

Univerzita Karlova v Praze

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

Diplomová práce

Eva Mašková

Psychologická problematika obezity

The Psychological problems of Obesity

Děkuji paní PhDr. Tamaře Hrachovinové CSc. za odborné vedení, podnětné konzultace, vědeckou inspiraci, stejně tak i za lidskou podporu a vstřícnost, které se mi dostávalo v průběhu psaní této diplomové práce.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia, či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 18. 7. 2013

.....

Eva Mašková

Abstrakt:

Cílem této práce je popsat poznatky o příčinách a následcích obezity, jednoho z nejrozšířenějších zdravotních problémů ve světě. Mezi stěžejní témata teoretické části patří definice obezity, epidemiologie, etiologie, ale i prevence a léčba tohoto onemocnění. Klíčovým tématem jsou však psychologické charakteristiky, které se s tématem obezity pojí. Mezi ty byly zařazeny osobnostní faktory obézních jedinců, volní vlastnosti a sebekontrola, jakož i specifická psychopatologie. Výzkumná část této práce mapuje výskyt těchto specifických fenoménů se zaměřením na emocionální přejídání, syndrom nočního jedení, a příznaky poruch příjmu potravy. Použitými metodami byly „Dotazník jídelního chování a emocionality“ (JICHEM), „The Eating Disorder Examination Questionnaire“ (EDE - Q) a „The Night Eating Questionnaire“ (NEQ). Data tohoto kvantitativního výzkumu byla vyhodnocena standardními statistickými metodami.

Klíčová slova:

Obezita

Psychopatologie

Poruchy příjmu potravy

Syndrom nočního přejídání

Teorie emocionálního jedení

Abstract:

The aim of this thesis is to summarize findings of causes and consequences of obesity, the most common health problem in the world. The theoretical part deals with many key issues of obesity, from definition through the epidemiology, etiology and obesity prevention and treatment. However the main topics of this thesis are the psychological characteristics that are associated with obesity. It includes personality factors of obese people, willpower and self-control and specific psychopathology. The research part of this thesis is mapping the occurrence of a specific psychopathological phenomena focusing on the emotional eating disorder, night eating syndrome and binge eating and symptoms of eating disorder. Applied methods were “Eating Behavior and Emotionality Questionnaire” (JICHEM), “The Eating Disorder Examination Questionnaire 6.0” (EDE - Q) and “The Night Eating Questionnaire” (NEQ). The data of quantitative research was evaluated by standard statistical methods.

Keywords:

Obesity

Psychopathology

Eating Disorder

Night Eating Syndrome

Emocional eating theory

OBSAH

ÚVOD	9
1. OBEZITA	11
1. 1 DEFINICE A KLASIFIKACE OBEZITY	11
1. 2 EPIDEMIOLOGIE OBEZITY	14
1. 3 ETIOLOGIE OBEZITY	18
1. 4 ZÁKLADNÍ STRATEGIE PREVENCE OBEZITY	20
2. OSOBNOSTNÍ FAKTORY OSOB S NADVÁHOU A OBEZITOU	23
2. 1 VLIVY OSOBNOSTI PODÍLEJÍCÍ SE NA VZNIKU A VÝVOJI OBEZITY	24
2. 2 VOLNÍ CHOVÁNÍ A OBEZITA	26
2. 2. 1 SEBEKONTROLA	27
3. OBEZITA A PSYCHOPATOLOGIE	30
3. 1 ZAKOUSHENÍ VLASTNÍHO TĚLA U OBÉZNÍCH JEDINCŮ	32
3. 2 AFEKTIVNÍ PORUCHY SPOJENÉ S OBEZITOU	34
3. 3 PATOLOGICKÉ JÍDELNÍ CHOVÁNÍ	36
3. 4 SYNDROM EMOCIONÁLNÍHO JEDENÍ	39
3. 5 SYNDROM NOČNÍHO JEDENÍ	41
3. 6 KONTINUÁLNÍ JEDENÍ	42
4. LÉČBA OBEZITY	44
4. 1 DIETNÍ REŽIM	45
4. 2 POHYBOVÁ AKTIVITA	46
4. 3 TERAPIE OBEZITY	48
4. 4 FARMAKOLOGICKÁ LÉČBA OBEZITY	50
4. 5 CHIRURGICKÁ LÉČBA OBEZITY	51

