání a znalost těla, pokud k těmto pojmům přiřadíme emoční zabarvení, dostáváme se k tělesnému sebepojetí jako paralele tělesného schématu, dále pak uvědomění si těla, tělesného ohraničení a postoje, který k tělu zaujímáme (Bielefeld, 2001). Protože ani jeden z výše uvedených aspektů tělesné zkušenosti nemůže být popisován zvlášť, protože se tyto pojmy překrývají a

protože ani literatura není v názvosloví jednotná, tělesným schématem (body image) jsou zde myšleny všechny uvedené pojmy.

Způsob, jakým člověk vnímá své tělo, určuje pocit životní pohody, vztah ke společnosti, vztah ke sportu a ke zdraví. Vytvoření tělesného schématu jako představy sebe samého dovoluje jedinci komunikaci a prezentovat se ve vnějším světě (Řezáč, 1998).

Při popisu psychopatologie u obezity je často sledováno porušení tělového schématu. Zkoumá se především vztah objektivních tělesných parametrů vzhledem k jejich prožívání a vnímání. Vnímáním vlastního těla je pak myšlený odhad rozměrů celého těla i jednotlivých částí, postojem myšlenky, pocity a chování k vlastnímu tělu vztažené. Euroamerická společnost vnímá tělo obézního jako neatraktivní, jako výsledek osobního selhání (Rosen, 1996). Hodnocení probíhá nejen na úrovni hodnocení aktuálního stavu, ale často je vztahováno k výsledkům terapie (cílovému, uspokojivému, neuspokojivému výsledku).

Stejně jako převážná většina populace nadhodnocují podle většiny studií obézní rozměr svého těla (Faith & Allison, 1996), někteří autoři ovšem dospěli u svých probandů k realistickým odhadům, eventuelně i podhodnocení. Ať je to jakkokli, většina obézních se příliš nevymyká odhadům populace. Svým tělem se však zabývají častěji a vyjadřují vůči němu negativnější emoce.

Zajímavější je zaměřit se na postoj k vlastnímu tělu. Spokojenost s vlastním tělem se zdá být určena spíše vnímanou než reálnou velikostí těla. Na ní pak záleží i celkové vnímaní well – being, zdraví, schopností, atraktivity, vzhledu (Faith & Allison, 1996). Tímto pohledem je dále ovlivňováno nakládání s vlastním tělem, které zpětně působí na jeho vnímání.

Výraznější nespokojenost s vlastním tělem respektive poruchy vnímání body image se vyskytují současně s poruchami příjmu potravy, narušenou emotivitou, u lidí, kteří byli obézní v dětství, ale ne v adolescenci, u žen a v některých senzitivních období života (puberta, menopauza, nemoc).

Vnímání a prožívání vlastního těla

Tělo bývá často obézními odmítáno, chápáno jako překážka, bývá považováno za příčinu všech nezdarů. Tím dochází k nárůstu nejistoty v sociálním kontaktu, poklesu sebedůvěry (Tress, 2008). Velká část obézních byla vystavena narážkám na rozměry a vzhled svého těla. Výraznější porušení body image se dá předpokládat u obézních, kteří zažili narážky na

hmotnost v dětství. Při problémech s tělesným schématem jsou přijímány „myšlenkové zkratky“, s nadváhou jsou asociovány psychologické charakteristiky. Byl li je člověk zvyklý vnímat v dětství, měl tendenci je přijmout za své a podle těchto schémat jedná a myslí v celém dalším životě. Tyto komentáře negativně ovlivňují jeho vnímání, omezují ochotu se vyjadřovat tělem a pohybem. Fialová (Fialová, 2001) zjistila, že s rostoucím BMI klesá péče o vlastní tělo a náklady, do něj investované.

Sama nespokojenost s vlastním tělem se může stát spouštěčem přijímání vysokého množství potravy i překážkou ke sportovní aktivitě. Součástí redukčního režimu by mělo být alespoň orientační zhodnocení tělového schématu tak, aby bylo možno se v případě nutnosti zaměřit jeho zlepšování a práci s ním. Není přesná hranice, od které by bylo vhodné s tělem pracovat. V DSM - IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders, 1994) existuje kategorie Dysmorfní poruchy, je to přílišné zabývání se fyzickou odchylkou, aniž by proto byl dostatečný zdravotní důvod. V případě, že je reálně narušeno zdraví, jako je tomu u obézních, nelze definici použít.

Problematické je prožívání „negativního body image“ (Rosen, 1996). Nastává tehdy, pokud obézní vnímá pocity spojené se svým tělem jako stresující a inhibující více, než jak by odpovídalo běžné nespokojenosti s vlastním tělem. „Prožívaná nespokojenost v sobě zahrnuje přehnanou obavu o vlastní vzhled, snížené sebevědomí, stud v sociálních situacích a distres, pokud si okolí všímá vzhledu obézního, přehnaný důraz na vzhled při sebehodnocení, negativní sebehodnocení zapříčiněné fyzickými nedostatky. Vyhýbání se aktivitám tak, aby nebylo narušeno tělesné sebevědomí.“ (Rosen, 1996)

Změněná zkušenost s vlastním tělem

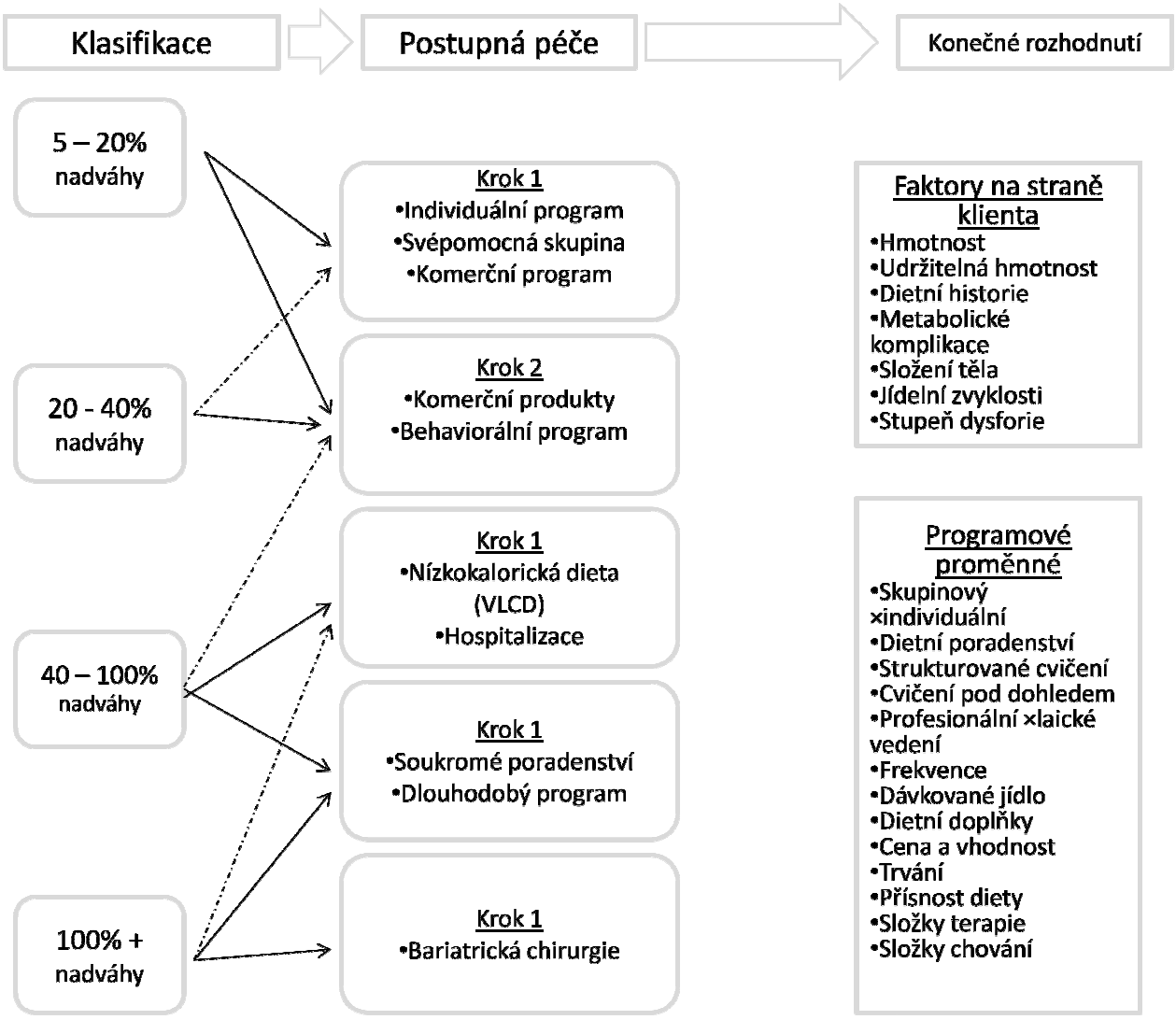
Přestože poruchy tělesného schématu nejsou u obézních neobvyklé, v terapii najdeme poměrně zřídka cílenou práci s body image. Tělesné schéma se mění jak i samotným snižování hmotnosti, tak při cvičení, které je většinou součástí redukce hmotnosti. Nespokojenost s vlastním tělem je velký motivační faktor započetí diety a cvičení, později je však spojena s návratem k původní hmotnosti a zklamáním z neúspěchu. Aby k tomu nedošlo, je dobré pečlivě probírat na začátku terapie očekávání a cíle.

Terapie obezity

Forma a druh terapie by měly být zvoleny s ohledem na každého obézního, který s terapií začíná. Správně zvoleným postupem tak bude možno zamezit opakovaným relapsům a poškození zdraví. Každá další terapie i nový postup představují pro klienta novou zátěž a s každým dalším selháním se snižuje adherence k programu.

Brownell a Wadden (Brownell & Wadden, 1991) navrhují návod pomáhající určit správný druh terapie. Za hlavní výchozí kritéria považují hmotnost pacienta, volbu co nejméně náročného programu (časově a finančně) a individuální faktory na straně klienta i nabízené kúry. Ne níže uvedeném obrázku ukazuji jimi popsané schéma obr. 3 (Brownell & Wadden, 1991).

Přestože nejsou dostupná data, výzkumníci předpokládají, že dlouhodobý úbytek hmotnosti snižuje celkovou úmrtnost, zejména tu, která je způsobena diabetem, onemocněním žlučníku, hypertenzí, srdečními chorobami, a některými typy nádorů (Hainer V. , 2003).



Obrázek 3 - Třístupňové schéma výběru terapie (Brewerton, 1999)

Cíle terapie obezity

Stanovení cíle terapie by mělo reagovat na zakázku, s kterou klient přichází. Členové týmu by měli na takovýto požadavek reagovat a snažit se najít s klientem optimální variantu. Výsledkem by nemělo být číslo na váze, které bude znamenat, že terapie už skončila. Měl by jím být člověk, který má pocit, že lépe zvládá dlouhodobý boj s nadváhou, je ochoten více přijmout sám sebe i své okolí.

Snížení hmotnosti a zdravotní benefity

Cíl terapie, který si klade lékař, a cíl, který si klade pacient, se často neshodují, nebo nejsou navzájem vůbec diskutovány.

Většina pacientů uvádí jako ideální tu redukci, při které zhubne asi 38 % dosavadní hmotnosti. Tento cíl je velmi nerealistický. Polovina pacientů nedosahuje ani takové redukce, která byla pro ně na začátku terapie přijatelná (minimální redukce). Přitom z lékařského hlediska je podstatná redukce o 5 - 15% původní hmotnosti. Tento cíl je dosažitelný většinou pacientů a minimalizuje riziko interních komplikací téměř na minimum (Perri, Viegner, & Nezu, 1922).

Je třeba si uvědomit, že obezita je chronická nemoc (podobně jako hypertenze, nebo hyperlipidémie), po terapii má tělesná hmotnost tendenci se znova vracet k původním hodnotám. Důležité je, aby byl její růst pomalejší než u zbylé populace (0,25kg/rok).

Redukce o více než 15% původní hmotnosti představuje výborný výsledek terapie. Nevyhovující je taková terapie, při níž dojde k redukci méně než o 5%.

Cílem terapie pro lidi s nadváhou by mělo být především dlouhodobé udržení hmotnosti, ne tak její redukce. Jde o dosažení stabilní hmotnosti.

Změna životního stylu

Obezita není nemoc, která by se dala vyléčit. Její terapie by měla končit sebevědomým přechodem do života v novém životním stylu.

Snahou týmu je v součinnosti s klientem najít zdravé možnosti seberealizace v rámci sportovních i jiných aktivit. Nahradit pasivní stereotypy pozitivním přístupem k problémům.

Vytvořit nové jídelní návyky, které by pomáhaly pokračovat v redukci hmotnosti.

Terapie obezity

Na terapii obezity by se měl podílet alespoň tříčlenný tým. Jeho členem by měl být nutriční terapeut, psycholog a lékař. Výhodné zapojení odborníka z oblasti pohybových aktivit by mohlo zlepšit adherenci k programu a pomoci lépe aktivovat pacienta.

Redukce energetického příjmu

Kontrola přijímaného množství potravy je nejběžnějším redukčním opatřením.

Dietní opatření používaná při redukci hmotnosti většinou obsahují dvě, případně tři kritéria. Diety se opírají o energetickou hodnotu, látkové složení potravy. Kromě nich existují jiné tzv.

„moderní diety“ vycházející většinou z odlišné stravitelnosti jednotlivých potravin. Nutriční poradenství dále zdůrazňuje pravidelné odstupy mezi jídly a vynechání pozdních večerních jídel.

Nejčastěji se energetický příjem redukuje o 500kcal denně, případně na 1200 – 1500 kcal denně. Předpokládaný pokles hmotnosti je pak přibližně 0,5 kg týdně. Kromě toho je v redukčním režimu kladen důraz na vyváženou stravu obsahující všechny důležité prvky v potravě. Nejčastěji se zohledňuje poměr tuků, cukrů a bílkovin tak, aby byl (i vzhledem k energetickému výdaji) vyvážený metabolismus.

Dieta s velmi nízkým množstvím kalorií (VLCD – very low calorie diet) představuje drastický způsob redukce hmotnosti. Jde o příjem mezi 400 a 800 kcal za den, většinou ve formě rozpustných proteinových nápojů nebo velmi malého množství běžné stravy. Takto jsou léčeni většinou ti obézní, jejichž hmotnost převyšuje normu o více jak 40% (Brewerton, 1999). Za takto přísných dietetických podmínek je nutný lékařský dohled. Výsledky ukazují, že rozdíl hmotnostního úbytku je srovnatelný pro všechny VLCD, není tedy zřejmě nutné omezit zcela přísun potravy (Grilo, 1996). Přísné omezení potravy vede k rychlému hmotnostnímu úbytku. Bohužel je tato redukce bez dalšího pokračování v terapii většinou krátkodobá. Je pak otázka, zda není výhodnější zařadit méně přísný režim. Wadden (1994 in Grilo, 1996) vidí výhodu VLCD v přísnější struktuře (malý výběr potravin, striktní harmonogram), to je prý důvodem pro lepší adherenci k terapii. V souladu s touto hypotézou se potvrdilo, že pacienti zažívají v takových programech větší míru sebeúčinnosti.

Lékařský přístup k léčbě obezity – nakolik je účelné snižovat hmotnost

„Ústřední obtíž při léčbě pacientů s obezitou spočívá v tom, že ani lékař, ani pacient neberou nemoc (a především možnosti její terapie – pozn. autorky) vážně.“ (Tress, 2008) Pro pacienty je nejjednodušší za příčinu nadbytečných kilogramů považovat dědičné faktory nebo endokrinní poruchu, lékařům se zdá postačující podat informaci o změně stravovacích a pohybových návyků. Většinou není zmíněno problematické chování při jídle a jeho úloha v životě pacienta. Selhání terapie je pak podle lékaře způsobeno nedostatkem vůle a nepochopitelným nedodržením doporučených pravidel. Pro obézního jsou však udělené rady znevažováním jeho problému, nezřídka kdy je s pravidly stravování obeznámen stejně jako lékař. Pacienti na druhou stranu často mají pocit odmítnutí, nepochopení a ohrožení, zvláště pokud popírají své problematické jídelní chování (Tress, 2008).

Farmakoterapie

Pro léčbu obezity se využívají tři mechanismy účinku farmak:

- látky snižující vstřebávání tuku ve střevě eliminují energetický příjem, tak že se přibližně jedna třetina tuku nevstřebá skrze střevní stěnu.

- látky ovlivňující adrenergní a serotonergní systém. Látky serotonergního systému působí tak, že snižují reuptake serotoninu a stimulují jeho uvolňování. Je možné je využívat v dlouhodobé i krátkodobé terapii. Dávají pocit větší kontroly nad hladem, mají dlouhodobý efekt. Bez současné KBT terapie se ovšem po vysazení znovu vrací hmotnost k původním hodnotám. Dobře se používají tam, kde klasická dieta není efektivní. Je však nutné ve farmakoterapii pokračovat, aby nedošlo k relapsu. Redukce je efektivní půl roku, pak se už hmotnost nesnižuje (hmotnostní úbytek za tu dobu je cca 14kg) (Grilo, 1996). Katecholaminergní anorexika byla reprezentována amfetaminem a fenmetrazinem. Vzhledem ke snadnosti zneužití těchto látek se od jejich aplikace ustoupilo.

- termogenní farmaka – „Elsinorské prášky“. Účinkují na základě zvýšení úrovně bazálního metabolismu. I u nich je možnost psychostimulačního účinku a k dlouhodobé léčbě se tak nehodí.

Omezení mají i relativně bezpečná farmaka vzhledem k častým srdečním komorbiditám. Výrazné je také omezení způsobené návykovostí látek.

Gastrická chirurgie

Před bariatrickým zákrokem je vždy indikováno psychologické vyšetření, jako jeho součást navrhuje Fettes a Williams (Fettes & Williams, 1996) MMPI, Millonův multiaxiální dotazník, Dotazník poruch jídelního chování (EDI) a záznam jídelního chování. V České Republice se klade před vyšetřením větší důraz na klinický pohovor, Beckův inventář sepresivity a kvalitativně se analyzuje Dotazník jídelních zvyklostí.

V současnosti existují v podstatě čtyři druhy bariatrických zákroků:

- biliopankreatická diverze

- vertikální gastroplastika

- adjustabilní bandáž žaludku
- sleeve gasterectomie

Omezení příjmu potravy (repsektive u biliopankretické diverze omezení vstřebávání živin) vede velmi rychle k hmotnostnímu úbytku (asi 25 – 35% předoperační hmotnosti za rok). Navíc je udržení si redukované hmotnosti spolehlivější než u jiných forem terapie (Larsen, 1990).

Operace jsou za standardních podmínek indikovány jen v případě obezity III. stupně. Před operací je už vyžadována alespoň minimální redukce hmotnosti tak, aby bylo možno lékařský zákrok podstoupit. Standardní pooperační hojení trvá přibližně 6 týdnů.

Psychoterapie

Problematika obezity, jak bylo výše uvedeno, nemůže být redukována jenom na problematiku zvýšeného příjmu potravy a malý energetický výdej, předpokládá se, že na jejím rozvoji se podílí celý komplex biopsychosociálních faktorů. Psychoterapie se většinou odkazuje k tomuto celku a snaží se nalézt ty faktory, které budou v tom kterém konkrétním případě účinné, ty, které považuje za klíčové pro vznik obezity a její udržování u konkrétního jedince. Záleží tedy na situaci, v které se klient nachází, i na teoretickém zakotvení terapeuta.

Za prediktory úspěšnosti každé terapie se dají považovat: internalizovaný locus of control a zvýšená životní spokojenost, vyšší aktivita, zaměřenost na pozitivní změny v terapii (snížení obezity a zlepšení celkového zdravotního stavu)

Cíl sekundární prevence relapsu obezity není v pravém slova smyslu léčbou obezity, ale upevňováním postojů, nalézáním možností seberealizace, zlepšováním sebeuvědomování, prací s klientovou úzkostí a s depresivitou. Metody a postupy, které terapeut volí, vyplývají z jeho teoretického zázemí a z práce s konkrétním člověkem, jeho očekáváními, strachy i potřebami, s jeho blízkými.

Psychoterapie muže být individuální i skupinová. Pokud je terapie individuální, bývá často kombinována se skupinovou.

Kognitivně behaviorální psychoterapie

V terapii obezity je pravděpodobně nejfrekventovanější kognitivně behaviorální přístup (KBT). Důvodem je patrně to, že se zaměřuje přímo na projevy nevhodného chování a jeho okolnosti. Snaží se s nimi pracovat a vhodně modifikovat chování. Dalším důvodem je i to, že, jak bylo výše uvedeno, velká část obézních je pasivních a vykazuje nižší míru autonomie. Kognitivně behaviorální přístup jim pomáhá přehledně analyzovat chování, navrhuje postupné a konkrétní způsoby řešení a dává klientovi jasnou zpětnou vazbu. KBT doplňuje nutriční i pohybovou terapii. Motivuje k tomu, aby si klient uvědomoval své jídelní chování a fyzickou aktivitu ve svém životě a mohl tak vědomě dělat zdravější rozhodnutí. Zároveň mu navrhuje postupy, jak redukci hmotnosti realizovat, aby výsledek snažení přetrval dlouhodoběji.

Podstatou KBT je předpoklad, že nevhodné návyky jsou naučené vzorce chování a myšlení a že systematickou prací klienta je možné je modifikovat, eventuelně se jich zbavit. Cílem terapie je změna postojů a chování klienta ve smyslu zdravějšího životního stylu.

V KBT se analyzují oblasti života podstatné pro obezitu. Jídelní chování a pohyb jsou vnímány v kontextu příčin a následků.

Konkrétně se zaměřuje na kontrolu podnětů spojených s jídlem, potravinové chování, odměňování, self- monitoring, prohloubení informací o stravě, fyzické aktivitě, kognitivní restrukturaci.

Sledujeme okolnosti nevhodného a zlepšeného chování. K tomu slouží tzv. ABC pravidlo behaviorální terapie: ABC (Antecendenty, Behavior, Consekvence)

A jsou záznamy jídelního chování – čas, kdy, kde, co, kolik, co přitom dělá, nálada, hlad, případně s kým – na základě záznamu se hledá, co je možné kde měnit, co se kde řetězí, proč to kdy jde a jindy ne.

B – chování – se soustředí na jídelní chování. Kontrola podnětů spojených s jídlem by měla pomoci narušit řetězec antecendentů spojených s chybnými jídelními návyky. K tomu slouží jednoduché techniky jako např. zavedení jen jednoho místa na jídlo, přesně definovaný počet žvýknutí při každém soustu, vyhnutí se takovým podnětům, které jsou spojeny s nevhodným stravováním ap. Díky záznamům (ad. A) je možno sledovat pokroky v terapii.

C – konsekventy – pokroky v terapii a její úspěšné zvládání by měly být odměňovány po předem přesně definovaném úspěchu. K tomu slouží např. návštěva kadeřníka, koupě nových šatů ap. nikdy však jídlo. Odměna by měla bezprostředně následovat po dosažení vytyčeného síle, tím je podmiňováno žádoucí chování a lépe dosahováno cíle.

Terapie by měla být zprvu (jako každá jiná) relativně intenzivní, postupně se zdá výhodné intenzitu snižovat. Podle „současných“ výzkumů by měla terapie trvat kolem 20 týdnů. Během nich by měl spolupracovat alespoň trenér, nutriční terapeut, psychoterapeut, eventuelně lékař. Během této doby je redukce hmotnosti citelná, je možno vytvářet více modelových situací a připravit se na zátěžové situace a výzkumy ukazují, že tato délka vykazuje dlouhodobější efekt.

Kromě těchto klasických technik ze 70 let přibyl ve většině programů navíc nácvik asertivity, odmítání nabízeného jídla, pozitivní přístup k sobě samému (odnaučit se automatické věty, podpořit pozitivní pocity). Důležitý je také nácvik chování v zátěžových situacích (oslavy, dovolená, svátky) a zvládání stresu. Součástí terapie by mělo být i budování podpůrné sítě z okruhu známých nebo rodiny.

Způsob vyrovnávání se s náročnou situací je klíčový pro poznání, zda ojedinělé selhání přeroste nebo nepřeroste v relaps. Proto se zavádí copingové strategie, které dovolují reagovat v „riskantní situaci“ podle naučených schémat. Naopak nezvládnutí takových situací vede často k opakovaným selháním a vzestupu hmotnosti.

Svépomocné programy

Kromě terapeutických skupin nebo individuální psychoterapie existují navíc svépomocné skupiny. Členové těchto organizací se scházejí nejčastěji každý týden. Cílem je, aby si klienti s podobnými problémy vyměnili rady a připravili se na riskantní situace. Nejznámější jsou například WWI (Weight Watchers International), TOPS (Také Off Pounds Sensibly), případně KOPS (Keep Off Pounds Sensibly). V rámci těchto spolků jsou pořádány semináře pro školení odborných instruktorů.

V České republice jsou nejznámější kurzy STOB (Stop obezitě), jež sdružují lékaře a psychology zabývající se problematikou obezity.

Psychoanalýza

Nebývá většinou první volbou při léčbě obezity, avšak (podle Rand, Stunkard, 1978) ve 47% případů terapie obézních při ní dochází k redukci hmotnosti a zmenšení poruch vnímání body image, přestože tyto nebyly původními cíli terapie.