VÝZKUMNÁ ČÁST	53
5. VÝZKUM	54
5.1 CÍLE VÝZKUMU	54
5.1.1 VÝZKUMNÉ HYPOTÉZY	54
5.2 METODIKA VÝZKUMU	55
5.3 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU	58
6. VÝSLEDKY VÝZKUMU	63
6.1 DOTAZNÍK „JÍDELNÍ CHOVÁNÍ A EMOCIONALITA“	63
6.1.1 KONSTRUKCE DOTAZNÍKU	63
6.1.2 VÝSLEDKY TESTOVÁNÍ DOTAZNÍKEM JICHEM	64
6.2 DOTAZNÍK „NIGHT EATING QUESTIONNAIRE“	67
6.3 DOTAZNÍK „EATING DISORDER EXAMINATION QUESTIONNAIRE“	71
6.4 SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU	75
DISKUSE	77
ZÁVĚR	84
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	85
PŘÍLOHY:	95
PŘÍLOHA 1: ANAMNESTICKÝ DOTAZNÍK, DOTAZNÍK JICHEM	96
PŘÍLOHA 2: DOTAZNÍK NEQ	97
PŘÍLOHA 3: DOTAZNÍK EDE-Q	99

Seznam použitých zkratk:

AN	Anorexia Nervosa
BED	Binge Eating Syndrome
BES	Binge Eating Scale
BMI	Body Mass Index
BN	Bulimia Nervosa
BSQ	Body Shape Questionnaire
DEBQ	The Dutch Eating Behavior Questionnaire
DSM - IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition
EAT	Eating Attitude Test
EDE	Eating Disorder Examination
EDE - Q	The Eating Disorder Examination Questionnaire
EDNOS	Eating Disorders Not Otherwise Specified
JICHEM	Dotazník Jídelního Chování a Emocionality
MKN -10 -	Mezinárodní Klasifikace Nemocí 10. revize
MMPI	Minnesota Multiphasic Personality Inventory).
NEQ	The Night Eating Questionnaire
NES	Night Eating Syndrome
NESHI	Night Eating Syndrome History and Inventory
NSRED	Night Sleep Related Eating Disorder
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
STOB	Stop Obezitě
TFEQ	Three Factor Eating Questionnaire
VŠTJ	Vysokoškolská Tělovýchovná Jednota
WHO	World Health Organization

Úvod

V historii se různé společenské vrstvy potýkaly jak s materiálním nedostatkem, tak s blahobytností a hmotným přebytkem, který s sebou přinášel i přílišnou spotřebu. Nadváha a obezita jsou tak zdravotní problémy, které se objevovaly a byly součástí průběhu lidské historie. Již ve starověkém Egyptě vidíme na reliéfech útlé a majestátní postavy božských faraónů. Avšak skutečnost, kterou dokládají archeologické nálezy, díky kterým mohou vědecké týmy například měřit i kožní řasy, vypadala úplně jinak. Elitní vrstvy obyvatelstva měly s obezitou problémy již tehdy a například faraón Ptolemaios VII. či panovnice Hatšepsut byli známi pro svoji obezitu (Corfield, 2008). Často byla nejrůznější dietetická opatření také implementována do náboženských systémů. Poruchy alimentárního chování, od hladovění až po obžerství, tedy nalézáme v nám známé historii, ať to jsou starověká, středověká či novověká svědectví. Obezita tudíž není ničím výjimečným, s čím by se lidstvo potýkalo čerstvě. Nová je však na tomto fenoménu jeho plošnost a četnost, díky které si nadváha a obezita vysloužily pověst „moderní epidemie“.

Obezita s sebou přináší nejen vnější hledisko – estetické, které může znepríjemňovat život, ale i skryté nebezpečí, které na první pohled není až tak patrné. Nadměrná váha zvyšuje riziko různých onemocnění, jako je hypertenze, diabetes 2. typu, některé druhy rakoviny, endokrinní poruchy, poruchy fertility, poruchy pohybového aparátu a mnoho dalších. Vedle těchto somatických problémů se samozřejmě objevují i psychické komplikace a celkový pocit dyskomfortu. Klíčovým je při vzniku i léčbě obezity energeticky vyvážený tělesný výdej a příjem. Obezita vzniká pozitivní energetickou bilancí, kterou je při redukci hmotnosti nutné vyvážit negativní energetickou bilancí. Výživa a pohyb hrají při léčbě obezity hlavní roli a důležitý je pravidelný režim, ve kterém pacient bude vytrvalý.

Stále však ve většině případů bývá obezita spojena do určité míry s nevhodným alimentárním chováním. Pod tímto pojmem si můžeme představit chování poháněné pudy, s neodmyslitelným hladem a chutí v pozadí. Jeho základem jsou jak vnější, tak vnitřní motivy. Vnitřní, orgánové, mezi které řadíme stahy žaludku, hladinu cukru v krvi a funkci hypothalamu. A samozřejmě i vnější, například sociální pobídkové motivy k příjmu potravy.

Poruchám alimentárního chování se věnuje psychologie jako věda samostatně, ale i v kontextu jednotlivých psychických onemocnění. Například v případě nechutenství spojeného s depresí, a tak dále. Avšak o samotné „psychologii výživy“ jako takové příliš poznatků nenacházíme. Lze to považovat za určitou nevýhodu, neboť se dá předpokládat, že kdyby byli lidé lépe znalí mechanismů alimentárního chování, dal by se vhodnou edukací snížit rozvoj určitých poruch jídelního chování a s nimi související výskyt nadváhy či podváhy.

. I tato práce se bude věnovat tématu, které souvisí s nesprávnými stravovacími návyky a nevyhovujícím alimentárním chováním. První část pojednává o obezitě na obecné rovině, v jejích definicích a mapuje míru rozšíření této nemoci jak ve světě, tak u nás. Stěžejním tématem však zůstávají psychologické aspekty, ke kterým se toto onemocnění váže. Jsou zde zmapovány jak obecné osobnostní faktory lidí postižených nadváhou a obezitou, tak specifická psychopatologie, která bývá zvýšena při výskytu obezity. Ve druhé části této práce je empiricky zkoumána popsána teorie a ověřovány hypotézy související s psychologickými aspekty obezity. Výzkumná část je zaměřena na několik specifických fenoménů, které se k obezitě váží a mezi které patří narušené jídelní chování se zaměřením na emocionální jení a noční jení.

Léčba obezity vypadá z výše popsaného velice prostě. Zvýšit energetický výdej a snížit příjem. Proč je však pro tolik lidí složité vytrvat ve svém úsilí? Proč počty nemocných rostou a v posledních letech mluvíme o epidemii obezity, která zasahuje již malé děti? Zejména při opakovaném selhávání v redukci hmotnosti je třeba věnovat zvýšenou pozornost psychologickým faktorům. Naše alimentární chování nesouvisí jen s nejnütnějším příjmem kalorií pro přežití, situace je daleko složitější. Naše strava je formována sociálním prostředím, hédonistickým zážitkem, symboly, které jsme jídlu přiřkli a mnoha dalšími faktory.