Ostatní psychoterapeutické směry

Většina terapeutických směrů se nezaměřuje speciálně na problematiku redukce nadváhy a obezity. Terapeutická zakázka však bývá individuální. Problematika obezity a nespokojenosti s vlastním tělem se tak může stát zakázkou bez ohledu na směr, který terapeut představuje.

Každá z terapeutických škol by tedy pravděpodobně zdůrazňovala jiný etiologický aspekt vzniku a rozvoje obezity a používala jiné motivační zázemí v práci s klientem. Otázkou zůstává, zda by nemusela přijmout sebemonitorovací metody z KBT proto, aby mohlo docházet alespoň k částečné korekci jídelníčku.

Na druhou stranu předpokládám, že zvýšení životní spokojenosti, které by mělo být obecně jedním z terapeutických cílů, by mělo umožnit klientovi lépe zvládat behaviorální příčiny obezity a tedy vést k postupnému zavádění zdravějšího životního stylu, jehož součástí je redukce obezity.

Pohybová aktivita

Pohyb by měl být nedílnou součástí snižování hmotnosti. Ačkoli samotné cvičení nemá výrazný podíl na terapii obezity samotné, ukazuje se, že cvičení spolu s dietou predikuje krátkodobé hubnutí a dlouhodobé udržení hmotnosti. Pohybem se zvyšuje množství vydané energie, zvyšuje se podíl aktivní svalové tkáně, zlepšuje se úroveň bazálního metabolismu a fyzická kondice celkově, je potlačován hlad. Kromě toho se mluví o zdravé míře pohybu jako o jedné z důležitých složek psychohygieny. Je možností vyjádřit a prožít emoce, zlepšit pocit sebeúčinnosti a snížit úzkost.

Ke komplikacím obezity patří často nemoci, na které má viditelný terapeutický efekt pohyb. Při pravidelné aerobní zátěži dochází k úpravě krevního tlaku, zlepšení hladin krevní glukózy a LDL cholesterolu, zmírnění bolestí pohybového aparátu.

Zavedení pohybové aktivity do týdenního režimu může být komplikováno studem a vnímanou malou kondicí pacienta. Mnohdy mají obézní klienti problémy s nošením sportovního

oblečení, pohybovou aktivitou samotnou, eventuelně s pocením se. Pokud nedojde k reflexi těchto pocitů, je zavedení pravidelné aktivity přinejmenším problematické (Grilo, 1996). Optimální pohybový režim by se měl postupně ustálit na sportovní aktivitě prováděné třikrát týdně na střední úrovni zátěže.

Grill, Brownell a Stunkard (1993 in Grilo, 1996) uvádí následující strategie zlepšující nastolení a setrvání v pohybovém režimu u obézních pacientů:

1) Všeobecná strategie
    a) být citlivý k psychologickým bariérám a body image
    b) být citlivý k psychickým bariérám a špatnému podmiňování
    c) být citlivý k člověku v rámci celého jeho vývoje
    d) být citlivý k sociokulturním zvyklostem
    e) pomáhat vyjadřovat obavy, vznikající problémy a bariéry
    f) zaměřit se na správný začátek a pokračování
    g) nezdůrazňovat tradiční přístup ke cvičení a tradiční cíle
2) Specifické intervence
    a) dávkování pohybu
        i) podávat jasné informace o důležitosti cvičení, tak aby bylo správně pochopeno
        ii) soustředit se na jednoduché aktivity odpovídající kondici jedince
        iii) podporovat běžné denní aktivity jako například chození
    b) behaviorální principy
        i) zavést cíle, sebe pozorování, hodnocení, zpětné hodnocení a posilování
        ii) určit cíl na mnoha úrovních (fyzické změny, lepší výdrž, snížení tepové frekvence, zlepšení metabolického a biologického profilu, zlepšení psychologického a fyzického well being, zlepšit sebedůvěru…), nezaměřovat se na hmotnost jako na jediný výstup

iii) naučit se používat fyzickou aktivitu k překonávání pokušení se přejídat a k tomu se vyrovnávat se stresem

iv) naučit se vnímat podněty a pobídky ke cvičení, přínosům cvičení, snížit množství klíčů, které vedou k vyhnutí se cvičení

v) naučit se preventivní techniky proti relapsu, včetně rozpoznání rizikových situací k vyhnutí se cvičení, naučit se s nimi pracovat, uvědomit si, že jedno vynechané cvičení není nutným důvodem pro další vynechání

vi) vytvořit harmonogram cvičení

Práce s body image

Práce s tělesným schématem není podle mnoha terapeutických i neterapeutických směrů jen léčebným prostředkem, ale spíš nezbytnou součástí životního stylu. Jeden z přístupů psychosomatické medicíny vychází z předpokladu, že psychosomatická onemocnění, mezi která obezita jistě patří (Tress, 2008), vznikají na základě neporozumění vlastnímu tělu, respektive nedostatečným reflektováním signálů vysílaných tělem. Využitím práce s tělem a zlepšením jeho vnímání i vztahu k němu se dá podstatně zlepšit zdravotní a psychický stav klienta, který se naučí více komunikovat se svým tělem, má tak lepší přístup ke svým emocím a je schopen zvládat dříve neuvědomované obranné reakce organismu jejich kognitivním zpracováním. Díky zlepšenému sebehodnocení a sebepoznání dochází u řady klientů ke zlepšení sociálního kontaktu (snad nejen díky změně řeči těla). Obnovení adekvátního tělesného schématu může také zlepšit reparační schopnosti organismu, obnovit emotivní reaktivitu, zlepšit vnímání vztahu já-okolí, zlepšit a zpřesnit pohybové představy a jejich realizaci. Tato změna by se měla promítnout na zlepšení zdravotního stavu i kvality života vůbec.

Koncept východních nauk se přímo opírá o neoddělitelnost vlastního těla, duševního prožívání a vnímání okolního světa. Ať už v józe nebo bojových uměních – vždy je hlavním smyslem propojení těla a mysli. Většina východních směrů používá vizualizaci pohybů a představy toku dechu, energie celým tělem. Bloky v toku dechu / energie, které meditující vnímá, jsou interpretovány jako problémy v uvědomování si dané části. V jazyku východních nauk mají tyto bloky původ psychofyziologický nebo transcendentální. Cílem je uvědomované bloky a napětí akceptovat, přijmout je jako svoji součást.

Na východní systémy přímo navazuje řada relaxačních a psychoterapeutických technik, které často připojují medicínské nebo psychologické poznatky: metoda Franze Alexandra, Feldenkreizova metoda, Schulzův autogenní trénink, Jacobsonova progresivní relaxace, vizualizace, biofeedback, ale i výrazový tanec, dechová cvičení, „psychomotor therapy“ (práce s dotykem a tělesnou vzdáleností), Kelemanova somaticky orientovaná terapie (Keleman, 2005), bioenergetika, gestalt terapie, KBT a další na tělo orientované směry. Pro všechny platí, že se snaží propojit prožívání a vnímání těla ať už při pohybu, relaxaci nebo při hovoru v terapeutické skupině.

Výše uvedené metody nejsou samy o sobě cílené na terapii obezity. Jejich principy však mohou být do terapeutického plánu začleněny.

Jednu takovou aplikaci představuje Rosen (Rosen, 1996) při popisu použití principů KBT na zlepšení body image u obézních. Uvádí, že výsledky takto cílené práce znatelně zlepšují výsledný pocit z těla na konci redukčního programu. Složky zmiňované terapie jsou (Rosen, 1996):

- seznámení se s konceptem body image – jeho sociální a psychologickou podmíněností, vztahem redukce hmotnosti a postoji ke svému tělu, nastínění osobní zkušenosti a vývoje negativních postojů k tělu, zavedení deníku, monitorujícího pocity k tělu a jejich kontextu

- expozice tělesným částem (zrcadlové cvičení (Probst, 1997)) – postupné vystavení se jednotlivým částem těla před celotělovým zrcadlem, s oděvem, bez oděvu

- kognitivní restrukturace – identifikování negativních automatismů a jejich kognitivní restrukturování (týká se hlavně atributů přiřazených fyzickému vzhledu)

- expozice situacím – vystavení se úzkosti spojené s obavou z vlastního těla, zmírnění zaběhnutých rigidních zvyků v oblékání, aktivitě, pozicích, omezení rituálního chování

- boj se stereotypy a předsudky spojenými s obezitou, naučení se omezovat ty charakteristiky, které okolí o správnosti takových předsudků přesvědčují, zbavení se opakovaného porovnávání se s štíhlejšími lidmi, náhrada zástupného důvodu (obezity) za všechny nezdary relevantnějšími konstrukty

- zapojení terapie zaměřené na body image do komplexu redukce hmotnosti

Hodnocení efektu terapie

Úspěšnost terapie lze samozřejmě hodnotit podle různých kritérií a konceptů. Měli bychom si ale být vědomi, že nám jde o následnou kvalitu života pacienta, nikoli pouze o více nebo méně krátkodobou redukci jeho hmotnosti.

Většina výzkumů ukazuje, že kvalita života se po terapii zlepší. Optimálním přístupem k hodnocení by bylo vyhodnocení všech cílů, s nimiž jsme do terapie vstupovali a posouzení zlepšení jejich ukazatelů. Kromě toho je možné hodnotit efekt na změnu vnímané kvality života použitím dotazníků (Čechová, 2008). Pacient by měl mít možnost vyjádřit míru spokojenosti s terapií a jejími výsledky.

Dlouhodobý efekt, který by měl být cílem každé léčby obezity, nespočívá jen v tom, že pacient si jednak uvědomí skutečné zdravotní dopady obezity, ale naučí se s nimi pracovat a získá trvalou motivaci v léčbě pokračovat.

Z objektivních parametrů je možno samozřejmě vyhodnotit redukci hmotnosti, která by měla dosahovat alespoň 5 procent z původní váhy před terapií (Brewerton, 1999). Kromě toho by mělo dojít k zlepšení fyzické zdatnosti a snížení glykémie případně jiných projevů nemocí s obezitou spojených. Dlouhodobým cílem terapie je nepřekročit původní hmotnost pacienta před nástupem léčby.

Z psychologického hlediska by se na konci terapie měla snížit depresivita, měl by se internalizovat locus of control a přinejmenším by mělo dojít ke snížení nespokojenosti s vlastním tělem.

V delším časovém horizontu by měly být patrny změny jídelních zvyklostí a to především s ohledem na nekontrolované jedení.

Bohužel se ukazuje, že velká část terapeutického účinku je dočasná a že se často vrací hmotnost k úrovni před terapii. Do 5ti let po skončení terapie je většina hmotnostního úbytku znovu nabyta (Bray, 1998). Přesto má smysl hledat a zavádět nové programy a učinit tak terapii obezity dostupnou pro většinu populace.

Intenzivní redukční pobyt na III. interní klinice Všeobecné fakultní nemocnice – empirická část

Cíle diplomové práce

Početní nárůst obézní populace si vynutil zavádění celé řady redukčních programů. Jejich škála je velmi široká, patří mezi ně nabídky individuálních terapií různé intenzity a různého trvání stejně, jako skupinové programy. Odborníci zapojení do takovýchto programů jsou nejčastěji lékaři a psychologové, dále pak nutriční terapeuté, trenéři, eventuálně jiný zdravotnický personál. Každé z těchto terapeutických setkávání má zcela jiný charakter a pravděpodobně i jiný mechanismus účinku, jenž má podpořit trvalé snížení hmotnosti. Jednou z možností snižování obezity představuje redukční pobyt na III. interní klinice 1. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze.

Cílem této práce bylo popsat některé z psychologických změn, které se odehrávají během hospitalizace na oddělení D III. interní kliniky 1. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze. Rozhodli jsme se zaměřit na sledování nálady a změny vnímání velikosti vlastního těla. Výsledky takového šetření by měly vypovídat o možných psychologických efektech tamního pobytu nebo alespoň o změnách, které tento pobyt doprovází. Konkrétně se snažíme v práci zhodnotit změny vnímané depresivity a rozměru skutečného a „cílového“ těla. Vybrali jsme je, protože je považujeme za důležité pro hodnocení efektivity terapie.

Projekt podobný tomu, který Vám teď předkládáme, byl součástí diplomové a později disertační práce Debory L. Reas (Reas, 2002). Reas pod vedením D. A. Williamson popisovala změny vnímaného body image u klientů dlouhodobé terapie obezity, Současně s tím měřila změny depresivity podle Beckovy sebeposuzovací stupnice deprese pro dospělé (BDI II) a jídelního chování podle TFEQ (Dotazníku jídelního chování. Pacienti podstoupili dvě měření, druhé s půlročním odstupem. Součástí tamní léčby byla behaviorální terapie, lékařské a dietní konzultace spolu s farmakologickou intervencí. Pacienti americké studie navštěvovali příslušnou kliniku každý týden během prvních dvanácti týdnů, později se interval rozvolnil na dvojnásobek (jednou za čtrnáct dní) a to nejméně do ukončení prvního roku léčby. Níže se podrobněji zmíníme o výsledcích, které úzce souvisí s naším výzkumem. V disertaci Reas prokázala, že se během terapie obezity významně mění odhad skutečného rozměru těla (CBS), zatímco představa ideálního (IBS) a udržitelného (RBS) rozměru zůstává

stabilní. Přitom RBS je o jeden „díl“ větší než IBS. Díky tomu se snižuje nespokojenost s vlastním tělem. Spolu s tím se mění jídelní chování tak, že roste skór restrikce a měla by se snížit desinhibice (tendence k porušování režimových opatření). Depresivita měřená BDI se během půlroku snižovala. Za variabilitou počátečních nespokojenosti podle BIA – O (Hodnocení body image pro obézní) dle výzkumu stojí počáteční BMI probanda, jeho výsledek v BDI a skór desinhibice podle TFEQ. Čím vyšší jsou jejich hodnoty, tím vyšší nespokojenost s vlastním tělem můžeme očekávat. Změna nespokojenosti s vlastním tělem pak podle Reas souvisí nejvíce se snížením hmotnosti a snad i se změnou depresivity.

Náš výzkum se snaží ověřit, zda změny, které pozorovala Reas (Reas, 2002), existují i při krátkodobé intenzivní terapii obezity. V rámci popisovaného redukčního pobytu není přítomna psychoterapie. Výsledky naší práce tak ukazují, zda jsou změny depresivity a nespokojenosti s vlastním tělem přítomny i bez psychologické intervence.

Hypotézy

V této práci se snažíme stručně charakterizovat redukční pobyt na interním oddělení z pohledu změn psychických procesů hospitalizovaných pacientů. Výsledky by mohly poskytnout náměty k další práci s hospitalizovanými pacienty, případně upozornit na limity takové léčby, realizované na III. interní klinice.

Konkrétní hypotézy, které bychom v rámci předkládané diplomové práce chtěli ověřit, jsou:

Hypotéza 1: Během intenzivního redukčního programu se mění nespokojenost s vlastním tělem.

- Tato změna je způsobena zmenšením vnímaného rozměru těla.

Na základě prostudované literatury předpokládáme, že během redukční terapie obezity dochází ke změnám body image. Jedním z aspektů vnímání a prožívání vlastního těla je spokojenost nebo nespokojenost se svým tělem. Tu můžeme měřit, kromě jiného, jako rozdíl mezi představou reálného a ideálního rozměru svého těla. Předpokládáme, že v průběhu léčby obezity bude docházet ke snižování nespokojenosti s vlastním tělem. To by mělo být podmíněno zmenšením představy reálného těla, tedy přiblížením vnímané reality k ideálu.

Hypotéza 2: Během sledované terapie se mění představa o rozměru postavy, kterou považují za reálně udržitelnou.

Podle prostudované literatury je často podceňováno kladení si reálných cílů při terapii obezity. Z lékařského hlediska se považuje úspěšná taková terapie, která vede k redukci 10% původní hmotnosti (Svačina, Obezita a diabetes, 2000) Opakovaně je zjišťováno, že cíl, který obézní považují za přijatelný výsledek léčby, tuto hodnotu podstatně překračuje. Předpokládáme, že odborně vedená intervence napomůže realističtějšímu vytváření společných cílů při terapii obezity. Tedy, že vnímání udržitelného rozměru těla, který tu považujeme za implicitně vytvářený cíl terapie, se během terapie zvýší – dostane se na realističtější úroveň. Tento náš předpoklad je ovšem v rozporu s výzkumy (Reas, 2002), které představu o reálné udržitelné postavě považují za neměnnou.

Hypotéza 3: Během redukční hospitalizace se mění míra prožívané depresivity.

Během hubnutí dochází k proměnám nálady. Předpokládáme, že redukční pobyt, ať už je prvním větším redukčním pobytem nebo opakovanou hospitalizací, povede ke zlepšení

nálady. Důvodem k tomu je snížení hmotnosti, tedy úspěch v terapii (který se v různé míře u probandů vždy vyskytuje). Dalšími faktory, které by se mohly podílet na zlepšení nálady při porovnání počátku a konce léčby, jsou končící hospitalizace, péče, která je jim věnována a práce na celkovém zlepšení zdravotního stavu. Oproti tomu se staví fakt, že pacienti jsou hospitalizováni ve zdravotnickém zařízení, mají omezen přísun potravy a jsou v relativní sociální izolaci. V zásadě tak existují rozporuplné výsledky výzkumů, které vývoj nálady hodnotí. Častější zlepšení nálady je tehdy, pokud je součástí terapie obezity kognitivně behaviorální terapie (Wadden & Stunkard, 1993). Předpokládáme, že dobře vedená terapie, která je základem pro dlouhodobé setrvání v redukčním programu, povede ke snižování hladiny depresivity.

Metoda sběru dat a použité metody

Data byla sbírána od ledna 2008 do června 2009 s tím, že jejich sběr byl dvakrát přerušen z důvodu uzavření oddělení.

Předvýzkum a změny v průběhu testování

Původním záměrem bylo zařadit některou z psychologických metod k výzkumnému projektu MUDr. Matoulka PhD. Ten měl být zaměřen na skupinu pacientů, kteří se po proběhlé hospitalizaci nedostavili k ambulantní kontrole. Kromě psychologického testování měli být pacienti vyšetřeni lékařem a nutričním terapeutem. Projekt byl však na začátku ledna 2008 odvolán a bylo třeba najít nové cíle i metodiku pro diplomovou práci.

Design výzkumu později zamýšleného pro diplomovou práci počítal s tím, že data budou sbírána ve třech etapách. První dvě měly být spojeny se samotnou hospitalizací, třetí byla plánována při ambulantní kontrole u lékaře po třech měsících. Během prvního půlroku se však ukázalo, že není možné počítat s možností sběru dat během ambulantních kontrol. Důvodem byl malý počet pacientů, kteří se ve stanoveném období dostavili ke kontrole a příliš velká časová náročnost sběru dat. Po několika návštěvách, kdy se objednal k lékaři jen zlomek hospitalizovaných, jsme od požadavku třetího měření odstoupili.

Během prvních měsíců se změnily i metody používané při výzkumu. Původně jsme používali baterii sestavenou z metod později používaných v předkládané práci spolu s Dotazníkem kvality života (krátkou formou) a Dotazníkem interpersonální diagnózy. Později se však ukázalo, že je jejich využívání časově náročné a že respondentům jejich vyplňování dělá problémy. Probandi si ztěžovali především na kvalitu českého překladu prvního z testů. Learyho Dotazník interpersonální diagnózy považovali za příliš dlouhý.

Protože námitky nám připadaly opodstatněné, rozhodli jsme se oba dotazníky z testové baterie vyřadit s tím, že se zaměříme pouze na problematiku změn nálady a vnímání tělesného schématu během snižování hmotnosti v rámci intenzivního redukčního programu.

Sběr dat

Data byla sbírána na D oddělení III. interní kliniky. Respondenty se stali pacienti podstupující redukční program, kteří souhlasili s vyplněním dotazníků a se zařazením osobních údajů jako podkladu pro statistické zpracování ve výzkumu pro diplomovou práci.

Každý pacient vyplnil s autorkou diplomové práce během prvního týdne své hospitalizace baterii testů a odpovídal na otázky strukturovaného rozhovoru. Snaha byla, aby byl vstupní pohovor veden během prvního, maximálně třetího dne po přijetí na oddělení, což se ve většině případů podařilo. První setkání trvalo většinou kolem 60 minut, v některých případech se protáhlo na dvojnásobek. Probíhalo většinou na chodbě oddělení u jednoho z jídelních stolů, v případě horšího zdravotního stavu, nebo vyjádřil li respondent takové přání, mohlo se odehrávat i na nemocničním pokoji.

Druhé společné setkání mělo předcházet dni propuštění do ambulantní péče eventuelně samotnému odchodu z nemocnice. Tato praxe se však neosvědčila, protože ani personál oddělení, ani samotný pacient neuměli termín odchodu předem přesně stanovit. Některým klientům byla léčba v průběhu pobytu znenadání zkrácena, jiným prodloužena. Po několika neúspěších se zadáním kontrolních dotazníků se nakonec osvědčilo dát během pobytu pacientům neprůhlednou obálku s testy a instruovat je, aby v ní obsažené dotazníky vyplnili v předvečer nebo v den odchodu ze Všeobecné Fakultní Nemocnice. Tento způsob administrace vedl k nutnosti modifikace některých používaných testů (viz. níže). Obálku s vyplněnými materiály pak měli pacienti zalepenou nechat na sesterně, případně předat přímo diplomantce, pokud byla na oddělení přítomna.

V kontrolních dotaznících nevyplňovali respondenti hmotnost, které dosáhli na konci pobytu. Tyto údaje tak byly zpětně získávány z dokumentace oddělení.

Data byla sbírána většinou dvakrát týdně nebo v závislosti na počtu nově přijatých pacientů, nástupní data u nich byla totiž známa s předstihem. Sběr dat probíhal nejčastěji v pátek a středu dopoledne, ačkoli u některých pacientů, kteří byli během té doby na vyšetření, setkání probíhala i v jiných termínech.

Použité metody

Používané metody byly zadávány v neměnném pořadí. Nejprve byl pacient, který svolil s účastí na diplomovém projektu, seznámen s cíli diplomové práce, byla mu poskytnuta stručná informace o míře a způsobu použití jeho osobních údajů.

Setkání začínala strukturovaným rozhovorem, na něj navazovalo vyplňování dotazníků v pořadí Dotazník jídelních zvyklostí (TFEQ), Beckova sebeposuzovací stupnice deprese pro dospělé (BDI II), Hodnocení body image pro obézní (BIA – O), Kresba lidské postavy. Při

druhém testování vyplňovali probandi Beckovu sebeposuzovací stupnici deprese a Hodnocení body image pro obézní, které mohou být na rozdíl od ostatních zadány i s tak malým časovým odstupem, jaký představuje trvání hospitalizace. Tato práce se tak opírá pouze o výsledky získané vyhodnocením BDI II a TFEQ. Ostatní testové metody, ačkoli by mohly být použity pro lepší charakteristiku zkoumaného vzorku, jsme se rozhodli do diplomové práce nezařadit. Důvodem bylo, že jejich zařazení do práce by nepomohlo, podle našeho názoru, splnit cíle výše vytyčené.

Níže se proto budeme věnovat popisu metod použitých pro vypracování předložené práce.

Strukturovaný rozhovor

Během předvýzkumu jsme došli k přesvědčení, že v rámci dobrého kontaktu s respondenty je nezbytné věnovat nějakou určitý čas seznámení s každým pacientem, jeho historií a jeho problémy. Postupem doby byl z prvních rozhovorů sestaven polostrukturovaný rozhovor, který jsme dále více konkretizovali v přesné otázky. Z nich byla sestavena konečná verze rozhovoru. Použití všech získaných odpovědí by přesahovalo rozsah zde předkládané práce, proto se zde omezíme jen na použití dílčích údajů.

Strukturovaný rozhovor bylo možno pracovně rozdělit na čtyři části. První, anamnestická, byla využita při zpracování diplomové práce. Další části sloužily jednak k navázání užšího kontaktu s pacientem, jednak měly sloužit k případnému dlouhodobému sledování a lepšímu zorientování se v problematice obezity.

V anamnestické části jsme se ptali na základní údaje důležité pro popis klientely redukčního pobytu, jako jsou například: velikost bydliště, stav, pořadí terapie, rodinné údaje. Kromě nich jsme ptali na současnou, ideální hmotnost a hmotnost, kterou by si chtěli pacienti udržet. Tyto hodnoty byly použity pro porovnávání s výsledky z Hodnocení body image pro obézní. Chtěli jsme tak najít korelát, který by pomohl v naší práci validizovat použitý test. Předpokládali jsme, že nespokojenost s vlastním tělem je možno vyjádřit i rozdílem reálného a ideálního odhadu tělesných proporcí resp. BMI podle hodnot uváděných hmotností.

Dotazník jídelních zvyklostí

Dotazník jídelních zvyklostí je překladem Stunkardova a Messickova Třífaktorového dotazníku jídelních zvyklostí (Stunkard & Messick, 1985). Dotazník je složen z 51 otázek, které hodnotí současné stravovací návyky. Respondent se přiklání k souhlasu nebo nesouhlasu

s prvními třiceti šesti prohlášeními, u zbylých vybírá podle intenzity výstižnosti ze čtyř možností. Každá z odpovědí se skóruje maximálně jedním bodem k jednomu ze tří faktórů. Výsledkem jsou skóry restrikce, disinhibice a hladu, respektive výpovědi o míře dietního chování (kterým odpovídá 21 položek), tendenci k nezdarům v dodržování režimového chování – „disinhibice kontroly jídelního chování“ (16 položek) a citlivost k hladu (14 položek). Za každou odpověď má respondent možnost získat jeden, žádný, eventuelně mínus jeden bod. Získané body se pak přičítají k jednotlivým škálám. Restrikce je hodnocena 0-21 body, disinhibice 0-15 a hlad -1 – 13 body.

Kognitivní restrikce je škála, která by měla měřit míru s jakou subjekt omezuje příjem potravy tak, aby hubnul. Měla by tudíž umět rozlišit lidi, kteří se snaží změnit svou hmotnost nebo fyzické proporce redukční dietou od těch, kteří tak nečiní. Čím vyšší je skór restrikce, tím vyšší je míra cílené změny stravování. Disinhibice by měla vypovídat o tom, nakolik se v dietním režimu vyskytují chyby ve chtěných jídelních návycích, škála hladu popisuje subjektivní pocity nedostatku jídla a bažení po něm (Karlsson, Persson, Sjöström, & Sullivan, 2000). Čím vyšší je skór disinhibice a hladu, tím častěji dochází k porušování diety respektive tím snadněji je pociťován hlad.

Bližší charakteristiku jednotlivých škál snad pomáhají lépe vysvětlit výzkumy, které se snažili o jejich kvalitativní rozbor a přehodnocení. Karlsson pak navrhuje zavést namísto těchto položek tři odlišné: kognitivní restrikci, nekontrolované jedení a emoční jedení. Takové rozdělení podle něj lépe vypovídá o složkách měřeného jídelního chování (Karlsson, Persson, Sjöström, & Sullivan, 2000). Bond et al. (Bond, McDowell, & Wilkinson, 2001) dělí naopak každý z původních faktorů na více na sobě relativně nezávislých složek. Restrikce je podle nich sycena strategickým dietním chováním, postojem k sebe regulaci a snahou vyhýbat se nevhodným potravinám. Skór desinhibice popisuje emoční a situační faktory, které selhání redukčního režimu předcházejí. Skór hladu je určen externím a interním locus of conrtol hladu (Bond, McDowell, & Wilkinson, 2001). V naší práci používáme původní škály bez ohledu na návrhy změn, které jsme výše popsali.

V praxi Všeobecné Fakultní Nemocnice se Dotazník jídelního chování běžně používá při práci s obézními pacienty. Počítá se však spíše s kvalitativním rozborem každé položky (Slabá, slovní výpověď 2009).

Jednotlivé škály vykazují statisticky významnou provázanost. Podle Wagenknechta (Wagenknecht, a další, 2007) se ukazuje, „že ženy mají vyšší skóre restrikce, ale nižší skóre desinhibice a hladu než muži. Ve zpětné regresní krokové analýze se uplatnily v predikci body mass indexu (BMI) i obvodu pasu jak skóre dietní restrikce, tak skóre dietní desinhibice jídelního chování. BMI a obvod pasu negativně korelovaly s restrikcí a pozitivně s desinhibicí. Hlad a desinhibice prokazovaly vždy silnou vzájemnou provázanost. Restrikce byla u obou pohlaví v negativním vztahu s hladem, ale u mužů i s desinhibicí. U obou pohlaví stupeň vzdělání pozitivně koreloval s dietní restrikcí a negativně se skórem hladu. Významná negativní korelace mezi stupněm vzdělání a desinhibicí však byla prokázána pouze u mužů. Jedinci s vysokým skóre desinhibice (horní kvartil) vykazovali ve srovnání s jedinci s nízkým skóre desinhibice (dolní kvartil) vyšší výskyt hypertenze, kardiovaskulárních chorob a hyper/dyslipidémie, a to u obou pohlaví. Tyto rozdíly byly nejvíce vyjádřené u osob středního věku“(Wagenknecht, a další, 2007).

Wagenknecht (Wagenknecht, osobní sdělení, 2009) získal normy pro českou populaci. Průměrný skór pro restrikce je 3 pro muže, respektive 7 pro ženy, průměrný skór desinhibice je 10 respektive 4 a konečně hladu je 4 respektive 3. Přesná data i s hladinou rozložení uvádím podle Wagenknechta v tabulkách 2, 3 (Wagenknecht, osobní sdělení, 2009).

Muži percentilové rozložení n = 1429									
	1%	5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%	99%
Restrikce	0	0	1	1	3	6	10	13	17
Desinhibice	0	1	2	3	5	7	10	11	14
Hlad	-1	0	1	2	4	8	11	12	13

Tabulka 2- Percentilové rozložení výsledků TFEQ pro muže (Wagenknecht, osobní sdělení, 2009)

Ženy percentilové rozložení n = 1624									
	1%	5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%	99%
Restrikce	0	1	2	4	7	12	16	17	20
Desinhibice	0	1	1	2	4	7	10	12	14
Hlad	-1	0	0	1	3	5	8	10	13

Tabulka 3 - Percentilové rozložení výsledků TFEQ pro ženy (Wagenknecht, osobní sdělení, 2009)

Důvodem, pro který používáme v předkládané práci Dotazník jídelního chování, je celosvětová rozšířenost testu a jeho časté používání při monitoringu jídelního chování. V naší práci jsme kladli důraz především na škálu restrikce. Tu považujeme za důležitý ukazatel redukčního chování a tedy za míru kognitivní adaptace na změnu potravního chování. Jejím prostřednictvím jsme se pokusili popsat pacienty kliniky vzhledem k jejich přístupu k redukčnímu chování.

Beckova sebeposuzovací stupnice deprese pro dospělé – II (BDI II)

Beckova sebeposuzovací stupnice deprese pro dospělé – BDI II je modifikací původního Beckova inventáře z roku 1961 (Beck, Steer, Ball, & Ranieri, 1996). BDI II měří depresivitu na základě výpovědi respondenta ve 21 bodech, odpovědi jsou odstupňované 0-3 podle závažnosti výpovědi. Celkový skór je pak dán bodovým součtem. Každý z 21 okruhů dotazníku se snaží popisovat jeden z depresivních symptomů podle DSM IV. Respondent by se měl v dotazníku vyjadřovat k posledním čtrnácti dnům. Obecně je můžeme shrnout do skupiny negativních myšlenek emocí a chování vztažených k vlastnímu já, k budoucnosti, ke světu.

Jinou možností jak rozdělit jednotlivé položky BDI II je oddělit od sebe symptomy deprese somatické od psychických. Tím získáme dvě škály, které nám mohou pomoci lépe poznat projevy deprese u pacienta, respektive míru somatizace deprese.

- Somatické projevy deprese podle BDI II
    - Smutek
    - Ztráta radosti

    - Plačtivost
    - Agitovanost
    - Ztráta zájmu
    - Nerozhodnost
    - Ztráta energie
    - Změna spánku
    - Podrážděnost
    - Změny chuti k jídlu
    - Koncentrace
    - Únava
    - Ztráta zájmu o sex
- Poruchy emocí při depresi podle BDI II
    - Pesimismus
    - Minulá selhání
    - Pocit viny
    - Pocit trestání
    - Znechucení ze sebe sama
    - Sebekritika
    - Sebevražedné myšlenky nebo přání
    - Pocit bezcennosti

Velmi často se používá při hodnocení efektu terapie a s ní spojených změn depresivity. BDI byl přeložen do mnoha jazyků a je všeobecně uznáván jako nástroj k měření subjektivně vnímané depresivity. Navíc je relativně citlivý na změny nálady a dá se použít i pro sledování aktuálního vývoje nálady v rámci několika týdnů.

Za nevýhodu BDI II se považuje relativní obtížnost jednotlivých položek, chybění srozumitelných norem a tedy malá objektivita při interpretaci, nestálost v čase. Mezi výhody se naopak počítá velká přesnost v odlišování depresivní a zdravé populace, vysoká validita, citlivost ke změně a mezinárodní použitelnost (Richter, Werner, Heerlein, Kraus, & Sauer, 1998).

Ačkoli jsou položky BDI II vytvořeny podle symptomů uváděných v DSM IV, nelze považovat skór BDI II za ekvivalent diagnózy deprese. Můžeme jej spíše chápat jako subjektivní výpověď klienta o míře depresivity, respektive jím vnímaných pocitech, myšlenkách a jednání, které odborný svět považuje za projevy deprese (Richter, Werner, Heerlein, Kraus, & Sauer, 1998). K diagnóze samotné by se mělo spíše dospět na základě triangulace pacientovy subjektivní výpovědi, lékařem utvořeného obrazu pacienta a kritériích uvedených pro diagnózu deprese v tom, kterém diagnostickém systému (MKN – 10 nebo DSM IV). Na druhou stranu je ovšem pravda, že BDI II velmi dobře dokáže rozlišit mezi depresivními a nedepresivními pacienty. V naší práci jej tedy považujeme za metodu vhodnou k porovnávání míry depresivity zakoušené pacienty během léčby obezity.

Jiné omezení pro zadávání BDI II představuje hodnocení tělesného diskomfortu jako symptomu depresivity u somaticky nemocných respondentů. Ačkoli je jisté, že člověk funguje v psychosomatické jednotě, nemůžeme automaticky hodnotit fyzickou nepohodu spojenou s nemocí jako součást depresivního syndromu. U obézích je například velmi výrazné procento postižených poruchami dechového rytmu – spánkovou apnoe. Tyto potíže spojené nepochybně s narušenou kvalitou spánku by bylo chybné interpretovat jako projev deprese ačkoli je nespavost faktor, který má při rozvoji poruch nálady velký vliv. Konkrétní výsledky je nutné dávat do kontextu té které situace. Míra depresivity je závislá na situaci celkově. Izolovat symptomy deprese by bylo umělé, musíme se smířit s tím, že výsledky získané porovnáním BDI II před terapií a po terapii reflektují celý komplex změn, který se během terapii udál, to znamená změny somatické, psychické, týkající se současného vývoje onemocnění i vizí, které se terapií ustavují.

Často studie potvrzují současnou komorbiditu obesity a deprese i snížení depresivity úměrné úbytku hmotnosti (Stunkard, Faith, & Allison, 2003). Cílem terapie obezity je redukce hmotnosti. Předpokládáme li, že v populaci obézních, kteří podstupují léčbu obezity, je vysoké procento depresivních,a že úspěšná terapie obezity vede k redukci hmotnosti, jejíž snížení je úměrné změně depresivity, pak můžeme předpokládat, že úspěšná terapie obezity povede ke snížení depresivity.

Výsledný skór Beckovy sebeposuzovací stupnice vznikl součtem bodů u každé z 21 položek, Každá položka je hodnocena 0-3 body. Autor interpretuje výsledky ve čtyřech kategoriích. 0-13 bodů znamená podle Becka minimální nebo žádnou depresi, 14 – 19 bodů je mírná, 20-28

střední a 29-63 je vážná deprese. Čím vyšší je tedy skór, tím závažnější jsou depresivní symptomy (Beck, Steer, Ball, & Ranieri, 1996). Nejlépe BDI II rozlišuje v pásmu střední deprese (Richter, Werner, Heerlein, Kraus, & Sauer, 1998).

Hodnocení body image pro obézní - Body Image Assessment for Obesity – BIA-O

Do naší práce jsme chtěli zařadit metodu, kterou by bylo možno hodnotit výsledek terapie i na úrovni vnímání vlastního těla. V mnoha pracích, které se zabývají problematikou redukce hmotnosti (Williamson & all, 2000), (Rosen, 1996), (Reas, 2002), (Frost & Sullivan, 2002), (Markey & Markey, 2005), je nespokojenost s vlastním tělem a její změna dávána do souvislosti se změnou hmotnosti, se snížením depresivity. Mechanismus této souvislosti není však prozatím přesně objasněn. V praxi se setkáváme s tím, že v případě deklarované nespokojenosti s obrazem vlastního těla, případně při poruše jeho reálného vnímání je doporučeno se v terapii obezity zvlášť zaměřit na práci s tělem a jeho obrazem v rámci léčby obezity.

V testové baterii jsme nakonec použili modifikaci „Hodnocení body image pro obézní“ (Williamson & all, 2000). Chceme jím hodnotit změnu ve vnímání skutečného, ideálního a udržitelného rozměru těla, u které předpokládáme, že by se mohla měnit během výraznější redukce hmotnosti samotné. Zároveň ji považujeme za proměnnou, která je ovlivňována způsobem vedení terapie. Hodnocení body image pro obézní (BIA-O) poskytuje i informaci o nespokojenosti s vlastním tělem. Reasová (Reas, 2002) uvádí, že při terapii obezity dochází ke změnám vnímání rozměrů vlastního těla i spokojenosti s vlastním tělem. Její výzkum byl prováděn v delším časovém úseku a program jí popisovaný v sobě obsahoval i sezení behaviorální terapie.

Hubnutí je často, mimo jiné, motivováno snahou po větší spokojenosti s vlastním tělem, proto je pro nás důležité sledovat i tento parametr. Z výzkumů navíc vyplývá, že hodnocení body image je těsně provázáno jak s depresivitou, tak se stupněm obezity (Reas, 2002). Tedy čím vyšší je stupeň obesity, tím větší je míra deprese a horší hodnocení vlastního těla. Zdá se dokonce, že body image je článek, který spojuje otylost s emočním dyskomfortem (Frost & Sullivan, 2002). Také proto by měla být nespokojenost s body image (tělesným obrazem sebe sama) hodnocena při léčbě obezity a případně by měla být poskytována intervence i na této úrovni (Frost & Sullivan, 2002).

Hodnocení body image pro obézní BIA-O (Williamson & all, 2000) je rozšířením původního Williamsonova „Hodnocení body image“ (Body image Assessment – BIA) z roku 1989. Existuje více testů, které podobným způsobem měří odhad rozměrů vlastního těla respektive nespokojenost s ním (Thompson & Gray, 1995). Výhodou BIA – O je doplnění původních 9 figur o dalších devět tak, že vzniklé spektrum osmnácti figur s rozdílnou velikostí postavy zahrnuje postavy velmi hubené i obézní. Každá z figur originální verze BIA-O je vytištěna na zvláštní kartě, která má zezadu napsané číslo podle polohy v setu (1- nejhubenější, 18 – nejtlustší). Test je administrován tak, že proband má z promíchaných a náhodně uspořádaných karet opakovaně vybrat vždy jednu z figur, která:

1. odpovídá rozměrům těla tak, jak je v současné době vnímá
2. se mu / jí nejvíce líbí
3. odpovídá takovým rozměrům těla, že by si je byl pravděpodobně schopen dlouhodobě udržet

Toto trojí zadání odpovídá získaným skórům CBS – současný rozměr těla, IBS – ideální rozměr těla, RBS – udržitelný rozměr těla. Tyto skóry jsou vždy zaznamenány. Rozdíl současného a ideálního rozměru těla by měl, jak bylo opakovaně prokázáno, vypovídat o nespokojenosti s vlastním tělem (Williamson & all, 2000), (Thompson & Gray, 1995). Podle autorů testu je CBS proměnlivý a odpovídá spíše aktuálnímu stavu, kdežto IBS i RBS jsou podmíněny kulturně, etnicky a pohlavím respondenta a mění se jen málo (Williamson & all, 2000). Podle autorů (Williamson & all, 2000) jsou pak hrubé skóry převáděny na T skór, který zohledňuje etnicitu a pohlaví. Díky tomu je možné porovnávat jednotlivé probandy v získaných i rozdílových skórech. V původní studii vychází poměrně vysoká test-retestová reliabilita a to především pro CBS a IBS (pro ženy jsou konkrétní hodnoty následující: r_{CBS}=0.93, r_{IBS}=0.77, r_{RBS}=0.85; pro muže pak: r_{CBS}=0.77, r_{IBS}=0.81 a rR_{BS}=0.65). Skór nespokojenosti s rozměry vlastního těla přitom byl platný při porovnání s verbálním hodnocením nespokojenosti podle Eating Disorder Inventory – II (konkrétně r = 0.48 pro ženy; r = 0.56 pro muže) (Williamson & all, 2000).

Hodnocení body image pro obézní bylo používáno opakovaně při hodnocení dietního chování a možnosti jeho změny, úspěchu terapie (Reas, 2002) nebo k validizaci jiné testové metody (Stewart, Allen, Han, & Williamson, 2009). Bohužel ačkoli jsme našli i několik prací, které vznikaly mimo Spojené Státy Americké (např. v Turecku (Bas & Donmez, 2009), Velké Británii (Tuthill, Slawik, O'Rahilly, & Finer, 2008), nepodařilo se nám nalézt jinou než

původní standardizaci (Williamson & all, 2000). Výstupem BIA – O je T – skór jednotlivých měření, ten vypočítáme na základě autorské rovnice a příslušného koeficientu (rovnice 1, tab. 4):

$$t = 50 + 10\left[\frac{BIA - (b_1 BMI + b_0)}{SEM}\right]$$

Rovnice 1 – vzorec pro výpočet BIA – O, převzato z (Williamson & all, 2000)

Table A1 Regression coefficients for prediction of CBI and IBI

	Predicted	*b(BMI)*	*Constant*	*SEM*
Caucasian female	CBI	0.339	− 2.148	2.1047
African-American female	CBI	0.263	− 0.603	2.0502
Caucasian female	IBI	0.084	2.119	1.6337
African-American female	IBI	0.091	2.863	1.6973
Caucasian female	RBI	0.112	2.078	1.7700
African-American female	RBI	0.124	2.130	1.8800
Caucasian male	CBI	0.394	− 4.186	2.1537
African-American male	CBI	0.303	− 1.863	1.7389
Caucasian male	IBI	0.067	2.869	1.5282
African-American male	IBI	0.118	2.666	2.0009
Caucasian male	RBI	0.099	2.340	1.50
African-American male	RBI	0.139	2.070	1.80

Tabulka 4– regresní koeficienty pro výpočet normovaných koeficientů, převzato z (Williamson & all, 2000)

Skór nespokojenosti s rozměrem vlastního těla získáme odečtením vážených skórů CBS a IBS, respektive RBS.

Ohledně administrace testů odhadu rozměrů vlastního těla panuje nejednotnost (Doll, Ball, & Willows, 2003). Existuje několik variant podobného testu. Jejich přehled stručně uvádí Thompson a Gray (Thompson & Gray, 1995). Jejich zadání je buď totožné se zadáváním BIA-O – tedy výběrem jedné z předložené série promíchaných karet, nebo jsou podnětové figury vytištěny na jednom listě, buď seřazeny od nejmenší po největší, nebo vyobrazeny v náhodném pořadí. Respondent pak vybírá příslušnou figuru zakroužkováním (Doll, Ball, & Willows, 2003). Kromě metod „tužka – papír“, existují samozřejmě pro sledování tělesných rozměrů i digitalizované možnosti a přístupy, jimi se na tomto místě nebudeme zabývat. Vliv promíchání respektive utříděnosti podnětových figur není zcela jasně prozkoumán. Podle některých (Doll, Ball, & Willows, 2003) se způsobem zadání výrazně liší reálný, ideální i

akceptovatelný rozměr těla. Naproti tomu však jiná studie (Duncan, Dodd, & Al-Nakeeb, 2005) významný rozdíl v expozici materiálu nenašla.

Zadávání BIA – O pro sběr kontrolních dat, která se stala podkladem pro zde předkládanou práci, probíhala bez účasti autora práce. Proto bylo nutné vymyslet takovou formu zadání, aby se co nejvíce blížila původnímu postupu administrace a zároveň byla tak jednoduchá, že by nečinila respondentům potíže při opakovaném vyplňování po cca třech týdnech bez asistence diplomanta. Nakonec jsme se pokusili skloubit výhody náhodného pořadí předkládaných figur podle standardu BIA – O (Williamson & all, 2000) a zatrhávací administrace na jednom listu papíru přítomném například v „Body – Image Assessment Scale“ (Thompson & Gray, 1995). Vytvořili jsme pro každou variantu měření (tedy CBS, IBS, RBS, muže a ženy) zvláštní list, na kterém jsou přeházené figury v náhodném pořadí (pořadí figur je u daného měření stejné pro muže i ženy). V dolní partii testového listu je instrukce k jeho vyplnění, tedy:

- pro CBS – Vyplňte a zakroužkujte siluetu, která co nejvíce odpovídá rozměrům Vašeho těla tak, jak je v současnosti vnímáte. Vyberte, prosím, jen jednu ze siluet.
- pro IBS – Vyberte a zakroužkujte tu siluetu, která odpovídá takové postavě, která se Vám nejvíce líbí. Vyberte, prosím, jen jednu ze siluet.
- pro RBS – Vyberte a zakroužkujte obrázek odpovídající takové postavě, o které si myslíte, že byste si ji mohl /a dlouhodobě udržet. Vyberte, prosím, jen jednu ze siluet.

Po prvním zadání, kdy byly zodpovězeny případné dotazy vztahující se k testu, byl respondent požádán, aby kontrolní testy vyplňoval stejným způsobem a ve stejném pořadí, v jakém byly uloženy v obálce a aby se nesnažil manipulovat s testovým materiálem (například přeměřováním velikosti figur).

V naší práci si klademe za cíl zjistit za použití BIA – O, zda se během krátkodobého redukčního pobytu a tedy při poměrně velkém váhovém úbytku za krátký čas mění vnímaný rozměr těla (CBS) a to i přesto není li přítomna psychoterapie (Reas, 2002). Dále nás zajímá, zda na základě této změny můžeme usuzovat na zmenšení nespokojenosti s vlastním tělem, které považujeme za důležitý parametr v úspěšné terapii otylosti. Opakovaně je ve studiích zmiňovaná problematika realistického stanovení hmotnostního úbytku (Williamson & all, 2000), (Womble, Williamson, Greenway, & Redmann, 2001). Z toho důvodu se zajímáme o případnou změnu „udržitelného rozměru těla“, tedy cíle, který si pacient v terapii klade. Předpokládáme, že především na začátku léčby se právě toto nastavení vytváří a pomáhá tak,

prostřednictvím zakoušeného úspěchu či neúspěchu motivovat vytrvání v dodržování redukčních opatření (Fettes & Williams, 1996) (Hainer, Kunešová, & al., 1997).

Pro absenci norem v podmínkách blízkých našim a také z důvodu odlišností v administraci testu, jsme se rozhodli interpretovat výsledky pouze na základě hrubých skórů a pracovali jsme tedy spíše na základě kvalitativního hodnocení. Původně jsme se pokoušeli použít americké normy, naše výsledky se nám však zdály po zběžné kontrole diametrálně odlišné. Naši probandi dosahovali při odhadu CBS průměrných výsledků. Hodnoty IBS a RBS byly v naší populaci „nadprůměrné“ – obraz ideálu a udržitelné postavy by tak byl nadsazen oproti americkým standardům. Vypočítáním skóru nespokojenosti s vlastním tělem, jsme tak museli dospět k názoru, že naší probandi jsou se svým tělem téměř bez výhrady spokojeni. Bez relevantní standardizace v našich podmínkách si správnou interpretací výsledků nemůžeme být jisti. Sám fakt, že výzkumný vzorek podstupuje redukční režim, nás vede spíše k úvaze, že nespokojenost s vlastním tělem bude větší než u běžné populace a to zejména pokud je slovně deklarována.

charakteristika pobytu

Na interním oddělení III. interní kliniky Všeobecné Fakultní Nemocnice probíhá už několik let intenzivní redukční pobyt. Je určen pro obézní pacienty, u nichž je opodstatněné, aby snížili svou hmotnost za nasazení přísné diety. V České Republice je takový pobyt ojedinělý. Jemu podobné existují například ve Fakultní Nemocnici Motol nebo v Hradci Králové.

Důvodem, pro který jsou pacienti hospitalizováni na oddělení, je především výrazná redukce energetického příjmu, při které je nutné, aby byl hubnoucí pod dohledem lékaře. Kromě toho je v rámci pobytu na interním oddělení možné provést nezbytná vyšetření pro další léčbu i upravovat podávanou medikaci (nejčastěji antidiabetik).

Pacienti jsou k takovému pobytu indikování většinou proto, že ambulantně vedená redukční dieta nevede nadále k poklesu hmotnosti a je nutné znova nastartovat metabolismus, aby byl schopen dalšího váhového úbytku. Jiným důvodem bývá vážná dekompenzace diabetes mellitus 2. typu a snaha najít vhodnou farmakoterapii a její dávkování. U některých obézních pacientů je také nutná redukční hospitalizace před plánovanou operací, nejčastěji se jedná o náhrady kyčelního kloubu. Jiným případem je hospitalizace pacientů před bariatrickým zásahem. Pokud však byl pobyt předem takto naplánován, nebyl daný pacient do diplomového výzkumu zařazen (jeho pobyt na oddělení byl plánován na výrazně kratší dobu). Jinou velkou skupinou jsou obézní ve vyšším stupni obezity, kteří selhávají v dodržování režimu pod ambulantním dohledem. Ti jsou pak opakovaně hospitalizováni v předem orientačně dohodnutých termínech (i třikrát v jednom roce).

Standardní předpokládaná délka pobytu je 21 dní. Pacienti zůstávali na redukčním pobytu mezi 10 a 30 dny. Důvodem zkrácení předpokládané doby byly většinou kapacitní nároky nemocnice, eventuelně návaznost na pokračování hospitalizace na jiném oddělení. Prodloužení pobytu se odvíjelo od aktuálního stavu a nutnosti provést doplňující vyšetření. Minimální doba hospitalizace, která stačila k tomu, aby byl proband zařazen do diplomového projektu byla 2 týdny. Limit pro maximální délku jsme nestanovili. Na oddělení je současně dva až pět pacientů.