1. Obezita

Nadváha a s ní i obezita, do které se může nadváha postupně rozvinout, se stávají problémem, který sužuje kulturně a ekonomicky rozvinutější státy světa. Netýká se pouze zdravotní sféry, ale je to fenomén, který zasahuje též do společenského a ekonomického prostředí člověka. V průběhu vývoje moderní medicíny se setkáváme s různými definicemi, které se snaží osvětlit problematiku obezity. Zatímco například ve středověkých spisech věnujících se otylosti, byl větší důraz na vznik tohoto onemocnění kladen na nestřídmost v konzumaci, v dnešní době vidíme širší spektrum příčin obezity a zahrnujeme do něj i genetické a endokrinologické faktory.

1.1 Definice a klasifikace obezity

Etymologicky vychází slovo „obezita“ z latinského „obesus“, což v překladu znamená tučný, naběhlý, oteklý či dobře živěný. Aktuální literatura nabízí mnoho formulací toho, co si pod pojmem „obezita“ představit, pro ilustraci uvádím tři příklady:

„Obezita je definována nadměrným uložením tuku v organismu. Podíl tuku v organismu tvoří normálně u žen 25-30% u mužů 20-25%.“ (Svačina & Bretšnajdrová, 2008, s. 12)

„Obezita je většinou multifaktoriálně podmíněné onemocnění, při němž interakce vlivu prostředí s hereditárními predispozicemi vede k pozitivní energetické bilanci, která má za následek nadměrné hromadění tukové tkáně.“ (Fried a kol., 2011, s. 59)

„Obezita neznamena nadměrnou hmotnost, ale nadměrné nakupení tukové tkáně $\geq 25\%$ u mužů a $\geq 30\%$ u žen.“ (Pastucha, 2011, s. 11)

Podle Světové zdravotnické organizace (WHO), která definovala obezitu r. 1985 jako abnormální nebo nadměrné ukládání tuku, které může poškodit zdraví, lze obezitu měřit. Dříve k tomuto měření sloužil tzv. Brocův index, jehož výpočet byl následující:

$$\text{Brocův index} = \text{hmotnost v kg} / (\text{výška v cm} - 100)$$

Ten se však ukázal jako nevhodný, neboť nebyl univerzální pro malé či naopak velké jedince (Svačina, 2008). Proto byl nahrazen tzv. Queteletovým indexem, který je dnes známý jako tzv. body mass index (BMI) a vypočítá se dle následujícího vzorce:

$$\text{BMI} = \text{hmotnost v kg} / (\text{výška v m})^2$$

Normální váha je obvykle udávána jako BMI 18, 5 – 25 kg/m² (Svačina & Bretšnajdrová, 2008). Obezita se tedy projevuje jako zvýšení hodnoty BMI. Dříve tomu bylo u mužů nad 30,0 kg/m² a u žen nad 28,6 kg/m². Roku 1999 však byla tato definice zpřesněna. Nadváhu označovala hodnota BMI nad 25 kg/m² a obezitu hodnota BMI nad 30 kg/m² (Veisová, 2011). Nadváha je proto stanovena v rozmezí BMI 25–30 kg/m², obezita I. stupně (mírná) v rozmezí BMI 30–35 kg/m², obezita II. stupně (střední) v rozmezí BMI 35–40 kg/m² a morbidní, tedy III. stupeň obezity, při BMI nad 40 kg/m² (Svačina & Bretšnajdrová, 2008). Samozřejmě se objevují i snahy, které usilují o větší komplexnost měření, než kterou nabízí „pouhé“ veličiny jako je výška a váha. Mezi takové výpočty patří i nový index, který se jmenuje ABSI (A Body Shape Index) a který uvažuje více i tvar těla, jenž jedinec má a zahrnuje do svého výpočtu i obvod pasu. A to pro velkou rizikovost právě tuku uloženém v břišní oblasti (Krakauer & Krakauer, 2012).