Pacient je přijat na základě doporučení některého z ošetřujících lékařů. Nejčastěji jím je obezitolog nebo diabetolog. Pokud doposud takového lékaře obézní nemá, je většinou předán do odborné péče v místě svého bydliště. Samotnému příjmu na oddělení většinou předchází alespoň konzultace s jedním ze členů lékařského týmu oddělení – MUDr. Matoulkem PhD.,

MUDr. Housovou PhD., Doc. MUDr. Hainerem CSc., Doc. MUDr. Kunešovou CSc., MUDr. Owen a dalšími. V lepším případě vstoupí proband nejprve do ambulantní péče, kde se ještě před hospitalizací začíná s režimovým opatřením.

Podstatou samotné intenzivní redukční terapie na III. interní klinice je, aby pacient snížil energetický příjem na 600 kcal denně ve třech denních dávkách. To je nejméně vydatná redukční dieta, u které ještě nemusí být používány uměle vytvořené potravinové doplňky. Jídelníček tak obsahuje k snídani plátek chleba s trojúhelníčkem nízkotučného tvarohu (eventuelně jiným mléčným výrobkem), k obědu a k večeři většinou plátek masa se zeleninou. K pití je vždy k dispozici nemocniční čaj, navíc dostávají všichni, kteří podstupují intenzivní redukční program, jeden a půl litru minerální vody a mají možnost uvařit si kávu s trochou mléka.

Průběžně jsou prováděna základní laboratorní vyšetření moči a krve (zejména vyšetření hladiny glukózy, glukózové tolerance, inzulinu, krevních tuků, hormonálních hladin). Spolu s nimi bývá pro monitorována správná funkce kardiovaskulárního systému (v klidu i při zátěži). Pacient je interně vyšetřován v závislosti na jeho zdravotním stavu i na předpokládaném pokračování léčby (bariatrický zákrok, ortopedická operace, další pokračování v redukční dietě). Cílem farmakologické intervence je zde upřesnit a změnit mnohdy příliš velké dávky léků, případně přejít z inzulinu na perorální antidiabetika.

Během dne může pacient podle chuti a s ohledem na doporučení ošetřujícího lékaře sportovat na chodícím páse, na kole a na rumpálu. Všechny jsou na chodbě oddělení trvale přítomny. Někteří pacienti je tak poměrně intenzivně využívají, jinými jsou zcela opomíjeny. Pohybová i výkonnostní omezení většiny hospitalizovaných jsou relativně velká, přesto není příliš pravděpodobné, že by mohlo být ohroženo zdraví. Pohyb tak má být málo obtížný a intenzivní a je kladen důraz spíše na prodlužování času výkonu, který se většinou pohybuje v řádu několika minut.

Kromě lékařského týmu složeného z internistů i dalších odborných specialistů, kteří pečují o zdraví pacienta, dochází na oddělení nutriční terapeutka, která vede jak skupinové tak individuální konzultace. Fyzioterapeutka přichází za těmi z pacientů, kteří mají některé z pohybových omezení a cvičí převážně na pokoji na lůžku.

Pokud je lékař toho názoru, že pacient potřebuje odbornou psychologickou konzultaci, je schopen ji bez prodlení zajistit. Na oddělení je psycholožka PhDr. Šárka Slabá, která se specializuje na problematiku klientů s poruchami příjmu potravy, obezitou a diabetem. Její konzultace je však vyžadována zřídkakdy. Mimo možnost psychoterapie však stojí její činnost psychodiagnostická při posuzování vhodnosti bariatrického zákroku pro pacienta. Takové vyšetření je děláno i s půlročním předstihem a není součástí výše zmiňované zkrácené „předoperační“ hospitalizace. V rámci vyšetření vyplňuje pacient dotazník jídelních zvyklostí, BDI II a je s ním veden převážně anamnestický rozhovor. Na základě takového šetření může být doporučen, respektive nedoporučen chirurgický výkon. Protože většina klientů intenzivního redukčního programu dříve nebo později spěje k některému z bariatrických zákroků, projde jich většina alespoň jednou tímto vyšetřením. Pacienti patrně potřebují samotnou konzultaci psychologa podle názoru lékařů jen zřídkakdy. Za mého působení na klinice byly případy, kdy byl přizván psycholog, pouze dva.

Den tráví pacienti většinou na oddělení. Konkrétní podoba volného času se velmi liší podle momentálního složení oddělení. Někdy je každý z hospitalizovaných převážnou část dne ve svém pokoji, jindy je možné najít celou skupinu všech přítomných u společného stolu na chodbě u jídelních stolů, při hraní karet nebo během rozhovoru. Část pacientů se potkává opakovaně. Někdy se snaží si další pobyty plánovat tak, aby se příště mohli znova setkávat. Faktorem, který byl pro některé klienty překážkou pro zařazení do kolektivu byl relativně horší zdravotní stav (malá pohyblivost, špatný zrak…) a věkový rozdíl (zejména starší ženy tak zůstávaly v relativní izolaci). Pokud na oddělení vznikala skupina, pak v jejím středu byly většinou dvě až tři ženy středního věku. Teprve u nich se později sdružovali další pacienti. Muži sami se nikdy společně na chodbě nezdržovali. Zajímavé bylo, že většinou se do skupiny přidávali jenom pacienti hospitalizovaní na redukčním programu, ostatní hospitalizovaní se k nim většinou nepřidávali. To mohlo být způsobeno patrně i vyšším věkovým průměrem ostatních interních pacientů.

Během dne, v době, kdy nejsou naplánována žádná vyšetření (o nich se pacient dozvídá předchozího dne), je možné opouštět s vědomím ošetřujícího personálu oddělení i areál nemocnice. Je samozřejmé, že je doporučeno, aby pacient odolal pokušení koupit si jídlo, na které mimo areál narazí. O víkendu není nutné zůstávat v nemocnici, ale odjet na celou dobu pryč je, podle samotných pacientů, příliš velkým pokušením a většinou, pokud k tomu nemají

závažný důvod, z kliniky neodjíždějí. Na oddělení mohou přicházet za hospitalizovaným návštěvy v průběhu celého dne.

V blízkosti Všeobecné Fakultní Nemocnice je jedno z Rekondičních center. V něm jsou pravidelně pořádána setkání „Banding klubu“, tedy lidí, kteří podstoupili nebo se chystají podstoupit bariatrickou operaci. Pacienti III. interní kliniky jsou podporováni v tom, aby tato setkání navštívili. Často jsou tato skupinová sezení rozhodující pro další vývoj terapie obezity.

Během hospitalizace jsou každý den sledovány změny hmotnosti a u většiny pacientů je v průběhu každého opakovaně měřena dne glykemie. Redukční dieta zůstává neměnná. Podle aktuálního stavu (vývoje hmotnosti, hladin glykemie) se však průběžně upravuje dávkování léků (antidiabetik, diuretik…).

Vzhledem k tomu, že je klinika vysokoškolským pracovištěm, probíhají na ní často výzkumy. Každý z pacientů mohl být kromě zde předkládaného výzkumu zařazen i do jiného projektu. Během sběru dat však, podle mínění autorky, probíhala jediná studie, jejíž cílem bylo hodnotit vývoj fyzické kondice během redukce hmotnosti. Předpokládáme, že tento fakt neovlivnil naše výsledky.

Před propuštěním je vytvořen přibližný plán pro následující ambulantní léčbu. Pacient je propuštěn do odborné péče v místě bydliště s tím, že by se měl objednat k některému z lékařů kliniky přibližně ve tříměsíčním intervalu po propuštění. V některých případech je orientačně naplánován termín další hospitalizace nebo je sjednán termín bariatrického zákroku a zkráceného redukčního pobytu, který operaci většinou předchází.

Po propuštění následuje kontrola u ošetřujícího odborného lékaře a po třech a šesti měsících by měl pacient navštívit ošetřujícího lékaře z VFN.

Zkoumaný vzorek

Výzkum se účastnilo 46 pacientů oddělení D III. interní kliniky Všeobecné Fakultní Nemocnice v Praze. Během prvních dní byli diplomantkou požádáni, aby se zúčastnili výzkumu pro diplomovou práci z psychologie na filosofické fakultě Univerzity Karlovy. Podmínkou pro zařazení do výzkumu byla hospitalizace v rámci redukčního pobytu naplánovaného na standardní dobu tří týdnů. Do výzkumu byli zařazeni jen ti z pacientů, kteří se zúčastnili počátečního i koncového měření a vyplnili všechny zadávané testy. Původní množství oslovených klientů není přesné. Dva z oslovených se odmítli na projektu účastnit, odhadem 15 pacientů neodevzdalo kontrolní testovací set. Do výsledného čísla nejsou zahrnuti pacienti z předvýzkumu. Celkový počet oslovených byl přibližně 65 pacientů, což odpovídá počtu všech pacientů oddělení, kteří byli v dané době hospitalizováni na intenzivním redukčním programu.

Část z pacientů kliniky se intenzivního redukčního pobytu účastní opakovaně, s jejich opakovanou hospitalizací se tedy dalo počítat s předstihem. Rozhodli jsme se, a to především proto, aby nebyl významně snížen počet respondentů, že i tyto opakované příjmy do studie zahrneme jako nový případ.

Sběr a statistická analýza dat

Sběr dat

Sběr dat byl v mnoha ohledech náročnějším, než se původně očekávalo. Spolupráce velké části respondentů byla vynikající, časté ovšem také bylo, že probandi přistupovali k prosbě o spolupráci zcela pasivně. Jsou to pravděpodobně ti, jejichž výsledky v této práci neprezentujeme pro nedostatek údajů. Takový pacient opakovaně vyžadoval, aby mu byl čten zadávaný test i s možnostmi výběru a jejich zatrhnutím - odmítal se fyzicky na testování podílet. Byl - li takový klient nakonec přemluven k větší spolupráci, většinou seděl relativně daleko od stolu a (například při kreslení lidské postavy) s nedominantní rukou, opřenou o stehno, kreslil (nepřidržoval si papír).

V počátcích výzkumu byly více konzultovány jednotlivé případy a výzkumník byl novým pacientům představován lékařem. Později to nebylo v časových možnostech lékaře zabývat se jednotlivými výsledky a diplomant se představoval probandům sám. Zda to mělo vliv na množství sebraných testů a na jejich výsledky, jsme ale neověřili.

Vzhledem k míře nadváhy klientů byla většina z nich v kategorii, pro kterou je indikována chirurgická léčba obezity. To znamená s BMI vyšším než 40 respektive 35 $m.kg^{-2}$. Někteří z klientů už takový zákrok podstoupili, jiným byla, často během hospitalizace, tato možnost nabídnuta a byl i výhledově naplánovaný termín operace i další hospitalizace před zákrokem. Jen málo klientů odcházelo bez směřování k bariatrickému výkonu.

Důvodem, který vedl pacienty k redukci hmotnosti, byl ve všech případech zdravotní stav. Kromě něj bylo bez výjimky udáváno zlepšení pohyblivosti. Na otázku, „Co se stane až zhubnete?“ pak někteří z probandů uváděli, nalezení nové práce a lepšího uplatnění (10), zlepšení sociálního života a volnočasových aktivit (20), možnost nákupu nového oblečení (15), nic (17).

Statistická analýza dat

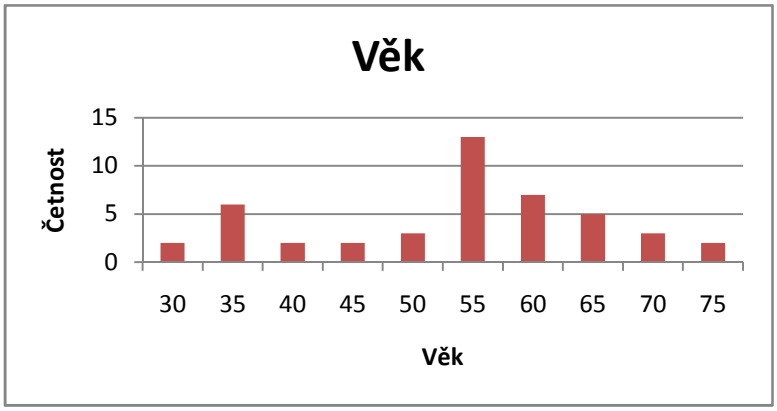
Při hodnocení výsledků předkládaného výzkumu jsme používali kvantitativní statistickou a matematickou analýzu. Vzhledem k množství dat má použití statistických metod svá omezení a úskalí, proto jsme se pokusili zařadit do práce dostatečné množství názorných grafických prostředků, kterými bychom chtěli zpřístupnit data kvalitativnímu hodnocení. Používali jsme především deskriptivní statistické metody, abychom mohli srozumitelně a přehledně popsat a

utřídit nasbírané hodnoty. Induktivní statistikou jsme se pokusili charakterizovat základní vztahy mezi sledovanými veličinami a posoudit jejich vývoj. Vzhledem k povaze dat i velikosti vzorku jsme používali neparametrické testy (Wilcoxonův test pro sledování změny v průběhu terapie a Spearmanův korelační koeficient pro měření vztahu mezi měřenými veličinami). K analýze dat jsme používali statistický software R a Excel.

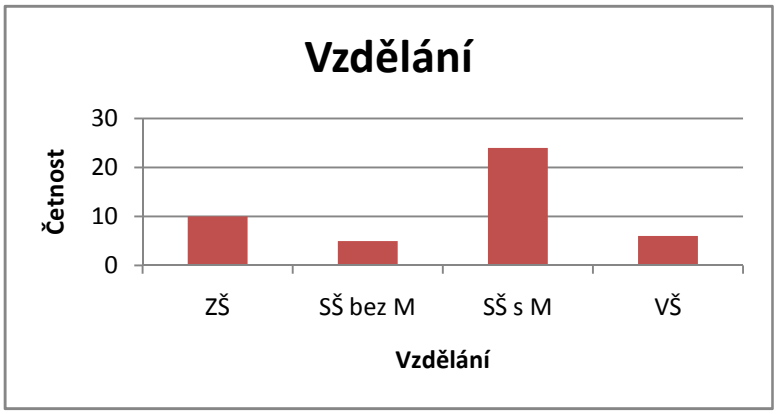
Charakteristika vzorku podle základních údajů

Do výzkumu se dostalo 46 pacientů, kteří snižovali svou hmotnost během hospitalizace. Z nich bylo 20 mužů a 26 žen. Věk se ve skupině pohyboval mezi 30 a 71 lety (tab. 9), průměrnému probandovi tak bylo 52 let (SD = 11). Jejich BMI se pohybovalo mezi 35 a 78 $kg.m^{-2}$ s průměrem na 50 $kg.m^{-2}$ (směrodatná odchylka vzorku byla 11 $kg.m^{-2}$).

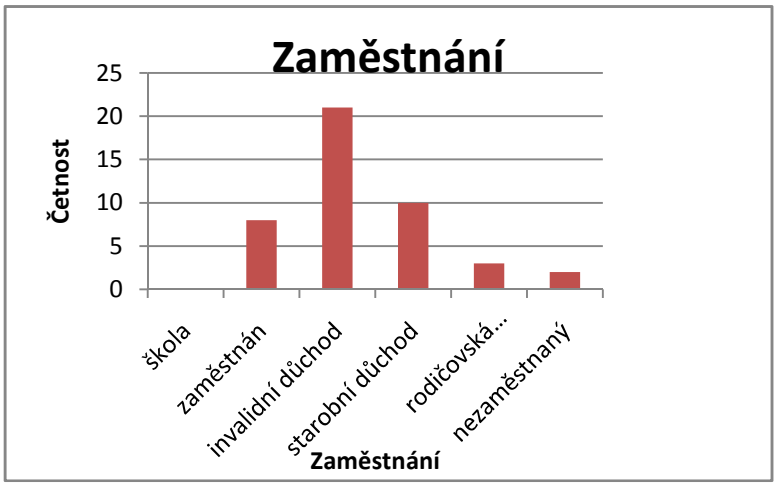
Většina probandů měla středoškolské vzdělání s maturitou (52%), pětina dokončila základní školu (konkrétněji viz tabulka 10). 39% pacientů vnímalo svou obezitu od dětských let (do deseti), jedna čtvrtina začala vnímat svou nadváhu mezi 10. a 20. rokem života. Do třiceti pak z dané populace trpěli nadváhou asi tři čtvrtiny, pozdější nárůst hmotnosti je pak většinou dáván do souvislosti s konkrétní událostí (omezováním cigaret atp.). Ve zkoumaném vzorku žilo s dlouhodobým partnerem, mužem nebo manželkou 25 pacientů, 13 bylo bez trvalého partnera, zbylí byli rozvedeni nebo jejich partner zemřel. Vysoká obezita a další současně se vyskytující choroby vedly k tomu, že 47% byl přiznán invalidní důchod. Vzhledem k věkovému složení byla značná část probandů ve starobním důchodu (22%), ostatní byli zaměstnaní (17%) (viz. graf 5). 35 (75%) pacientů žije ve městě, z nich 16 v Praze a ostatních 19 v jiných městech. Zbylých 11 žije na vesnici.



Graf 3 – Věkové složení



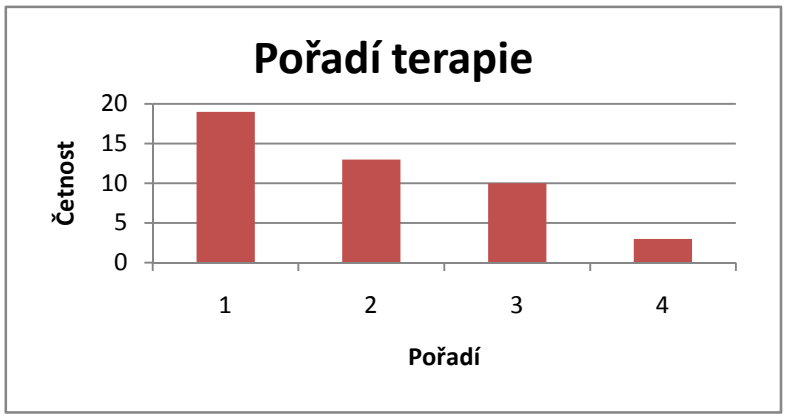
Graf 4- Vzdělání



Graf 5 - Zaměstnanost

Ve skupinách obézních platí vyšší komorbidita obecně. Zkoumaný vzorek se v tomto směru nelišil od běžné obézní populace. Kromě obezity splňovala většina pacientů kritéria pro diagnostiku metabolického syndromu, tzn. splňovali alespoň tři z pěti diagnostických kritérií – abdominální obezita, vysoký krevní tlak, zvýšená glykémie, zvýšené triglyceridy nebo snížení HDL (cholesterolu – hight density lipoprotein) (Svačina, Definice a historie pojmů inzulinoresistence a metabolický syndrom, 2006). Kromě těchto byla, především ve vyšším věku, častá artróza nosných kloubů, a záněty žil dolních končetin a jejich otoky. Vyskytovala se spánková apnoe a problémy s dušností celkově. Nižšímu BMI a nižšímu věku při hospitalizaci odpovídala často závažnější komorbidita. Nejčastější indikací k pobytu byla redukce hmotnosti a stabilizace glykémie nebo nutnost redukce hmotnosti před ortopedickým výkonem. Někteří z probandů již absolvovali bariatrický výkon, jiní se na něj připravovali, někteří jeho možnost zvažovali a spíše ji prozatím odmítali. U několika pacientů nebyl úkon, alespoň podle jejich referencí, zvažován vůbec.

41% ze všech hospitalizovaných (19 pacientů) řešila redukci hmotnosti pobytem na interním oddělení poprvé, dosavadní léčba byla ambulantní. Podruhé bylo na intenzivním redukčním pobytu 13 pacientů, 3 z probandů byli na pobytu počtvrté. Přehlednější popis pak poskytuje graf 6.



Graf 6 – Pořadí terapie

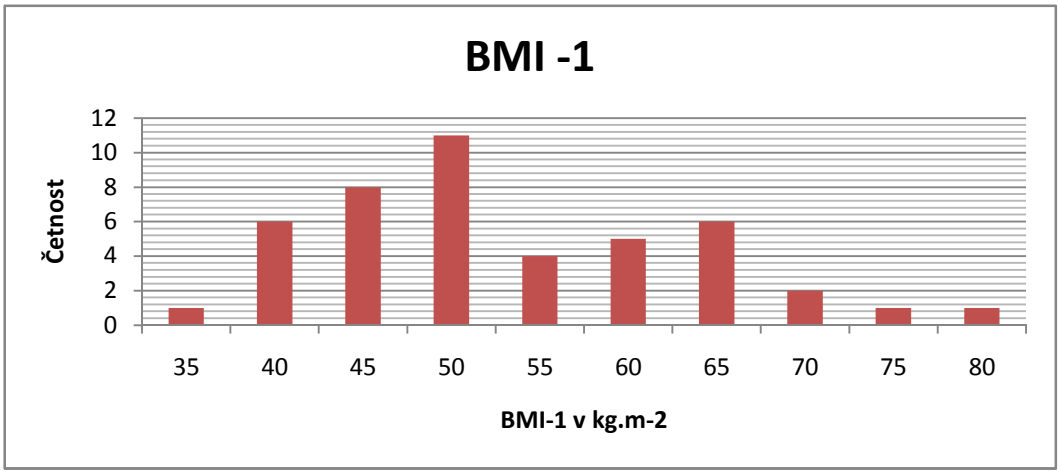
Hmotnost je důležitým kritériem pro diagnostiku obezity, ačkoli ji používáme spíše jako vodítko k odhadu množství uloženého tuku v těle, které je samo o sobě rozhodující pro definici obezity, jako nadměrného uložení tuku v těle (Svačina, Obezita a diabetes, 2000). Často používanou metodou k hodnocení stupně obezity je tzv. Queteletův index neboli body mass index (dále jen BMI), který dává do vztahu tělesno hmotnost a výšku. Jeho použití tak umožňuje srovnávat stupeň nadváhy nezávisle na výšce. BMI je hmotnost (m) v kilogramech (kg) na čtverec výšky (l) v metrech (m), tedy:

$$\boldsymbol{BMI} = \frac{\boldsymbol{m}\,[\boldsymbol{kg}]}{(\boldsymbol{l}[\boldsymbol{m}])^{\boldsymbol{2}}}$$

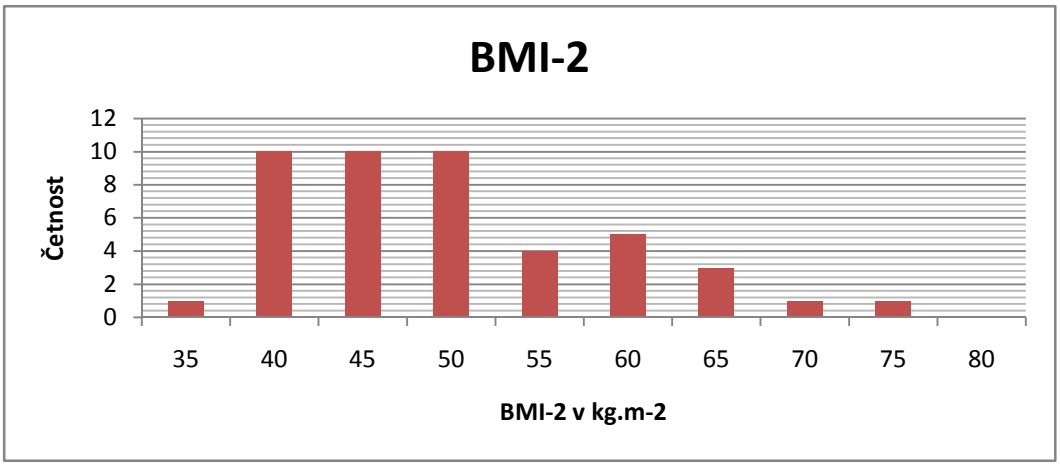
Rovnice 2 – Výpočet BMI

Průměrná hmotnost při přijetí do nemocnice byla 147 kg s minimem na 89 kg a maximem na 223 kg, směrodatná odchylka vzorku byla 33 kg. Po redukci se průměr snížil na 137 kg, minimální hmotnost pak byla 83 kg, maximální 212 kg se směrodatnou odchylkou 31 kg. To znamená, že průměrně pacienti snížili svou hmotnost o 9 kg (minimálně o 1, maximálně o 18 kg, se směrodatnou odchylkou 4,3 kg).

Pro charakteristiku vzorku však považujeme za důležitější uvádět hodnoty BMI, které nám umožňují hodnotit a vzájemně porovnávat výsledky terapie. Průměrný BMI se pohyboval kolem 50 kg.m^{-2} s minimem na 35 a maximem na 78 kg.m^{-2}, směrodatná odchylka vzorku byla 10 kg.m^{-2}. Během pobytu se statisticky významně snížila hmotnost sledovaných pacientů. Na konci terapie byl průměrný BMI 47 kg.m^{-2}, minimum 32 kg.m^{-2} a maximum 74 kg.m^{-2}, se stejnou směrodatnou odchylkou, tedy 10 kg.m^{-2}. Pro podrobnější analýzu uvádím níže graf četností počátečního (graf 7) a koncového (graf 8) BMI.



Graf 7 – BMI-1

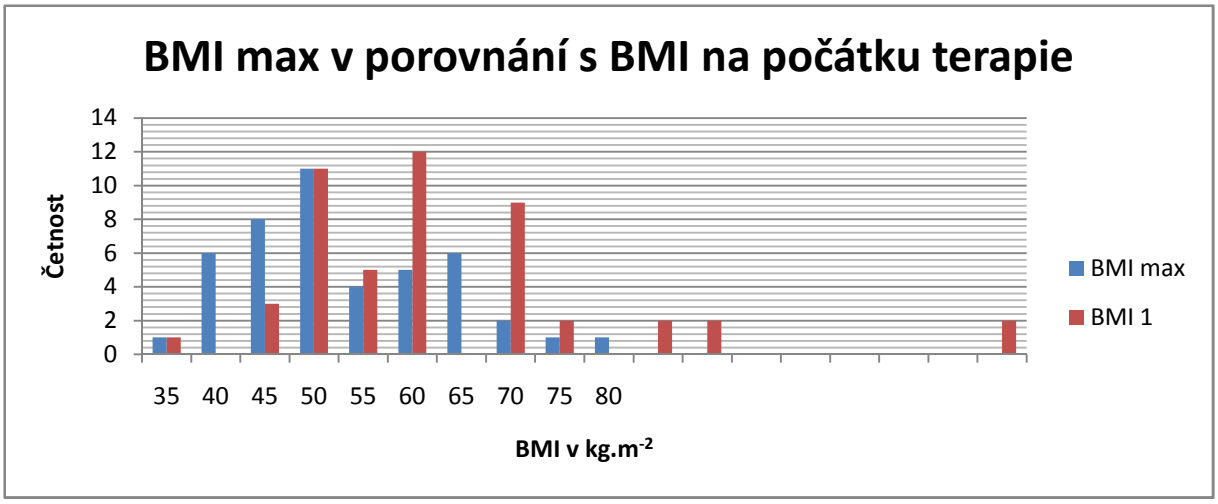


Graf 8 – BMI-2

Z grafů počátečního (tab. 9) a koncového (tab. 10) BMI vidíme, že na počátku terapie se v pásmu morbidní obezity (BMI > 40 kg.m^{-2}) pohybovalo asi 81 % probandů, před propuštěním se jejich počet zredukoval na 70 %. Je zřejmé, že taková míra obezity má výrazný vliv na kvalitu života pacientů. Vede k celé řadě zdravotních i sociálních komplikací. Jsou to zároveň hodnoty, které bývají většinou indikací k chirurgické intervenci případně

dlouhodobé lékařské konzervativní intervenci (Wadden T. A., 1993). Takto výrazný stupeň obezity bývá celou řadou výzkumů dáván do souvislosti s různou mírou psychopatologie a to zejména co se týká poruch osobnosti, poruch nálady (Wadden & Stunkard, 1993) nebo poruch příjmu potravy (de Man Lapidoth, Ghaderi, & Norring, 2006).

Pro lepší charakteristiku vzorku je také vhodné uvést maximální dosažené hodnoty BMI během života (graf 9). Ty nám pomohou lépe charakterizovat probandy vzhledem k historii redukování hmotnosti. Už z grafu je patrné, že velké procento probandů svou hmotnost už někdy zredukovalo a že se nevyskytují na maximálních hodnotách hmotnosti, když vstupují do redukčního programu. Znamená to ale také to, že můžeme očekávat snížení bazálního metabolismu a tím způsobné úspornější následné hubnutí.



Graf 9 – Maximální během života dosažené BMI

Charakteristika vzorku podle testových metod

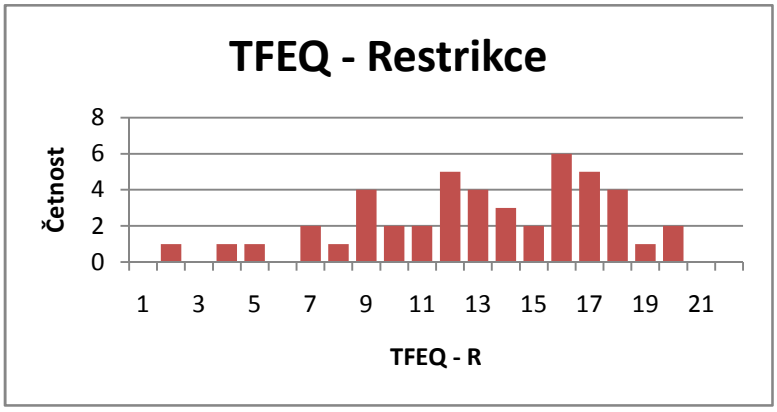
Dotazník jídelních zvyklostí

Nejprve nás zajímalo, jaký je postoj pacientů k jídlu a jaké je jejich potravní chování. Díky analýze Dotazníku jídelních zvyklostí můžeme popsat míru, se kterou pacienti podle svého mínění omezují příjem potravy, míru v jaké zklamávají ve svých dietních plánech a omezení, která pro ně znamená redukční režim.

Průměrná hodnota pro skór restrikce u mužů je 13, u žen 14 se směrodatnou odchylkou 5 respektive 4. Tento výsledek je v souladu s tím, že probandi podstupují ve většině přísný redukční režim, který většinou začínají dodržovat ještě v ambulantní péči lékaře, tedy před hospitalizací. Jen 5 z dotázaných nemělo pocit, že by kdy dodržovali redukční dietu. U mužů

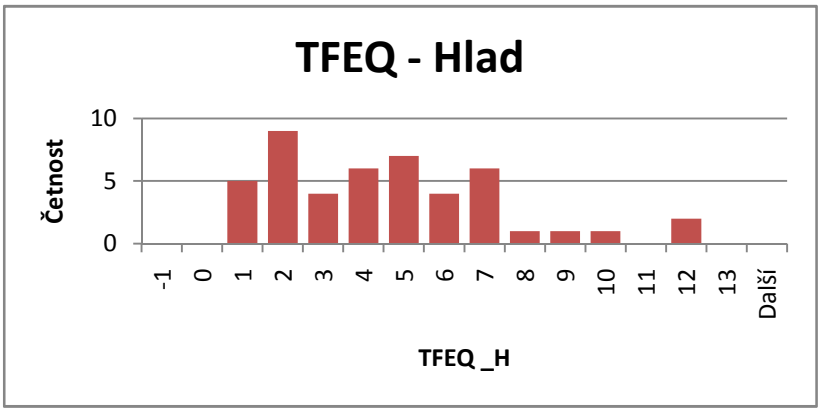
můžeme pozorovat relativně vyšší míru restrikce, než vidíme u sledovaných žen. To ale považujeme spíše za důsledek nižší pozornosti, kterou věnuje průměrná mužská populace dietnímu chování obecně. Postačíme s tím, že je patrná velká pozornost věnovaná jídelnímu chování a že se probandi aktivně snažili už před hospitalizací vybírat a kontrolovat množství přijímané potravy.

Dosažený skór restrikce koreluje na hladině 95% pravděpodobnosti s počáteční hmotností BMI ($p = 0.03$) a s nespokojeností s vlastním tělem ($p = 0.02$), nemůžeme však potvrdit souvislost s vnímaným rozměrem těla ($p = 0.41$).

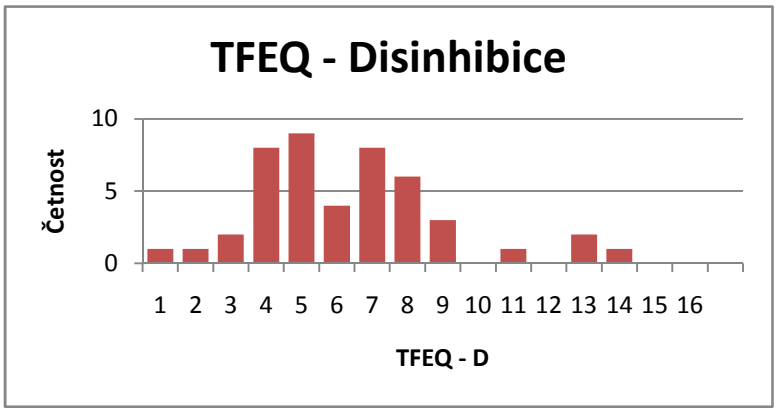


Graf 10 – Graf rozložení četnosti pro skór restrikce TFEQ

Skór desinhibice i hladu bývá u obézních obecně vyšší (Boschi, Iorio, Margiotta, D'Orsi, & Falconi, 2001). Míra desinhibice je spojena se selháváním v režimu. Skór hladu je nepřímo úměrně signifikantní pro hmotnostní úbytek při dlouhodobém sledování vývoje hmotnosti (Boschi, Iorio, Margiotta, D'Orsi, & Falconi, 2001). Vnímání hladu může být spojeno s dietním omezením - jako reakce na něj. Obě škály bývají také spoluodpovědné za opakovaný neúspěch při redukci hmotnosti (Marchesini, a další, 2004). Ve zkoumané populaci jsou mírně zvýšeny oba skóry. Průměrná hodnota desinhibice je pro obě pohlaví 6 (standardní odchylka 4 pro muže a 2 pro ženy), průměrná hodnota hladu je 5 se směrodatnou odchylkou 3 respektive 2. Pro přehlednost uvádíme orientačně grafy 10 až 12, kde nalezneme četnosti pro celý soubor (vzhledem k charakteru dat nepovažujeme za nutné uvádět data pro každé pohlaví zvlášť).



Graf 11 – Graf rozložení četnosti pro skór desinhibice TFEQ



Graf 12 – Graf rozložení četnosti pro skór hladu TFEQ

Hodnocení body image pro obézní

Dalším ze sledovaných parametrů byl výběr siluet z Hodnocení body image pro obézní – BIA – O.

BIA – O považujeme za metodu, která hodnotí body image, na základě komplexní představy vlastního těla i s možnostmi a očekáváními, které do něj vkládáme. Body image se vytváří na základě informací, které o svém těle známe, které nám tělo poskytuje. Parametrem, se kterým jsou obézní velmi často v kontaktu, je tělesná hmotnost. S její hodnotou jsou opakovaně seznamováni při měření v obezitologických ordinacích, při příjmu k redukčnímu pobytu. Hmotnost je parametr, který slouží často jako míra úspěšnosti při hubnutí. Pokusili jsme se ověřit platnost hmotnosti, tedy jedné z dílčích složek rozměru vlastního těla, jako ekvivalentu body image u obézních v redukčním režimu. Ačkoli nebyla prokázána konzistentní souvislost mezi snížením hmotnosti a zlepšením body image (Tomešová, 2005), chtěli jsme se pokusit o validizaci BIA – O při hodnocení výsledků terapie obezity porovnáním s odpovídajícími hodnotami BMI (reálného, ideálního, udržitelného). Předpokládáme, že cíle stanovené

v terapii mají spíš číselnou podobu, která je za běžných okolností konzultována s lékařem, tělové schéma nebo sebepojetí oproti tomu vytváří více niterný a hůře definovaný komplex, který by se však mohl zásadním způsobem podílet na vnímání úspěchu či neúspěchu v léčbě.

Hodnoty reálného BMI byly uvedeny výše při popisu demografických charakteristik vzorku. Průměr ideálního BMI mužů byl 27,9, žen 26,5, průměr udržitelného, cílového BMI byl 33,4 respektive 34,8. Pro hodnoty BIA – O, které budeme podrobněji rozebírat níže, platí průměrné hodnoty CBS pro muže 16, pro ženy 14, IBS 9 a 8, a RBS 10 pro obě pohlaví. Standardní odchylku (SD), minima (min) a maxima (max) pro dané veličiny uvádí tab. 5.

	Muži						ženy					
průměr	49,4	27,9	33,4	16	9	10	50,8	26,5	34,8	14	8	10
SD	7,9	3,2	5,0	7	3	2	11,2	3,1	6,7	2	2	2
max	61,7	33,2	43,8	53	32	18	78,1	31,6	52,5	18	11	13
min	35,8	21,7	21,7	2	21	11	34,8	21,0	23,8	11	1	5,
	BMI - C	BMI - I	BMI - R	CBS	IBS	RBS	BMI - C	BMI - I	BMI - R	CBS	IBS	RBS

Tabulka 5 – Odhad ideální a udržitelné hmotnosti po převodu na BMI a hodnoty počátečních výsledků BIA - O

Na základě Spearmenova korelačního testu jsme dospěli k tomu, že na hladině významnosti 95 % můžeme potvrdit souvislost současné hmotnosti respektive BMI a vnímaného rozměru těla u mužů i u žen ($r_{s\ muži}$ = 0.56, $p_{muži}$= 0.01; $r_{s\ ženy}$ =0.44, $p_{ženy}$= 0.02). Nemohli jsme na základě našeho vzorku potvrdit souvislost RBS a udržitelným BMI (BMI – R) ($r_{s\ muži}$ = 0.15, $p_{muži}$= 0.52, $r_{s\ ženy}$ = 0.15, $p_{ženy}$= 0.51) a IBS a ideálním BMI (BMI – I) ($r_{s\ muži}$ = 0.05, $p_{muži}$= 0.8; $r_{s\ ženy}$ = 0.16, $p_{ženy}$= 0.42). Na základě těchto výsledků se domníváme, že současně vnímané proporce těla závisí na objektivně zjištěné hmotnosti. Proto, abychom mohli potvrdit, že obdobný mechanismus se uplatňuje při odhadu ideálního a udržitelného rozměru těla a odhadu udržitelné a ideální hmotnosti, nemáme dost podkladů.

Stejně jako ve výzkumu Reas (Reas, 2002) byl v našem souboru průměrný rozdíl ideálního a udržitelného já jeden stupeň na škále BIA – O. To znamená, že probandi vnímají udržitelný cíl redukce hmotnosti s vědomím, že pravděpodobně nedosáhnout nejlepšího možného výsledku, který by si v ideálním případě kladli.

Při následném měření byla průměrná hodnota CBS – skutečného rozměru těla 14, ideální 8 a udržitelná 11. Podrobné hodnoty uvádí tabulka 6. Při druhém měření nalézáme větší diskrepanci v průměrných hodnotách ideální a udržitelné postavy. To by mohlo nasvědčovat realistické představě o možnostech redukce hmotnosti. Probíhající redukce hmotnosti a konzultace s lékařem umožňují pacientům vytvořit si lepší představu o konečném výsledku terapie, zatímco ideální rozměr těla je relativně neměnná veličina (Reas, 2002).

	celkově			muži			ženy		
průměr	14	8	11	14	9	10	13	8	11
SD	3	2	3	3	2	3	2	2	3
max.	18	12	18	18	12	15	18	11	18
min	9	3	6	9	3	6	9	3	6
	CBS _ 2	IBS_2	RBS_2	CBS_2	IBS_2	RBS_2	CBS_2	IBS_2	RBS_2

Tabulka 6 – Výsledky BIA – O při kontrolním měření

Kromě výše uvedených přímých odhadů tělesných rozměrů hodnotí BIA – O i nespokojenost s vlastním tělem. Ta je dána rozdílem CBS a IBS. V tab. 7 uvádíme tyto rozdílové skóry a základní deskripci vzorku. V obou případech vidíme, že ženy jsou více nespokojené se svým tělem než muži. To je pochopitelné vzhledem k důrazu, který společnost klade na fyzický vzhled žen a důrazem na štíhlý ideál, který je propagován.

	CBS_1 - IBS_1			CBS_2 - IBS_2		
průměr	7	6	7	6	5	6
SD	3	3	3	3	3	3
max.	13	11	13	13	11	13
min	1	1	4	0	0	3
	celk.	muži	ženy	celk.	muži	ženy

Tabulka 7 – Hodnoty rozdílového skóru na začátku a na konci terapie

BDI II

Posledním testovaným parametrem byla deprese. Vzhledem k výše uvedeným výsledkům, předpokládáme, zvýšený skór BDI II. Průměrné BMI našeho souboru se pohybovalo kolem 50kg.m^{-2}. V tomto pásmu se dá předpokládat vyšší míra psychopatologie obecně.

Průměr skóru BDI II se v obou případech měření nachází v oblasti mírné deprese. Průměrná hodnota však není pro daný soubor vhodným ukazatelem, protože data nemají normální

rozložení (viz tab. 8). Při prvním měření skórovalo nízko (0-13 bodů) 21 probandů a 19 se pohybovalo svými výsledky na hladině střední a vážné míry deprese. Při druhém měření nízko skórovalo 30 z vyšetřovaných a vyšší než mírnou depresivitu uvádělo 12 probandů. Z toho vyplývá, že 41 % respektive 26 % hospitalizovaných pociťuje symptomy odpovídající přinejmenším střední depresi.

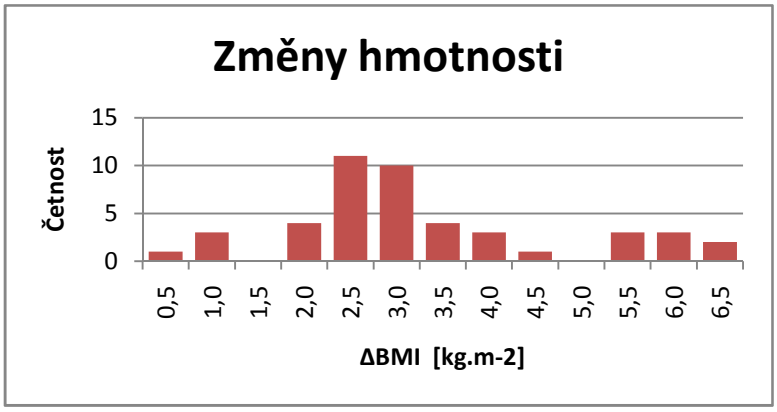
	BDI_1			BDI_2		
průměr	17	15	19	12	10	14
SD	11	10	10	9	7	10
max	38	37	38	38	26	38
min	0	0	0	0	0	0
	celk.	muži	ženy	celk.	muži	ženy

Tabulka 8 – Míra deprese podle BDI II na začátku a na konci terapie

Sledování změn během terapie

Ačkoli hmotnost není psychologickou charakteristikou, považujeme za účelné uvést změny BMI během terapie. Naše práce dává totiž do vztahu psychologické změny a intenzivní terapii obezity. Průběh redukčního pobytu by mohly jistě charakterizovat i jiné proměnné, BMI se však používá nejčastěji.

Během pobytu zhubnul každý průměrný pacient o 9 kg (minimálně 1, maximálně 18 kg). Průměrné BMI se tak snížilo o 3 $kg.m^{-2}$ (se směrodatnou odchylkou 1,45 $kg.m^{-2}$). Nejčastější byla změna mezi dvěma a třemi $kg.m^{-2}$. Můžeme tedy tvrdit, že terapie byla vždy podle objektivních parametrů do určité míry úspěšná.



Graf 13 – Graf rozložení četností změny BMI

Psychologické změny, které jsme sledovaly výše uváděnými metodami, jsme se pokusili statisticky zanalyzovat a vytvořit tabulku 9, která by měla souhrnně zobrazit výsledky našeho

výzkumu pro soubor jako celek i pro každé pohlaví zvlášť. Vzhledem k malému množství probandů jsme se však dále pokusili lépe popsat jednotlivé změny s použitím grafů, o kterých předpokládáme, že mohou popsat změny zachycené v našem výzkumu plastičtěji. Tyto grafy pro stručnost uvádíme pouze pro celý vzorek společně.

K uvedené tabulce (9) s výsledy se budeme obracet dále v textu. Předem je třeba říci, že údaje a statistické výpočty byly prováděny v programu R, k matematickému popisu vzorku jsme využívaly MS Excel. K analýze změny jsme využívaly Wilcoxonův test, který pracuje s neparametrickými vstupními daty a pro naše účely byl optimální.

použitá metoda	vzorek	průměr 1	průměr 2	průměr rozdílu	wilcoxonův test - W+	hladina pravděpodobnosti - p	
BMI	celek	50	47	3	903	0,0000	**
	ženy	51	48	3,22	276	0,0000	**
	muži	49	46	2,79	190	0,0000	**
CBS - IBS	celek	7	6	1,11	574	0,0104	*
	ženy	7	6	1,15	182	0,0741	
	muži	6	5	1,05	114	0,0796	
CBS	celek	15	14	1,24	379,5	0,0001	**
	ženy	15	13	1,31	131	0,0011	**
	muži	16	14	1,24	69,5	0,0175	**
IBS	celek	8	8	0,13	210,5	0,8843	
	ženy	8	8	0,15	87	0,6250	
	muži	9	9	0,1	27,5	0,3723	
RBS	celek	10	11	-0,63	285,5	0,3305	
	ženy	10	11	-1,42	49	0,0217	*
	muži	10	10	0,4	87,5	0,3225	
BDI	celek	17	12	4,74	790	0,0000	**
	ženy	19	14	5	292,5	0,0005	**
	muži	15	10	4,4	127,5	0,0167	*

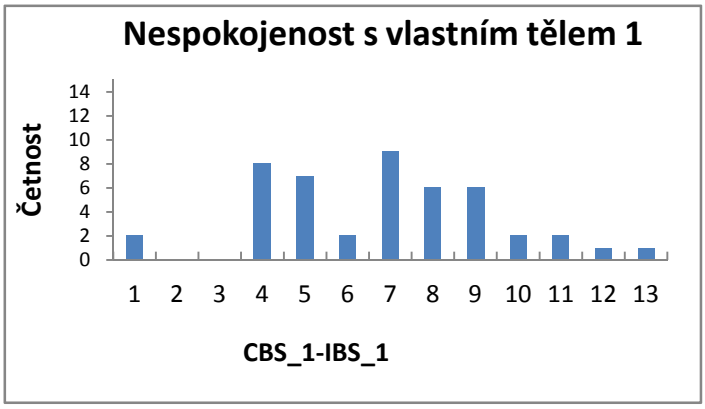
Tabulka 9 – Souhrnné výsledky s udanou hladinou statistické významnosti

Hypotéza 1 – hodnocení změny nespokojenosti s vlastním tělem

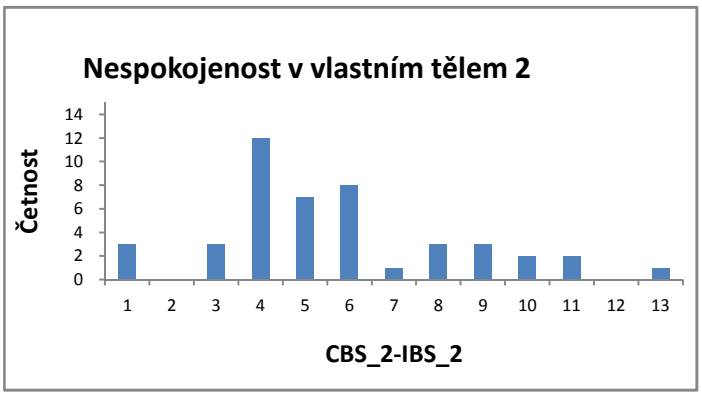
Předpokládáme, že během terapie obezity by mělo docházet ke snižování nespokojenosti s vlastním tělem. Snížení nespokojenosti, respektive zvýšení spokojenosti považujeme za jedno z důležitých kritérií úspěchu v léčbě obecně. Nespokojenost s vlastním tělem respektive

s jeho rozměrem je pro obézní charakteristická (Williamson & all, 2000). Proto jsme se zaměřili právě na pozorování tohoto parametru. Tato změna by měla být v úspěšně vnímané terapii patrná a měřitelná použitými testy.

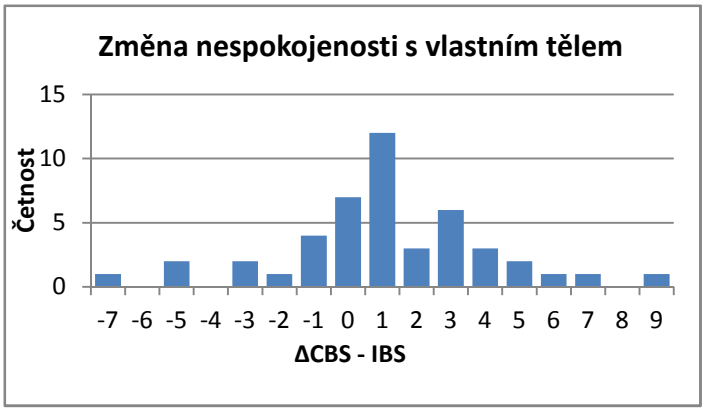
Kromě toho jsme se pokusili ověřit, zda je tato změna způsobena jenom snížením vnímaného rozměru těla nebo zda se na ní podílí i posun ideálu.



Graf 14 – Nespokojenost s vlastním tělem 1



Graf 15 – Nespokojenost s vlastním tělem 2



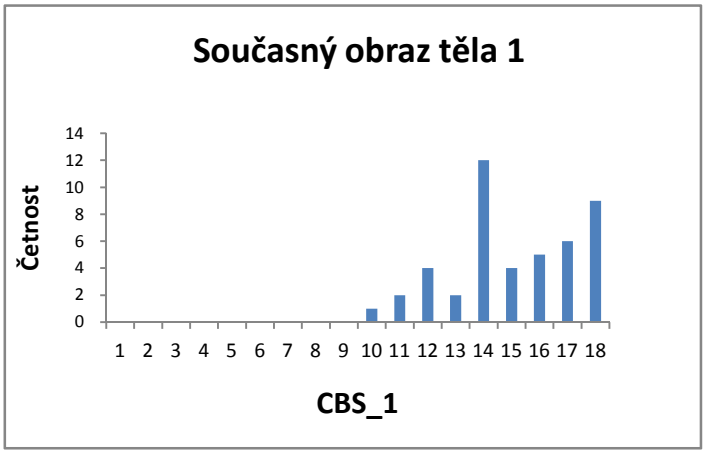
Graf 16 - Rozložení četnosti změny nespokojenosti s vlastním tělem

Zjistili jsme, že se během intenzivní terapie obezity snížila nespokojenost s vlastním tělem (na hladině významnosti 5%). V grafu 14 popisuje četnost snížení nespokojenosti s vlastním tělem tam, kde je hodnota x větší než nula. Z celého souboru se nespokojenost snížila u 29 pacientů (tedy 63%), u 7 probandů (tedy 14%) jsme nezaznamenali žádnou změnu sledovaného parametru.

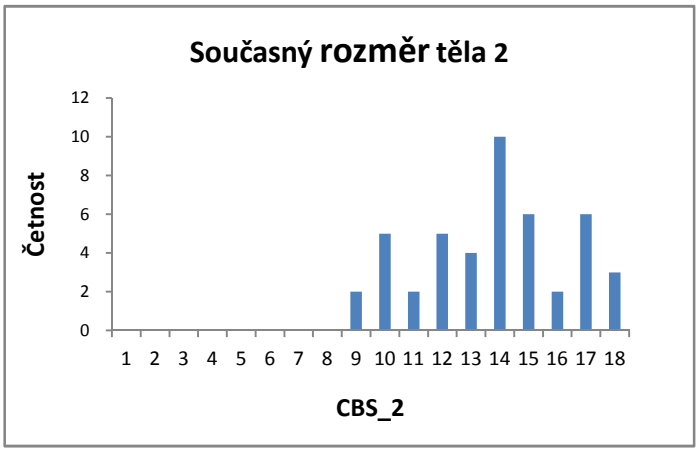
Nespokojenost s vlastním tělem je definována jako rozdíl vnímaného a ideálního rozměru těla. Proto jsme se pokusili analyzovat příčinu výše deklarované změny.

Podle studie, ze které vycházíme (Reas, 2002), se během snižování hmotnosti mění obraz reálného já, zatímco ideál, který je spíše obrazem kulturních a etnických zvyklostí, zůstává neměnný.

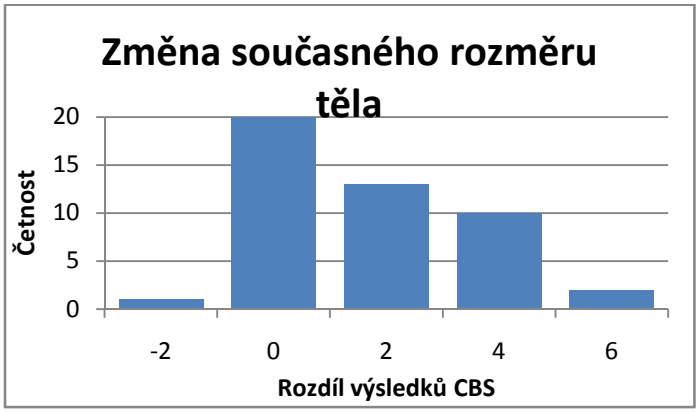
Z našich výsledků ve shodě s předpokladem vyplynulo, že obraz reálného těla se během redukčního pobytu mění (na hladině významnosti 1%). Z celého souboru se zmenšuje představa současného rozměru těla u 25 pacientů (54% - v grafu 24 údaje s kladnými hodnotami na ose x), u 20 (43%) zůstává neměnná. Při porovnání grafů dílčích měření je patrno, že klesá četnost volby největší figury a že při kontrolním měření byla přítomna častější volba menších figur. Tato změna nemusí být zachycena porovnáním středních hodnot a je názornější při grafickém vyjádření.



Graf 17 – Současný rozměr těla 1

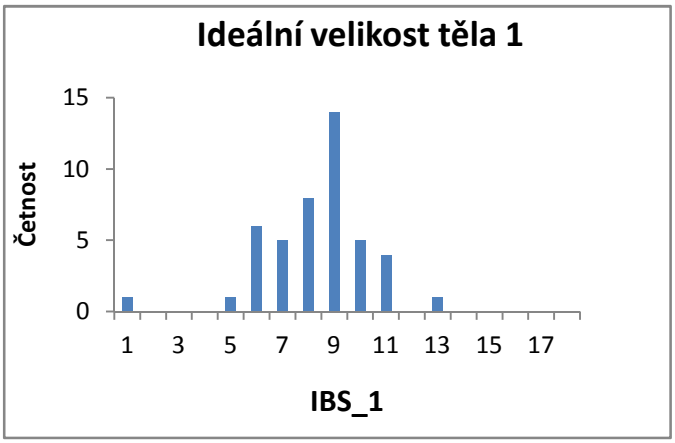


Graf 18 – Současný rozměr těla 2

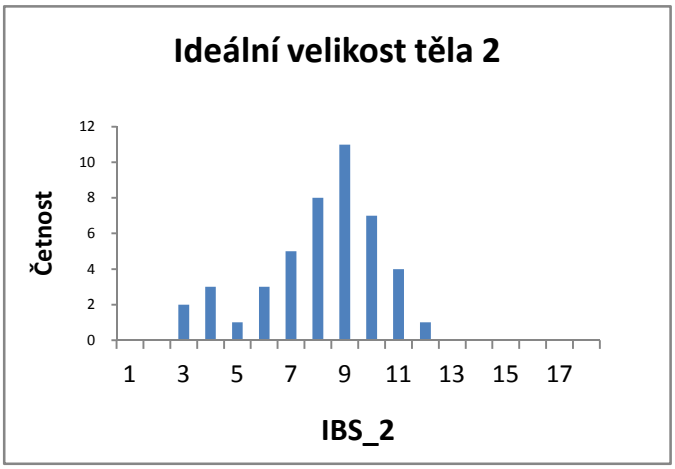


Graf 19 - Graf rozložení četnosti změny současného obrazu těla

Změnu ideálního rozměru těla jsme nemohli na základě výpovědí našich probandů prokázat. V souladu s výzkumem Reas předpokládáme, že se nemění. Při porovnání histogramů prvního i druhého měření vidíme velmi podobné rozložení četností u volby jednotlivých figur. Rozložení volených ideálních rozměrů je si velmi podobné (záporné hodnoty v tab. 22 značí větší koncový než počáteční ideál, kladné hodnoty znamenají opak). Ve skutečnosti zůstal obraz ideálního rozměru těla neměnný u 28 probandů (61%), zbylých 39% zvolilo při kontrolním měření jinou figuru (9% menší, 28% větší).



Graf 20 – Ideální rozměr těla 1



Graf 21 – Ideální rozměr těla 2

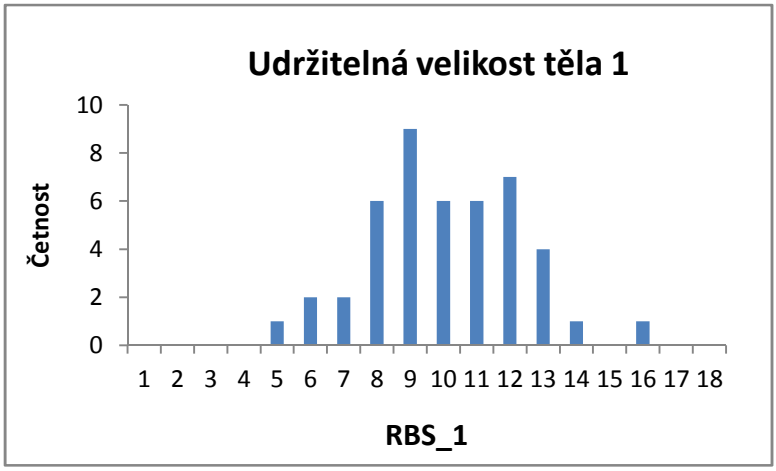
Graf 22 - Rozložení četnosti změny ideálního rozměru těla

Hypotéza 2 – hodnocení změny představy udržitelného rozměru těla

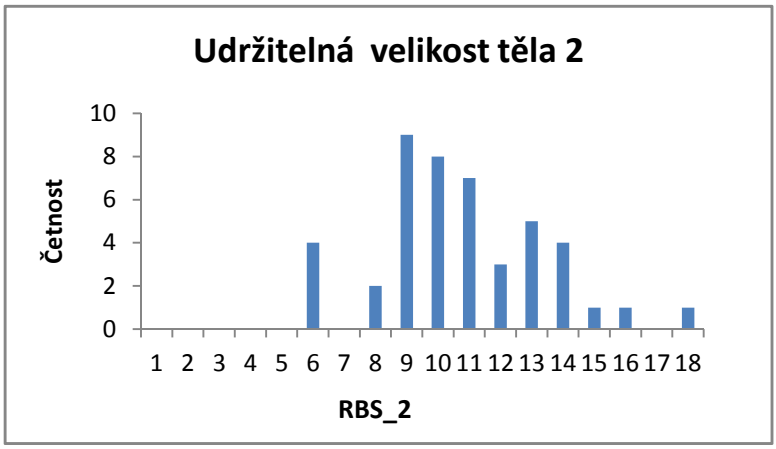
Představa rozměru těla, který je možné si udržet je považován za důležitý parametr při léčbě obezity. Je to cíl, o kterém se dá předpokládat, že se bude spolupodílet na vnímání úspěšnosti

léčby (Bray, 1998). Často nerealistické nastavení cílů může později vést k rezignaci na setrvání v léčebném režimu. Na počátku terapie by se měly ustavovat cíle hubnutí tak, aby byly respektovány reálné možnosti klienta spolu s objektivními požadavky na léčbu. Většina výzkumů hovoří o počátečním přeceňování možného snížení hmotnosti. I my jsme v souladu s nimi předpokládali, že probandi přichází s příliš velkým očekáváním. Reas (Reas, 2002) zjistila, že se během jejího výzkumu nezměnila představa udržitelného rozměru těla. Pro vyšší vnímanou efektivitu by však bylo vhodné, aby byl případný nadsazený cíl upraven.

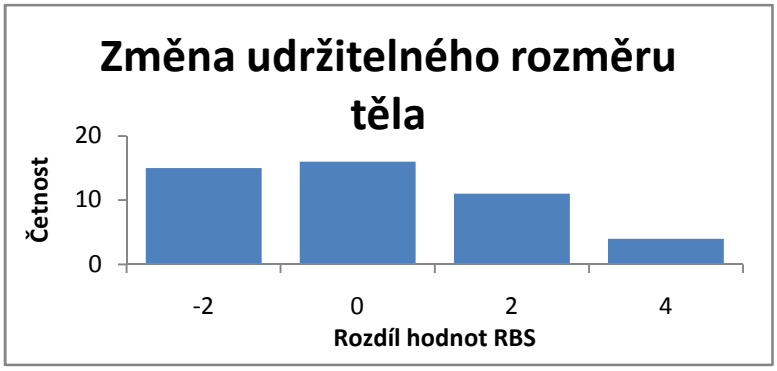
Během intenzívní terapie obezity se nám nepodařilo prokázat změnu udržitelného rozměru těla. Při kvalitativním hodnocení je patrné, že je vyrovnaný počet pacientů, jejichž představa udržitelného rozměru těla se zmenšila i zvětšila (15 klientů tedy 33%), zbylých 16 označilo za udržitelnou tutéž figuru (Záporné hodnoty x v grafu 23 znamenají, že vybíraný rozměr těla na konci terapie je větší, než byl původní; kladné hodnoty znamenají zmenšení představy udržitelného rozměru). Přesto že byly tyto výsledky v souladu s očekáváním, pokusili jsme se o podrobnější analýzu. Dospěli jsme k tomu, že zatímco u mužů se obraz skutečně nezměnil, ženy při druhém měření volily siluetu větší (na hladině významnosti 5%). Zatímco u 10 (38%) žen zůstává volená figura totožná, u 11 (42%) dochází k jejímu zvětšení.



Graf 23 – Udržitelný rozměr těla 1



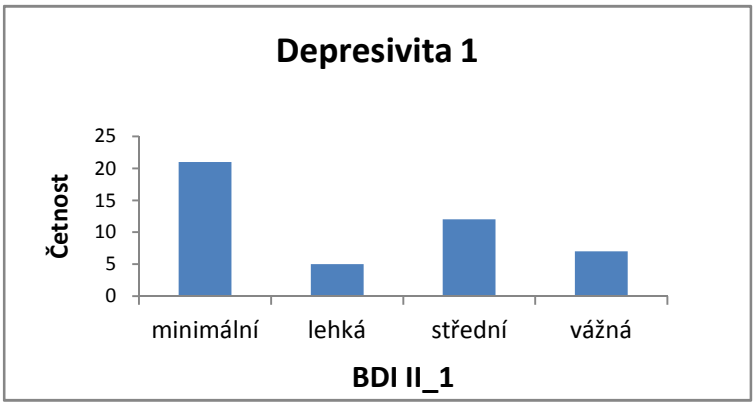
Graf 24 – Udržitelný rozměr těla 2



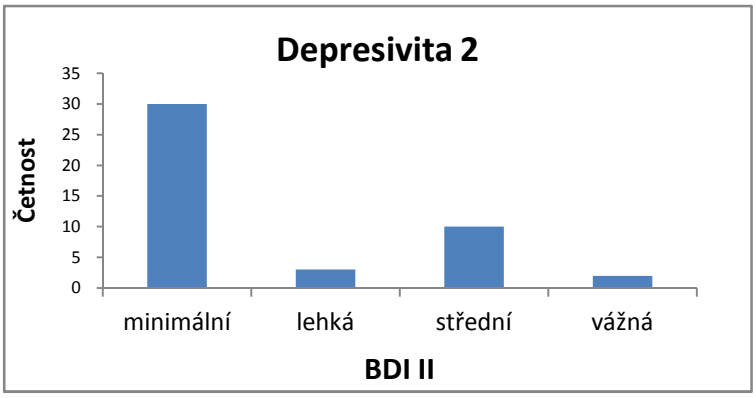
Graf 25 - Rozložení četnosti změny udržitelného rozměru těla

Hypotéza 3 – změna vnímané deprese

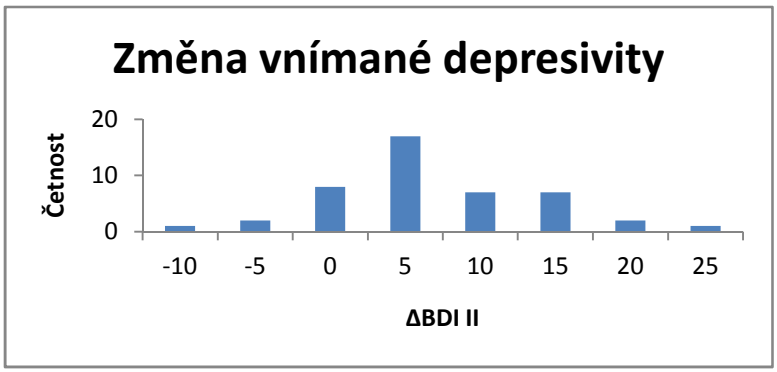
Ve většině studií je dokumentováno snížení depresivity při redukci hmotnosti. Prokázali jsme (na hladině pravděpodobnosti 1%), že při intenzivní redukční terapii obezity na III. interní klinice dochází ke snížení deprese měřené podle Becka. Tento trend je významnější u žen než u mužů. U 36 (78%) hospitalizovaných došlo ke zmírnění příznaků deprese na konci hospitalizace, u 8 (17%) se hladina vnímané intenzity nezměnila. Posun je velmi dobře patrný v grafickém znázornění (graf 26 – 28; záporné hodnoty v grafu 28 demonstrují zhoršení depresivity, kladné zlepšení). Tento fakt může vypovídat o subjektivně úspěšném prožívání léčby a je v souladu s předpokládaným (Stunkard, Faith, & Allison, 2003) vývojem depresivity v počátečních fázích redukce hmotnosti.



Graf 26 – Depresivita podle BDI II - 1



Graf 27 – Depresivita podle BDI II - 2



Graf 28 - Graf rozložení četnosti změny depresivity

Shrnutí

Prokázali jsme, že během intenzivního redukčního pobytu na III. interní klinice 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy dochází ke změnám některých psychologických parametrů. Předkládaný výzkum se snažil ověřit, zda výsledky, citované ve studiích opírajících se o sledování déledobých redukčních programů, jsou aplikovatelné i na hospitalizaci na III. interní klinice.

Ačkoli se velká část výzkumů opírá o programy, jejichž součástí je psychoterapie, případně takové, kde je přítomna bariatrická operace, naše výsledky jsou v postatě v souladu s uveřejněnými výzkumy.

V naší práci jsme pro hodnocení změn během terapie používali modifikaci „Hodnocení body image pro obézní“ BIA – O upravenou tak, aby ji bylo možno zadávat bez účasti diplomanta. Při sledování deprese jsme použili Beckovu sebeposuzovací škálu deprese

Prověřili jsme, že během pobytu dochází ke snížení nespokojenosti s vlastním tělem u většiny pacientů procházejících intenzivním redukčním programem. Tato změna je způsobena zmenšením rozměru vlastního těla takového, jaký jej klient v současné době vnímá. Tento faktor je pravděpodobně přímo podmíněn redukcí hmotnosti samotné.

Na snížení nespokojenosti s vlastním tělem nemá vliv zvětšení ideálního rozměru těla. Ten je patrně více ovlivněn vnějšími faktory (Grogan, Praha) a vykazuje větší stabilitu.

Prokázali jsme, že se v průběhu pobytu nemění představa udržitelného těla u celého souboru v souladu s výsledky Reas (Reas, 2002). Při podrobné analýze, jsme však zjistili, že ženy si měly tendenci nastavovat na konci léčby udržitelný rozměr těla významně vyšší, než jaký měly na počátku. To by mohlo svědčit o tom, že se během redukčního pobytu upravuje očekávání pacientek. Otázkou je proč není tento fenomén patrný i u mužů. U nich během terapie došlo dokonce k nesignifikantnímu zmenšení udržitelného rozměru těla. Vyjdeme li z předpokladu, že očekávaný cíl redukce hmotnosti je většinou nerealistický, pak by jeho jakékoli zvýšení mělo být vnímáno jako krok směrem k úspěšné terapii, protože se tím zvýšila pravděpodobnost zažít úspěch v léčbě.

Výzkumy považují snížení depresivity jako výsledek terapie obezity za běžný jev. V našem souboru se snížila výrazně vnímaná deprese. Do oblasti minimální a mírné deprese se podle svého hodnocení přesunula čtvrtina klientů. Zlepšení nálady při pobytu je i deklarovaným

cílem MUDr. Matoulka PhD. Pobyt má totiž podle něj, ve chvílích stagnace hmotnosti nebo v problematickém období (před operací) pomoci pacientům nastartovat redukční režim a získat pocit důvěry a smysluplnosti v režimovém chování. Zlepšení nálady umožní dále dodržovat dietní opatření. Kromě toho je pacient vždy v péči lékařů, kteří se snaží zlepšit jeho zdravotní stav. To by se mělo také podílet na změně nálady.

Pacienti podstupující terapii na III. interním oddělení vykazují obdobné změny ve výsledcích některých psychologických charakteristik, jako klienti delších redukčních programů, jejichž součástí je navíc psychoterapie.

Úspěšnost terapie obezity podle psychometrických údajů

Vzhledem k relativně krátkému trvání redukčního pobytu, můžeme očekávat spíše motivační působení na celý průběh dlouhodobé redukce hmotnosti. Pobyt představuje možnost jak zlepšit klientovy potíže s udržováním hmotnosti, hladiny krevních cukrů a tlaku krve, případně dalších parametrů, s nimiž má obézní problémy. Sám fakt, že je možné a reálné poměrně intenzivně hubnout, by měl představovat velký potenciál pro snížení depresivity i změnu tělového vnímání.

Doufáme, že zážitek úspěchu v intenzivní terapii bude vztažen i na léčbu obezity celkově. Z parametrů, které jsme měřili a které považujeme za zásadní, vyplynulo, že intenzivní redukční terapie obezity na III. interní klinice 1. lékařské fakulty University Karlovy je úspěšná vzhledem k dílčím cílům, které jsme u jednotlivých měřených veličin očekávali. Dochází při ní ke snížení nespokojenosti s vlastním tělem na základě redukce rozměru těla tak, jak jej člověk vnímá a je při něm pozorováno snížení depresivity. Udržitelný rozměr těla, tedy přeneseně cílový rozměr, se mění u žen. Tím je, podle nás, zvýšena pravděpodobnost zažít úspěch při dalším hubnutí, respektive pravděpodobnost dosáhnout předpokládaného cíle.

Diskuze

Obezita představuje významný problém moderní společnosti. Každoročně stoupá průměrné BMI populace, spolu s ním i výdaje na léčbu obezity. Existuje mnoho přístupů k redukci hmotnosti. Ty zahrnují přístupy lékařské, psychologické, pouze dietní i pouze pohybové. Některé programy v sobě integrují všechny tyto složky. Není pochyb o tom, že obezita je chorobou, která má vážné dopady na zdraví a její léčbou je nutno se co nejdříve zabývat. Ukazuje se, že pro úspěšné zvládání takto komplexní problematiky je přínosné pochopit lépe skupinu obézních a zaměřit se na léčbu obezity z pohledu jednotlivce, jeho konkrétní situace i problémů, které pro něj vyvstávají s léčbou.

Obézního z prací psychologů poznáváme často jako člověka se sklonem k poruchám osobnosti, s poruchami nálady, jídelního chování a jinými odchylkami psychického fungování. Většina těchto výzkumů však pracuje s klientelou, která hledá odbornou pomoc v redukci hmotnosti. To je jistě jen část celého populace obézních. Neznáme charakteristiku celého souboru a dopouštěli bychom se přílišného zjednodušení, kdybychom tento fakt opomíjeli. Nedozvíme se jaký je reálný vztah mezi psychopatologií a obezitou. Zato však budeme moci nalézat způsoby jakými se vypořádat s terapií u těch, kteří ji vyhledávají. Jedním z takových vzorků populace obézních, která hledá odbornou léčbu, popisuje tato práce. Pokusili jsme se popsat jeden z léčebných pobytů, které pomáhají s redukcí obezity.

Předkládaný výzkum probíhal na III. interním oddělení Všeobecné Fakultní Nemocnice v Praze. Intenzivní redukční pobyt umožňuje pacientům za lékařského dohledu zredukovat poměrně významným způsobem svou hmotnost. Během pobytu není přítomna psychologická intervence a psychologické jevy, které jsme tak pozorovali, se mění pravděpodobně na základě nespecifického působení pobytu jako celku. Pobytu se účastnilo 46 probandů (20 mužů a 26 žen), kteří zde podstoupili intenzivní redukční pobyt plánovaný na 3 týdny. Během něj jsme se pokusili hodnotit změnu nálady a postoje k vlastnímu tělu.

Pro hodnocení změn nálady, ke kterým mělo docházet, jsme využili studiemi často používanou Beckovu sebeposuzovací škálu deprese. Na hodnocení body image jsme dlouho nemohli najít adekvátní způsob měření. Dotazníkové verze přeložené do českého jazyka např. PSPP (Tomešová, 2005) nám připadaly pro skupinu pacientů nevhodné. Proto jsme nakonec využili Hodnocení body image pro obézní (Williamson & all, 2000), který sice neobsahuje

standardizaci pro českou populaci, je ale využíván k měření nespokojenosti s vlastním tělem na populaci analogické té naší.

Metody, které jsme používali, byly prověřené studiemi. BDI II je klasický dotazník s dobrou diskriminační schopností. Nevíme ale nakolik je měření touto metodou spolehlivé u populace, která trpí chronickou chorobou, která často ovlivňuje kvalitu spánku, v terapii, která nepochybně má být zaměřena na redukci přijímané potravy. Otázkou pak je, zda nemá analogicky smysl používat dotazník kvality života a zda by výsledky měření nevypovídaly o totožné problematice. Je samozřejmě jasné, že samotný koncept kvality života bude mít k prožívané depresi velký vztah. Vzhledem k tomu, že je BDI II zadáváno k hodnocení posledních 14 dnů, ptáme se de facto na stav pacienta před terapií a během ní. Toto hodnocení je vždy ovlivněno současnou situací. Striktně vzato tedy neměříme výsledek, ale průběh léčby.

Před použitím BIA – O jsme se pokusili validizovat jeho výstupy, porovnáním skutečného, ideálního a udržitelného rozměru těla s odpovídajícími údaji pro hmotnost. Bohužel jsme byli schopni prokázat jen souvislost reálné hmotnosti a reálného rozměru těla. Ideální ani udržitelný rozměr těla nemůžeme proto brát jako ekvivalentní náhražku testu. Důvodem může snad být určitá míra projekce, s jakou proband vkládá představu svého těla do jedné z ne zcela propracovaných siluet. Redukce takového procesu pak není postačující pro vyjádření sledovaných parametrů (především nespokojenosti s vlastním tělem). Jinou příčnou snad může být příliš časté opakování hmotnosti (doporučovaných, reálných a zdravých), kterým je, obézní často vystaven. Konkrétní představa rozměrů těla se tak pomalu vytrácí.

Ačkoli byl BIA – O koncipován na základě BIA, který je jednou z často používaných metod při terapii poruch příjmu potravy, nalezli jsme jen několik článků, ve kterých by byl zmíněn. Velmi často je u těchto článků podepsán jako jeden z autorů sám Williamson. To nás vede k úvaze, zda by nebylo lépe eventuelně používat jinou, pro naše podmínky standardizovanou metodu. Eventuelně, zda by nemělo význam vytvořit převod testu. Dalším problémem pro hodnocení výsledků BIA – O je pro naši populaci nedostatečné rozpětí figur. Sami autoři uznávají pochybnosti, zda je uváděných osmnáct figur dostatečně velkých pro práci se souborem, jehož BMI přesahuje 45 $kg.m^{-2}$. V jejich výzkumu je však tato úvaha uváděna v kontextu, kdy probandi opakovaně volili největší figuru k vyjádření současných rozměrů

těla. V našem souboru se tak nedělo. Dokonce při pokusu o standardizaci nám vycházely skóry CBS okolo T=50, tedy průměrných odhadů rozměru těla vzhledem k vlastní velikosti.

Původně jsme zamýšleli pozorovat probandy ještě při kontrolách po propuštění a měřit změny započaté během intenzivního redukčního pobytu. Tento plán se však z časových důvodů nepodařil. Práce tedy zahrnuje jen změny časově rámcující samotný pobyt. Není možné s jistotou předpokládat kauzální souvislost hospitalizace a změn, které byly naměřeny. Doufáme ale, že ukotvení v teoretickém rámci nám pomohlo měřit veličiny, které nesouvisely s léčbou náhodně.

Měření probíhala na začátku a na konci terapie. K jejich vyhodnocení jsme používali MS Excel a R. Během terapie jsme pozorovali snížení nespokojenosti s vlastním tělem u všech klientů, zvětšení udržitelného rozměru těla u žen a depresivity u celého pozorovaného vzorku.

Změny, které jsme pozorovali v naší studii, jsou analogické těm, které se zabývají dlouhodobými redukčními programy, jejichž součástí je většinou dlouhodobá skupinová psychoterapie. Naše výsledky tudíž relativizují nutnost jejího použití. Z tohoto hlediska je však významné uvědomit si zkreslení, které představuje délka pobytu na interním oddělení i fakt, že byli probandi hospitalizováni. Naše měření nemůže být považováno za studii hodnotící redukci hmotnosti jako takovou. Opírá se totiž jen o velmi krátký úsek v léčbě obezity, který probíhá v chráněných podmínkách a téměř zbavuje probandy vlastní iniciativy i možnosti řídit svou léčbu, selhávat a hledat motivaci. Cíl této práce tak byl popsat pouze změny, které doprovází daný pobyt, ne léčbu jako takovou.

Velkým omezením pro vyslovení závěrů pro nás byla malá velikost zkoumaného vzorku. Přestože tento představoval velkou většinu pacientů, kteří na oddělení přišli, bylo použití statistických metod k vyslovení validních závěrů velmi omezené a závěry námi získané mohou být značně zkreslené.

Při sběru dat se nám bohužel zpočátku nedařilo zastihnout nové a nebo odcházející klienty, tak aby vyplnili dotazník respektive splňovali kritéria pro zařazení do zkoumaného vzorku. Řešením bylo zjistit si s větším předstihem naplánovaný příchod pacientů a případně docházet do nemocnice podle potřeby. Druhé měření jsme nakonec převedli do dotazníku, který mohl vyplnit každý sám.

Výsledky našeho výzkumu mohly být dále ovlivněny i samotnou hospitalizací. Především při hodnocení BDI II může mít počáteční adaptace na nové prostředí, případně nervozita z propuštění vliv. Zkreslení mohlo pochopitelně nastat oběma směry. Počáteční šok z nového prostředí a úleva před odchodem do ambulantní péče mohly zkreslovat výsledné hodnoty ve prospěch našeho výkladu. Naproti tomu víme, že většina hospitalizovaných plánuje hospitalizaci i několik měsíců dopředu a považují ji za možnost zvrátit doposud neúspěšný průběh terapie. V takovém případě by mohl být počáteční skór BDI II spíše nadsazený. Propuštění do domácího ošetřování může pro některé z klientů znamenat nejistotu způsobenou obavou z nedodržení redukční diety a pohybového režimu.

Výsledky našeho výzkumu se shodovaly s obdobnou studií provedenou v rámci disertační práce Reas (Reas, 2002). Její výzkum se však uskutečnil na základě ambulantního ročního programu v amerických nemocnicích. Ve shodě s jejími zjištěními jsme došli k tomu, že se během terapie snižuje výrazně deprese a nespokojenost s vlastním tělem. Obraz ideálního a udržitelného rozměru těla pak zůstává podle Reas stabilní. V našem výzkumu se však obraz udržitelného rozměru těla u žen zvětšil. To považujeme za výsledek nového přehodnocení cíle terapie, který by mohl být zapříčiněn intervencí zdravotnického týmu. Tato změna by znamenala, že si pacientky v rámci pobytu na interním oddělení začnou volit pro sebe realističtější cíl, než měly doposud. Otázkou a možností dalšího šetření je zopakovat znova hodnocení RBS. Objektivně patrně není důvod, aby měla terapie jiný účinek na ženy a na muže. Fakt, že jsme k takovým výsledkům dospěli, může vypovídat o jiné sugestibilitě, ale přece jenom nám připadá nejpravděpodobnější, že ženy jsou na výsledky terapie a zejména jejich vizuální dopad více zaměřeny. Kromě toho je vzhled společensky pro ženu patrně podstatnější než pro muže (Grogan, Praha). Pokud by tomu tak bylo, je otázkou, zda by motivace mužů v terapii obezity nebyla úspěšnější při zavedení cílů, které nebudou klást důraz na hmotnost a vzhled, ale například spíše na rozvoj a dosažení určitých fyzických kompetencí.

Tato studie je koncipována jako základní část dlouhodobého výzkumu, který by na ni měl navazovat. Toto rozšíření by mělo mít charakter alespoň půlročního sledování každého pacienta tak, aby bylo možno porovnávat získané výsledky s běžně publikovanými.

Jinou možností, jak rozšířit studii by bylo sledovat pacienty v ambulantní péči v transverzálních kohortách. Úskalím však je nové zavádění trendů v diabetologii a obezitologii, které by činilo porovnání problematickým.

Původním, avšak později neuskutečněným, záměrem bylo věnovat se současně s hodnocení kvality života obézních a její změně. Tento přístup by opět předpokládal delší dobu sledování jednotlivého pacienta.

SEZNAM VYOBRAZENÍ, TABULEK, GRAFŮ A ROVNIC

OBRÁZEK 1 - FAKTORY ENERGETICKÉ ROVNOVÁHY 12
OBRÁZEK 2- POTRAVINOVÁ PYRAMIDA (HLAVATÁ, 2007) 14
OBRÁZEK 3 - TŘÍSTUPŇOVÉ SCHÉMA VÝBĚRU TERAPIE (BREWERTON, 1999) 32

TABULKA 1 – KLASIFIKACE NADVÁHY A OBEZITY PODLE BMI (BRAY, 1998) 9
TABULKA 2- PERCENTILOVÉ ROZLOŽENÍ VÝSLEDKŮ TFEQ PRO MUŽE (WAGENKNECHT, OSOBNÍ SDĚLENÍ, 2009) 52
TABULKA 3 - PERCENTILOVÉ ROZLOŽENÍ VÝSLEDKŮ TFEQ PRO ŽENY (WAGENKNECHT, OSOBNÍ SDĚLENÍ, 2009) 53
TABULKA 4– REGRESNÍ KOEFICIENTY PRO VÝPOČET NORMOVANÝCH KOEFICIENTŮ, PŘEVZATO Z (WILLIAMSON & ALL, 2000) 58
TABULKA 5 – ODHAD IDEÁLNÍ A UDRŽITELNÉ HMOTNOSTI PO PŘEVODU NA BMI A HODNOTY POČÁTEČNÍCH VÝSLEDKŮ BIA - O 74
TABULKA 6 – VÝSLEDKY BIA – O PŘI KONTROLNÍM MĚŘENÍ 75
TABULKA 7 – HODNOTY ROZDÍLOVÉHO SKÓRU NA ZAČÁTKU A NA KONCI TERAPIE 75
TABULKA 8 – MÍRA DEPRESE PODLE BDI II NA ZAČÁTKU A NA KONCI TERAPIE 76
TABULKA 9 – SOUHRNNÉ VÝSLEDKY S UDANOU HLADINOU STATISTICKÉ VÝZNAMNOSTI 77

GRAF 1- NÁRŮST KOMORBIDITY VE VZTAHU K BMI (ROCHE) 19
GRAF 2- RELATIVNÍ RISK DMII V ZÁVISLOSTI NA VĚKU (ROCHE) 21
GRAF 3 – VĚKOVÉ SLOŽENÍ 67
GRAF 4- VZDĚLÁNÍ 68
GRAF 5 - ZAMĚSTNANOST 68
GRAF 6 – POŘADÍ TERAPIE 69
GRAF 7 – BMI-1 70
GRAF 8 – BMI-2 70
GRAF 9 – MAXIMÁLNÍ BĚHEM ŽIVOTA DOSAŽENÉ BMI 71
GRAF 10 – GRAF ROZLOŽENÍ ČETNOSTI PRO SKÓR RESTRIKCE TFEQ 72
GRAF 11 – GRAF ROZLOŽENÍ ČETNOSTI PRO SKÓR DESINHIBICE TFEQ 73
GRAF 12 – GRAF ROZLOŽENÍ ČETNOSTI PRO SKÓR HLADU TFEQ 73
GRAF 13 – GRAF ROZLOŽENÍ ČETNOSTÍ ZMĚNY BMI 76
GRAF 14 – NESPOKOJENOST S VLASTNÍM TĚLEM 1 78
GRAF 15 – NESPOKOJENOST S VLASTNÍM TĚLEM 2 78
GRAF 16 - ROZLOŽENÍ ČETNOSTI ZMĚNY NESPOKOJENOSTI S VLASTNÍM TĚLEM 78
GRAF 17 – SOUČASNÝ ROZMĚR TĚLA 1 79
GRAF 18 – SOUČASNÝ ROZMĚR TĚLA 2 80
GRAF 19 - GRAF ROZLOŽENÍ ČETNOSTI ZMĚNY SOUČASNÉHO OBRAZU TĚLA 80
GRAF 20 – IDEÁLNÍ ROZMĚR TĚLA 1 81
GRAF 21 – IDEÁLNÍ ROZMĚR TĚLA 2 81
GRAF 22 - ROZLOŽENÍ ČETNOSTI ZMĚNY IDEÁLNÍHO ROZMĚRU TĚLA 81
GRAF 23 – UDRŽITELNÝ ROZMĚR TĚLA 1 82
GRAF 24 – UDRŽITELNÝ ROZMĚR TĚLA 2 83
GRAF 25 - ROZLOŽENÍ ČETNOSTI ZMĚNY UDRŽITELNÉHO ROZMĚRU TĚLA 83

GRAF 26 – DEPRESIVITA PODLE BDI II - 1 84
GRAF 27 – DEPRESIVITA PODLE BDI II - 2 84
GRAF 28 - GRAF ROZLOŽENÍ ČETNOSTI ZMĚNY DEPRESIVITY 84

ROVNICE 1 – VZOREC PRO VÝPOČET BIA – O, PŘEVZATO Z (WILLIAMSON & ALL, 2000).....58
ROVNICE 2 69

LITERATURA

Alisson, K. C., Wadden, T. A., Sarwer, D. B., Fabriactore, A. N., Crerand, C. E., Gibbons, L. M., a další. (2006). Night Eating Syndrome and Binge Eating Disorder among Persons Seeking Bariatric Surgery: Prevalence and Related Features. *Obesity , 14*, stránky 77S–82S.

Bas, M., & Donmez, S. (2 2009). Self-efficacy and restrained eating in relation to weight loss among overweight men and women in Turkey. *Apetite , 52* (1), stránky 209 - 216.

Beck, A. T. (2006). *Kognitivní terapie a emoční poruchy.* Praha: Portál.

Beck, A., Steer, R., Ball, R., & Ranieri, W. (12 1996). Comparison of Beck Depression Inventories -IA and -II in psychiatric outpatients. *Journal of Personality Disorders* , stránky 588 - 597.

Bond, M., McDowell, A., & Wilkinson, J. (2001). The measurement of dietary restraint, disinhibitionand and hunger: an examination of the factor structure of the Three Factor Eating Questionnaire (TFEQ). *Journal of Obesity , 25*, stránky 900-906.

Boschi, V., Iorio, D., Margiotta, N., D'Orsi, P., & Falconi, C. (2001). The Three-Factor Eating Questionnaire in the Evaluation of Eating Behaviour in Subjects Seeking Participation in a Dietotherapy Programme. *Nutrition & Metabolism , 45* (2), stránky 72-77.

Bray, G. A. (1998). *Contemporary Diagnosis and Management of OBESITY.* Newtown: Handbooks in Helath Care, Co.

Brewerton, T. D. (3 1999). Binge Eating Disorder; Diagnosis and Treatment Options. *CNS Drugs , 11*, stránky 351-361.

Brownell, K. D., & Wadden, T. A. (1991). The Heterogenity of obesity: Fitting treatments to individuals. *Behavior Therapy , 22*, str. 153.

Čechová, L. (2008). Obezita a její léčba jako klinicko-psychologický problém - Sebehodnocení a životní spokojenost žen s diagnózou obezita. (D. P. Vašina, Editor) Brno: Masarikova univerzita, Psychologický ústav.

de Man Lapidoth, J., Ghaderi, A., & Norring, C. (leden 2006). Eating disorders and disordered eating among patients seeking non-surgical weight-loss treatment in Sweden . *Eating Behaviors , 1*, stránky 15-26.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders. (1994). Washington, DC: American Psyhiatric Assotiation.

Doll, M., Ball, G. B., & Willows, N. D. (30. prosinec 2003). Rating of Figures Used for Body Image Assessment. *International Journal of Eating Disorders , 35* (1), stránky 109 - 114.

Duncan, M. J., Dodd, L. J., & Al-Nakeeb, Y. (2005). The Impact of Silhouette Randomization. *Measurement In Physical Education And Excersise Science , 9*, stránky 61-66.

Extercate, C. C., Vriensendorp, P. F., & de Jong, C. A. (10 2008). Body attitudes in patients with eating disorders at presentation and completion of intensiveoutpatient day treatment. *Eating Behaviors* , stránky 16 - 21.

Fagiolini, A., & al., e. (leden 2003). *Obesity as a Correlate of Outcome in Patients With Bipolar I Disorder.* Získáno 8. 5 2009, z The American Journal of Psychiatry: http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/abstract/160/1/112

Faith, M. S., & Allison, D. B. (1996). Assessment of psychological status among obese persons. V K. J. Thompson, *Body Image, Eating Disorders, and Obesity* (stránky 635 - 389). Washington DC: American Psychological Association.

Faith, M. S., Matz, P. E., & Jorge, M. A. (10 2002). Obesity-depression associations in the population. *Journal of Psychosomatic Research , 4* (53), stránky 935-942.

Fettes, P., & Williams, D. E. (1996). Assessment and treatment of morbid obesity. V K. J. Thompson, *Body Image, Eating Disorders, and Obesity.* American Psychological Asotiation.

Fialová, L. (2001). *Body image jako součást sebepojetí člověka.* Praha: Karolinum.

Filasová, K. (2005). *Psychologické aspekty nadváhy.* diplomová práce, Univerzita Karlova (Praha). Filozofická fakulta. Katedra psychologie, Praha.

Fitzgibbon, M. L., Stolley, M. R., & Kirschenbaum, D. S. (10 1993). Obese people who seek treatment have different characteristics than those who do not seek treatment. *Health Psychology , 12* (5), stránky 342-345.

Fox, K. R. (1997). *The Physical Self: From Motivation to Well-Being.* Champaign: Humain Kinetics.

Fraňková, S., & Dvořáková - Janů, V. (2003). *Psychologie výživy a sociální aspekty jídla.* Praha: Karolinum.

Frost, & Sullivan. (1. březen 2002). *Body image, obesity, and psychological distress - Obesity.* Získáno 3.. 10 2009, z Nutrition Research Newsletter: http://www.w3.org/TR/xhtml1/DTD/xhtml1-transitional.dtd

Gibbons, L. M., Gustafson, T. B., Sarwer, D. B., Crerand, C., Fabricatore, A. N., Wadden, T. A., a další. (3 2006). History of sexual abuse among bariatric surgery candidates. *Surgery for Obesity and Related Diseases , 3* (2), stránky 369-374.

Grilo, C. M. (1996). Treatment of obesity: An integrative model. V K. J. Thomson, *Body Image, Eating Disorders, and Obesity* (stránky 389 - 425). Washington DC: American Psychological Association.

Grogan, S. (Praha). *Body image, psychologie nespokojenosti s vlastním tělem.* 2000: Grada.

Hainer, V. (2003). *Obezita.* Praha: Triton.

Hainer, V., Kunešová, M., & al., e. (1997). *Obezita.* Praha: Galén.

Hlavatá, K. (20. 09 2007). *Zelenina je pro hubnoucí nepostradatelná.* Získáno 01. 06 2009, z Obesity News: http://www.obesity-news.cz/pics/zelenina_je_pyramida.jpg

Hlúbik, P., & Vosečková, A. (11 2002). Stravovací zvyklosti a psychologické aspekty obezity. *Interní medicína pro praxi* , stránky 545 - 547.

Janyšková, A. e. (2006). Sebehodnocení a tělesné sebepojetí obézních žen a mužů. *Vnitřní lékařství , 52* (11), stránky 1110-1110.

Kaleman, S. (2005). *Anatomie emocí.* Portál, s.r.o.

Karlsson, J., Persson, L.-O., Sjöström, L., & Sullivan, M. (prosinec 2000). Psychometric properties and factor structure of the Three-Factor Eating Questionnaire (TFEQ) in obese men and women. Results from the Swedish Obese Subjects (SOS) study. *Journal of Obesity , 24*, stránky 1715-1725.

Kotrbáček, V. (nedatováno). *Hlad a sytost - dva pocity, které člověka od nepaměti provázejí.* Získáno 01. 06 2009, z Favea info: http://favea.info/12006/hlad-sytost.htm

Larsen, F. (1990). *Psychosocial function before and after gastric banding surgery for morbid obesity.* Copenhagen: Munksgaard.

Látalová, K. (1 2003). Posttraumatická stresová porucha kazuistika farmakoterapi. *Psychiatrie pro praxi* , str. 36.

Leibowitz, M. (1999). *Interpreting Projective Drawings.* Philadelphia: Brunner Mazel.

Lykouras, L. (2008). Psychological Profile of Obese Patients. *Digestive Diseas , 1* (26), stránky 36 - 39.

Marchesini, G., Cuzzolar, M., Mannucci, E., Grave, D. R., Gennaro, M., Gennaro, F., a další. (2004). Weight cycling in treatment-seeking obese persons: data from the QUOVADIS study. *International Journal of Obesity , 28*, stránky 0307-0565.

Markey, C. N., & Markey, P. M. (září 2005). Relations Between Body Image and Dieting Behaviors. *Sex Roles , 53*, stránky 519-529.

Mather, A. A., Cox, B. J., Enns, M. W., & Sareen, J. (10 2008). Associations Between Body Weight and Personality Disorders in a Nationally Representative Sample. *Psychosomatic Medicine* , stránky 1012-1019.

McElroy, S. L., Kotwal, R., Malhotra, S., Nelson, E. B., Keck, P. E., & Nemeroff, C. B. (nedatováno). Are mood disorders and obesity related? A review for the mental health professional. *Journal of Clinical Psychiatry* .

Mulliken, B., & al., e. (2002). Binge eating disorder in extreme obesity. *International Journal of obesity* , stránky 1398 - 1403.

Pelcák, S. (1999). *Obezita z pohledu systémového přístupu ke zdraví a nemoci.* Filosofická fakulta. Praha: Univerzity Karlovy.

Perri, M. G., Viegner, B. J., & Nezu, A. M. (1922). *Improving the long-term management of obesity: theory, research, and clinical guidelines.* New York: John Wiley and Sons.

Petry, N. M., Barry, D., Pietrzak, R. H., & Wagner, J. A. (31. 3 2008). Overweight and Obesity Are Associated With Psychiatric Disorders: Result From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychosomatic Medecine* , stránky 288 - 297.

Probst, M. (1997). Body expirience in eating disorder patients. Leuven: Katholike Universiteit Leuven.

Raboch, J., & Zvolský, P. (2001). *Psychiatrie.* Praha: Galén, Karolinum.

Reas, L. D. (2002). Relationship Between Weight Loss and Body Image. *disertační práce* . (D. Willioamson, Editor) Louisiana, Louisiana: the Graduate Faculty of the Louisiana State University and Agricultural and Mechanical College.

Richter, P., Werner, J., Heerlein, A., Kraus, A., & Sauer, H. (1998). On the Validity of the Beck Depression. *Psychopathology , 31*, stránky 160-168.

Roche. (nedatováno). *Reducing Healths risks*. Získáno 02. 06 2009, z Xenical Orlistat: http://www.xenical.com/hcp/reducing.asp

Rohde, P et al. (2008). Associations of child sexual and physical abuse with obesity and depression in middle-aged women. *Child Abuse & Neglect, 32,* stránky 878-887

Rosen, J. C. (1996). Improving bodyy image in obesity. V K. J. Thompson, *Body Image, Eating Disorders, and Obesity.* Washington: APA.

Rzeznikiewicz, A. E. (květen 2004). A Cross-sectional Study Comparing the Psychosocial Correlates for Overconcern with Body Size and Shape in Men and Women. (D. Williamson, Editor) Louisiana, Louisiana: Graduate Faculty of Louisiana State University and Agricultural and Mechanical College.

Stewart, T., Allen, H. R., Han, H. M., & Williamson, D. A. (3 2009). The development of the Body Morph Assessment version 2.0 (BMA 2.0): Test of Reliability and Validity. *Body Image , 6* (2), stránky 67 - 74.

Stunkard, A. J. (1959). Eating patterns and obesity. *Psychiatr Q , 33*, stránky 284-294.

Stunkard, A. J., & Messic, S. (1985). Tree Factor Eating Questionaire. *Psychosomatic Research , 29* (1), stránky 71-73.

Stunkard, A. J., & Messick, S. (1985). The three-factor eating questionnaire to measure dietary restraint, disinhibition and hunger. *Journal of Psychosomatice Research , 1*, stránky 79 - 83.

Stunkard, A. J., & Wadden, T. A. (Eds.). (1993). *Obesity.* New York: Raven Press.

Stunkard, A. J., Faith, M. S., & Allison, K. C. (červen 2003). Depression and Obesity. *Biological Psychiatry , 54*, stránky 330-337.

Stunkard, A. (7 1958). Physical Activity, Emotions, and Human Obesity. *Psyhcosomatic Medecine , 5* (20), stránky 366 - 372.

Sutnkard, A. J., Faith, M. S., & Alisson, K. C. (2003). Depression and Obesity. *Biological Psychiatry* , stránky 330 - 337.

Svačina, Š. (2006). Definice a historie pojmů inzulinoresistence a metabolický syndrom. V Š. Svačina, & a. kol., *Metabolický syndrom* (3. vydání. vyd., stránky 15-22). Praha: Triton.

Svačina, Š. (2007). *Hypertenze při obezitě a diabetu.* Praha: Triton.

Svačina, Š. (2000). *Obezita a diabetes.* Praha: Maxdorf.

Svačina, Š. (2008). *Prevence diabetu a jeho komplikací.* Prah: Triton.

Svačina, Š., & al., e. (2006). *Metabolický syndrom.* Praha: Triton.

Svoboda, M. (1999). *Psychologická diagnostika dsopělých.* Praha: Portál.

Thompson, M. A., & Gray, J. J. (1995). Developement and Validation of a New Body - Image Assessment Scale. *Journal of Personality Assessment , 64*, stránky 259-269.

Tomešová, E. (2005). Tělesné sebepojetí a sebeúcta: mezikulturní převod a avalidizace profilu tělesného sebepojetí. *disertační práce* . Praha: FTVS UK.

Tress, W. (2008). Postavení základní psychosomatické medicíny v lékařské psychologii. V W. a. Tress, *Základní psychosomatická péče* (str. 30). Praha: Portál, s. r. o.

Tůma, I., & Hubeňák, J. (2007). Diabetes mellitus a psychické poruchy. *Psychiatrie , 4* (11).

Tuthill, A., Slawik, H., O'Rahilly, S., & Finer, N. (květen 2008). Psychiatric co.morbidities in patients attending specialist obesity services in the UK. *QJM-An International Journal of Medicine , 99* (5), stránky 317 - 325.

Výrost, J., Slaměník, I. (Eds.) (2008). *Sociální psychologie,* 2. vyd. Praha: Grada Publishing

Wadden, T. A. (1993). The Treatment of Obesity: An Overview. V A. J. Stunkard, & T. A. Wadden (Editoři), *Obesity, Treatment and Therapy* (stránky 197-219). New York: Raven Press.

Wadden, T. A., & Stunkard, A. J. (1993). Psychosocial Consequences of Obesity and Dieting: Research and Clinical Findings. V T. A. Wadden, & A. J. Stunkard (Editoři), *Obesit; Theory and Therapy* (2. vydání. vyd., stránky 163-179). New York: Raven Press.

Wadden, T. A., & Stunkard, A. J. (1993). Psychosocial Consequencies of Obesity and Dieting: Research and Clinical Findings. V T. A. Wadden, & A. J. Stunkard, *Obesity; Theory and Therapy* (stránky 163 - 169). New Zork: Raven Press.

Wagenknecht, M., Hainer, V., Kunešová, M., Bellisle, F., Pařízková, J., Braunerová, R., a další. (2007). Vztahy mezi faktory „Dotazníku jídelních zvyklostí“, socioekonomickým stavem, antropometrickými ukazateli akumulace tuku a zdravotními riziky u české populace. *Časopis lékařů českých , 146*, stránky 284-291.

Wagenknecht, M., Hainer, V., Kunešová, M., Bellisle, F., Pařízková, J., Braunerová, R., a další. (2007). ztahy mezi faktory „Dotazníku jídelních zvyklostí“, socioekonomickým stavem, antropometrickými ukazateli akumulace tuku a zdravotními riziky u české populace. *Časopis lékařů českých , 146*, stránky 284-291.

Williamson, D. A., & all, e. (10 2000). Body Image Assesment for Obesity. *International Journal of Obesity* , stránky 1326-1332.

Womble, L. G., Williamson, D. A., Greenway, F. L., & Redmann, S. M. (2001). Psychological and behavioral predictors of weight loss during drug treatment for obesity. *International Journal of Obesity , 25*, stránky 340-345.

PŘÍLOHY

Struktura rozhovoru na III. interní klinice

jméno: datum/den pobytu:

č. anamnestická

bydliště:

vzdělání: věk

zaměstnání: počet sourozenců

rodinný stav: děti (pohl., věk):

hmotnost: reálná × cílová × ideální ×max.

kolikátá je Vaše aktuální terapie –

zhodnocení předchozích terapií – váhový úbytek, subj. hodnocení (bylo vám lépe po terapii?), porovnání jednotlivých terapií mezi sebou

období mezi jednotlivými terapie – vývoj váhy, co motivovalo k další terapii

ambulantní péče na obezitologii – kdy začali/ u koho/(jaké odd.)

co z režimových doporučení jste dodržovali mezi terapiemi?

komorbidita (stručně)

od kdy vnímáte svou hmotnost jako vyšší?

snažil/a jste se již někdy regulovat svou hmotnost? jak?

aktuální stav

jak se cítíte?

podařilo se vám zhubnout

jste spokojeni s prozatímními výsledky terapie

je někdo, kdo vám pomáhá ve vašem rozhodnutí zhubnout?

dodržujete nějaká pravidla pro redukci hmotnosti? jaká? (nejen dietu – pravidelnost, střídavé směny, spánek...)

co se stane, když porušíte dietu? – dojíte jídlo? – sníte/více/méně; co si řeknete?

sportujete? jaké sporty, jak často? (chodíte plavat?-plavky)

v jakých situacích vám vadí vaše vyšší hmotnost?

co ve vašem životě znamená jídlo?

spokojenost

jste spokojen/a s mezilidskými vztahy kolem sebe?

jak vnímáte svou hmotnost?

jak vnímáte svou aktivitu?

jak vnímáte svou atraktivitu?

jak vnímáte svou úspěšnost v práci?

co vás trápí v souvislosti s nadváhou?

v čem vás vyšší hmotnost omezuje?

motivace

co je hlavním důvodem, pro který hubnete?

**až se vrátíte domů, budete připraven/a se zapojit hned a úplně do normálního života?

Je něco, z čeho máte obavy?

chtěl /a byste znát někoho , kdo úspěšně zhubl? mohl by vám v něčem pomoci?

co je třeba, aby člověk trvale snížil svou hmotnost

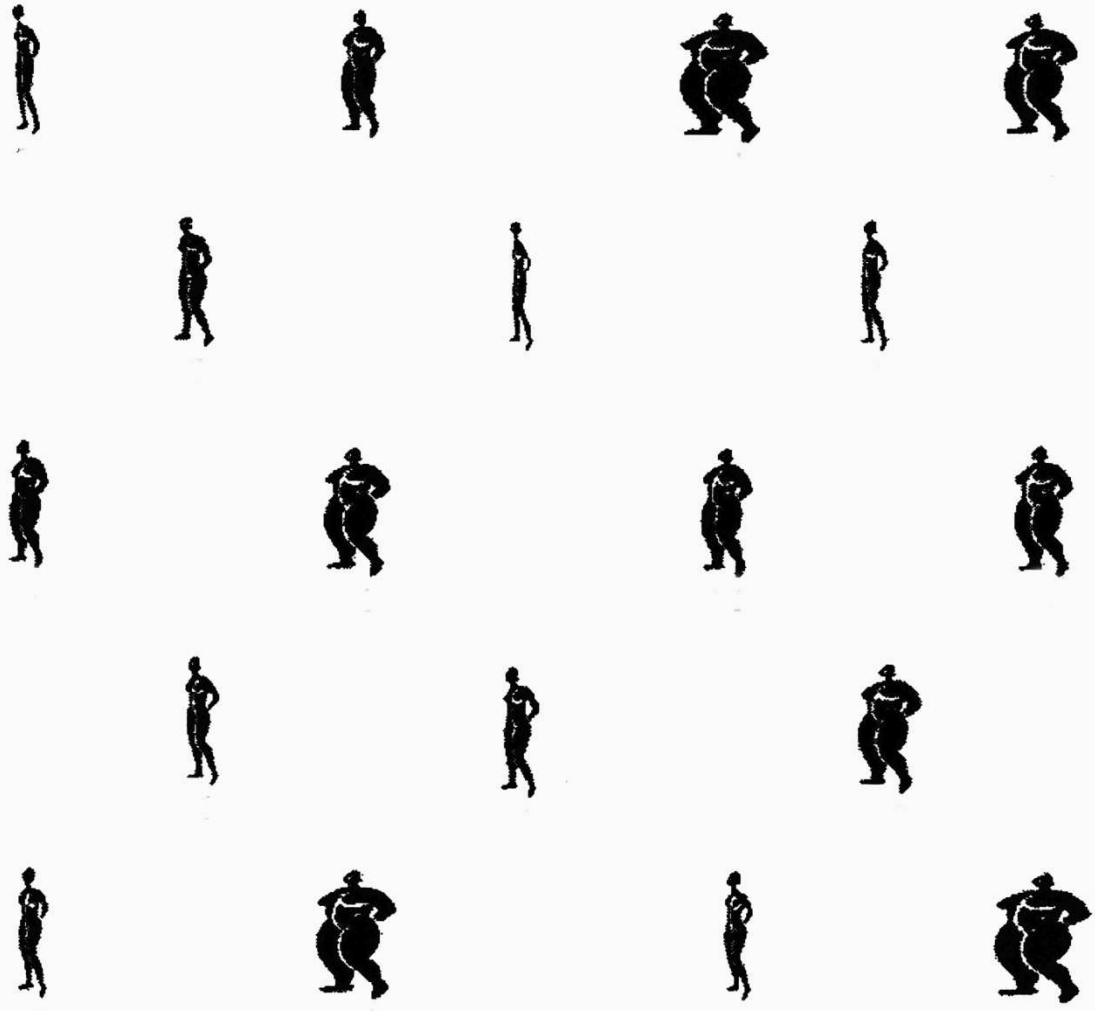
co se stane, až zhubnete?

CBS ženy

jméno a příjmení:
datum:

BIA-O - CBS

(D.A. Williamson et al, International Journal of Obesity (2000)24, p.1326-1332)



Vyberte a zakroužkujte siluetu, která co nejvíce odpovídá rozměrům Vašeho těla tak, jak je v současnosti vnímáte. Vyberte, prosím jen jednu ze siluet.

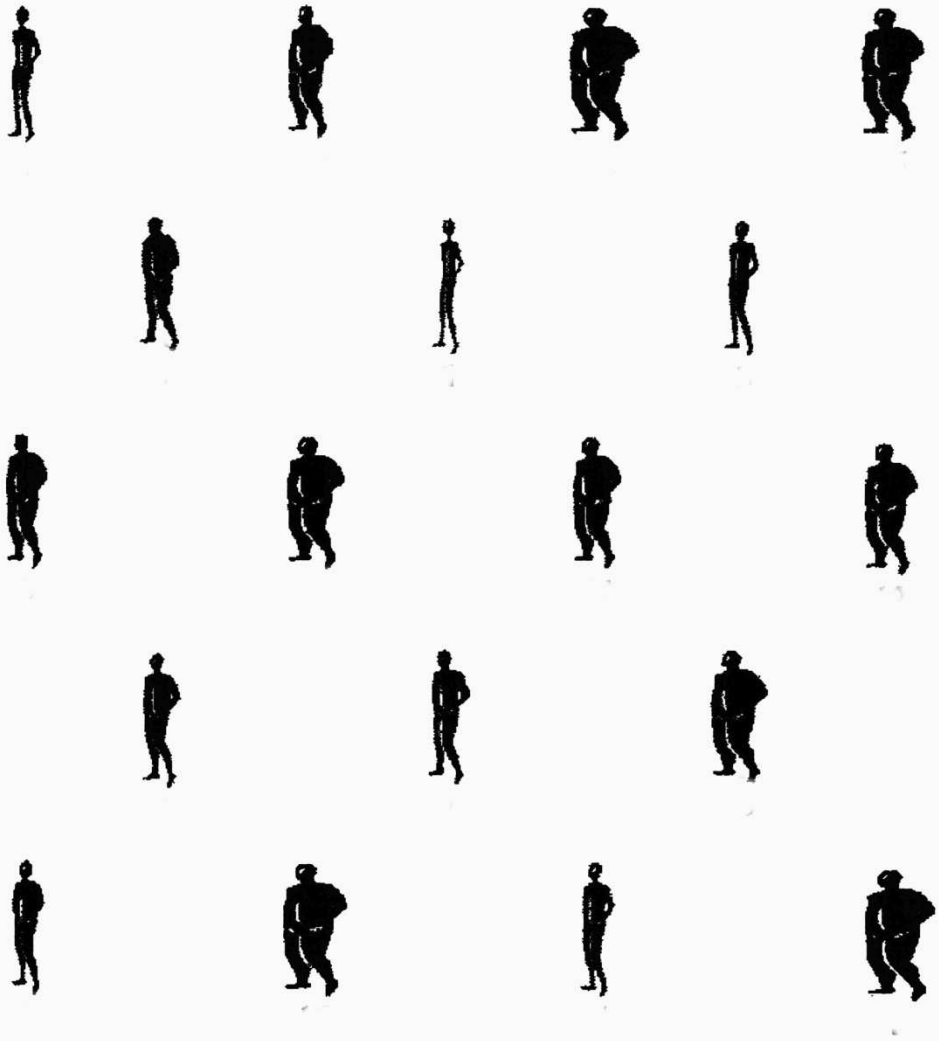
V tomto testu nejsou správné ani špatné odpovědi, zajímá nás, jak vnímáte svou postavu, abychom spolu nalezli cesty k zlepšení Vašeho zdravotního stavu.

CBS muži

jméno a příjmení:
datum:

BIA-O - CBS

(D.A. Williamson et al, International Journal of Obesity (2000)24, p.1326-1332)



Vyberte a zakroužkujte siluetu, která co nejvíce odpovídá rozměrům Vašeho těla tak, jak je v současnosti vnímáte. Vyberte, prosím, jen jednu ze siluet.

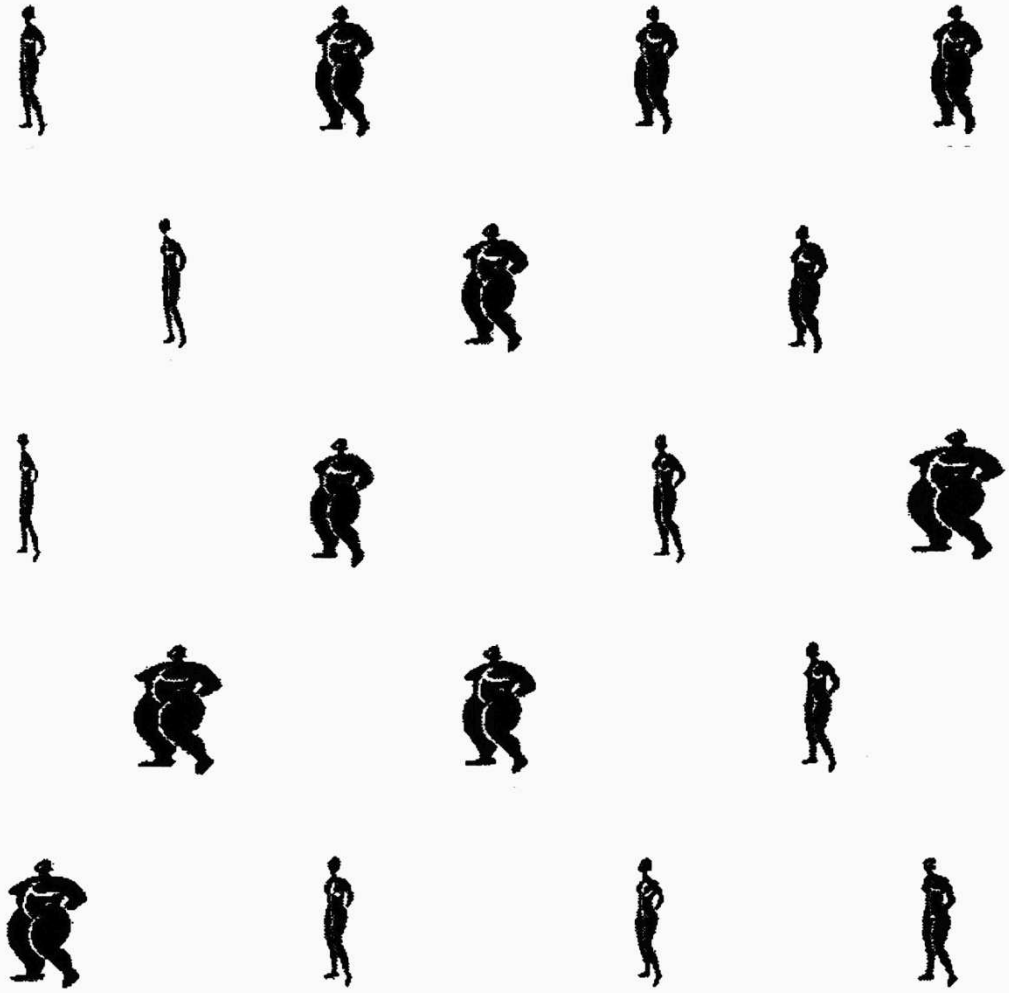
V tomto testu nejsou správné ani špatné odpovědi, zajímá nás, jak vnímáte svou postavu, abychom spolu nalezli cesty k zlepšení Vašeho zdravotního stavu.

IBS ženy

jméno a příjmení:
datum:

BIA-0 - IBS

(D.A. Williamson et al, International Journal of Obesity (2000)24, p.1326-1332)



Vyberte a zakroužkujte tu siluetu, která odpovídá takové postavě, která se Vám nejvíce líbí.
Vyberte, prosím, jen jednu ze siluet.

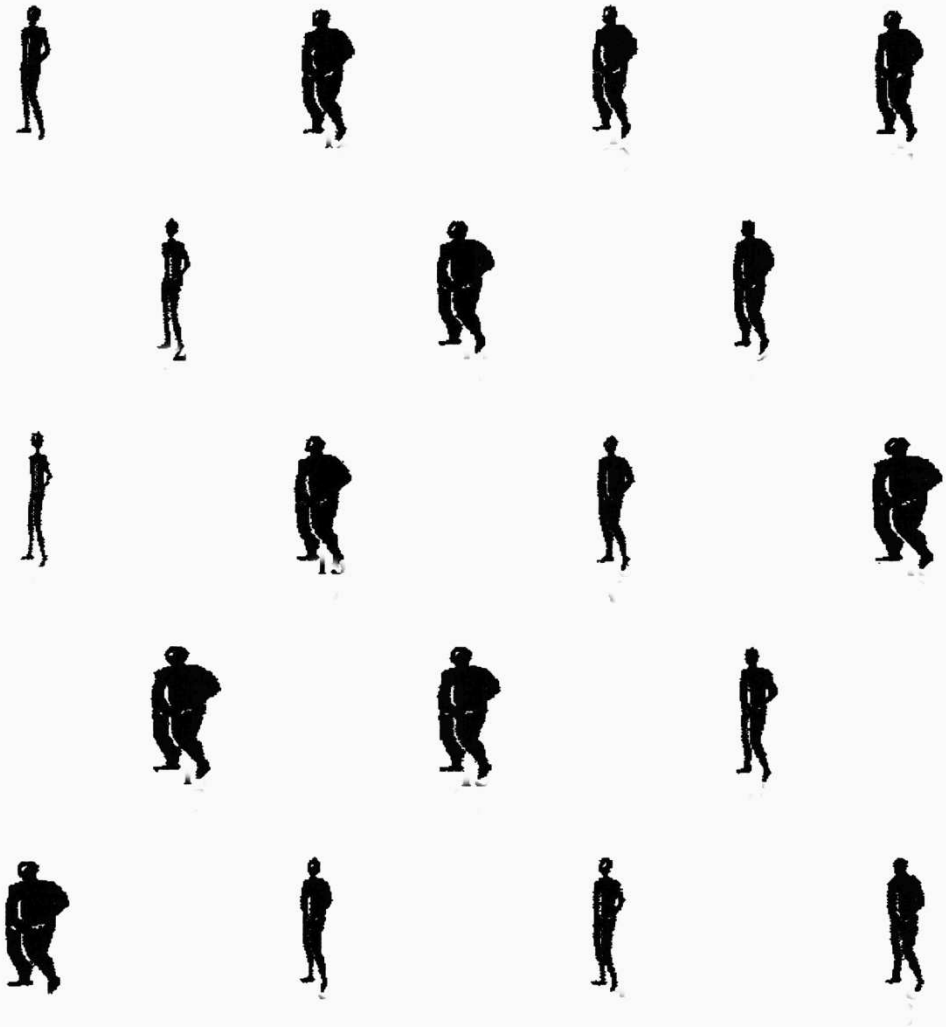
V tomto testu nejsou správné ani špatné odpovědi, zajímá nás, jak vnímáte svou postavu, abychom spolu nalezli cesty k zlepšení Vašeho zdravotního stavu.

IBS muži

jméno a příjmení:
datum:

BIA-0 - IBS

(D.A. Williamson et al, International Journal of Obesity (2000)24, p.1326-1332)



Vyberte a zakroužkujte tu siluetu, která odpovídá takové postavě, která se Vám nejvíce líbí. Vyberte, prosím, jen jednu ze siluet.

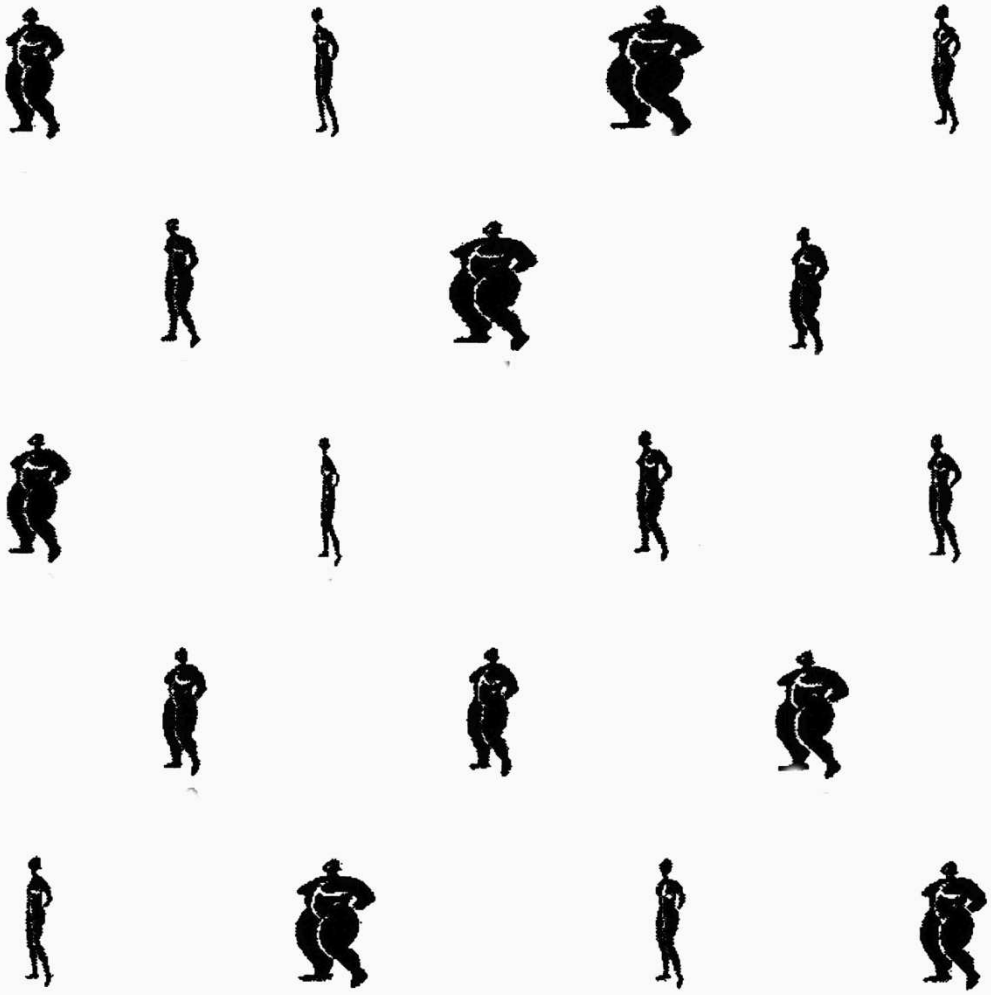
V tomto testu nejsou správné ani špatné odpovědi, zajímá nás, jak vnímáte svou postavu, abychom spolu nalezli cesty k zlepšení Vašeho zdravotního stavu.

RBS ženy

jméno a příjmení:
datum:

BIA-0 - RBS

(D.A. Williamson et al, International Journal of Obesity (2000)24, p.1326-1332)



Vyberte a zakroužkujte obrázek odpovídající takové postavě, o která si myslíte, že byste si ji mohla dlouhodobě udržet. Vyberte, prosím, jen jednu ze siluet.

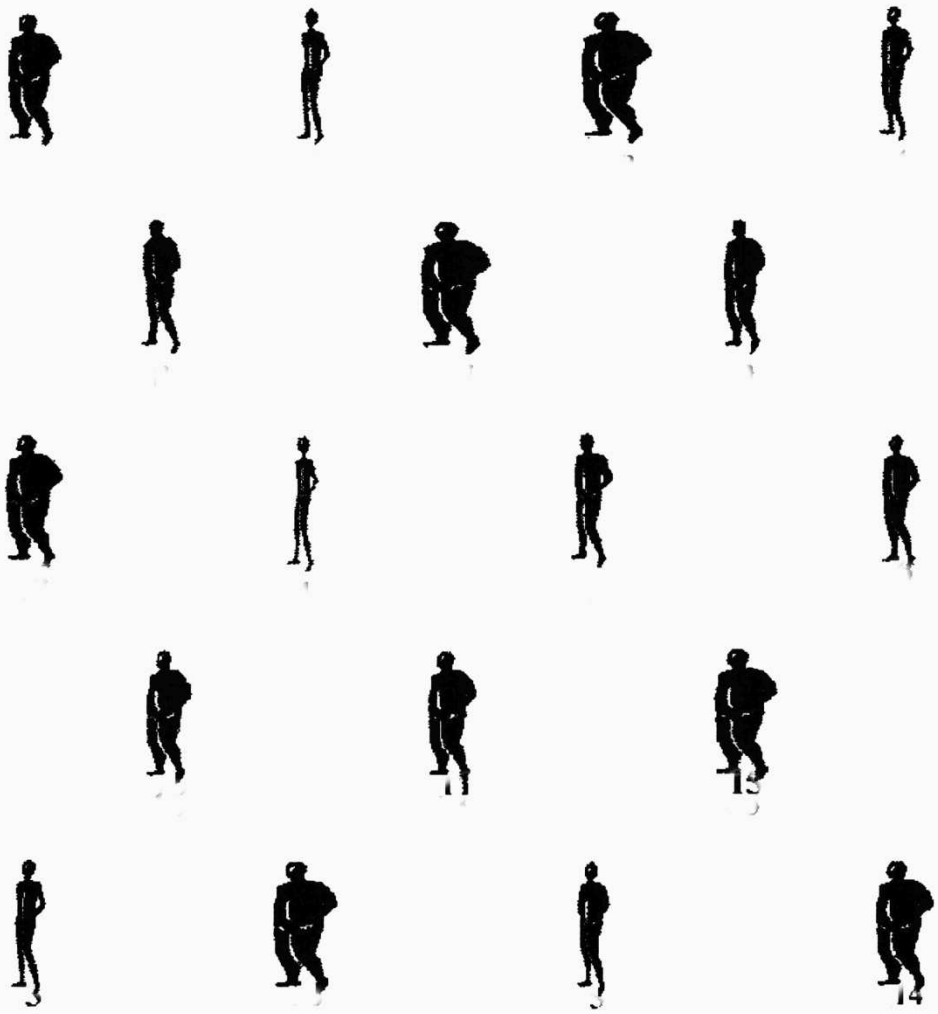
V tomto testu nejsou správné ani špatné odpovědi, zajímá nás, jak vnímáte svou postavu, abychom spolu nalezli cesty k zlepšení Vašeho zdravotního stavu.

RBS muži

jméno a příjmení:
datum:

BIA-0 - RBS

(D.A. Williamson et al, International Journal of Obesity (2000)24, p.1326-1332)



Vyberte a zakroužkujte obrázek odpovídající takové postavě, o které si myslíte, že byste si ji mohl dlouhodobě udržet. Vyberte, prosím, jen jednu ze siluet.

V tomto testu nejsou správné ani špatné odpovědi, zajímá nás, jak vnímáte svou postavu, abychom spolu nalezli cesty k zlepšení Vašeho zdravotního stavu.