V současné době je tedy obezita definována jako nadměrné ukládání energetických zásob ve formě tuku. Ten se ukládá jak v podkoží, tak ve vnitřních orgánech a jejich okolí, především v oblasti břicha. Právě tuk, který je uložen v podkoží břicha vede k závažným metabolickým poruchám a způsobuje vysoká zdravotní rizika (Telička a kol., 2012). Takovýto druh obezity nazýváme obezitou androidní, či také obezitou mužského typu, či „typ jablko“. Existuje ještě protipól tomuto typu obezity, a to typ tzv. gynoidní, o kterém mluvíme též jako o ženském typu obezity, či o „typu hruška“ (Telička a kol., 2012). Tato kvalitativní klasifikaci obezity na androidní a gynoidní je vedle kvantitativního třídění (obezita I. až III. typu dle BMI) také významná pro určení individuálních rizikových faktorů.

Důležitým pro diagnostiku obezity je i samotný obsah tuku v těle. Nejjednodušší metodou ke stanovení obsahu tukové tkáně v organismu je antropometrické měření. Někteří autoři doporučují odhadovat množství tukové tkáně pouze z měření kožních řas kaliperací za pomoci kaliperu a porovnáním výsledků standardizovaných pro jednotlivé věkové kategorie. Dále je možné měřit také obvody jednotlivých segmentů lidského těla a šířku epikondylů, tedy výčnělků kloubů, na které se upínají vazy. Kombinací naměřených hodnot v regresních rovnicích vznikají různé indexy, které nás mohou dovést

až ke konceptům typologie tělesné stavby člověka (Poděbradská, 2011). Základem je také měření obvodu pasu, kdy je u žen více než 80 cm a u mužů více než 94 cm rizikové pro rozvoj dalších onemocnění. Nad 88 cm u žen a více než 102 cm naměřených v pase u mužů už je riziko podstatně zvýšené (Poděbradská, 2011).

Profesor Svačina (& Bretšnajdrová, 2008), přední český obezitolog, mluví o tom, že výskyt obezity je ovlivňován mnoha faktory, mezi které patří:

Věk: se stoupajícím věkem počet obézních přibývá a výskyt obezity kulminuje ve věku mezi padesátým a šedesátým rokem.

Pohlaví: ve většině populací jsou více obézní ženy, než muži.

Vzdělání a ekonomické postavení: nižší vzdělání a nižší příjmy jsou většinou provázány obezitou.

Rodinný stav: vstup do manželství vede u obou pohlaví k nárůstu hmotnosti.

Mateřství: předpokládá se, že s počtem těhotenství roste i hmotnost.

Genetické vlivy: v rodinném prostředí působí genetická výbava, ovšem i rodinné zvyky v podobě způsobu vaření a životního stylu, které přecházejí z generace na generaci.

Dietní zvyklosti a fyzická aktivita.

Závislostní chování, mezi které je řazena zejména závislost na alkoholu či kouření cigaret. Zatímco při zvýšeném příjmu alkoholu má hmotnost tendenci spíše stoupat (ačkoliv těžcí alkoholici mají naopak nižší hmotnost), kouření zvyšuje výdej energie a mírně snižuje výskyt obezity (Svačina & Bretšnajdrová, 2008).

Při bližším seznámení se s celým spektrem aktuálních článků věnujících se obezitě a nadváze na odborné úrovni se však můžeme setkat i se zajímavým názorem, který se vyjadřuje kriticky k všeobecnému postoji, že obezita je v určitých směrech nežádoucí. Autoři těchto názorů (např. Mackenzie, 2010) se pozastavují nad tím, jak je možné, že je na „tlustá těla“ stále pohlíženo jako na něco patologického, když statistiky naznačují, že více než polovina populace bohatších zemí trpí nadváhou nebo obezitou. Považují například BMI za stigmatizující údaj, který ve svém důsledku odsuzuje určité

jedince jako nezdravé, nezodpovědné a morálně zavrženíhodné občany (Mackenzie, 2010).

1. 2 Epidemiologie obezity

Obezita se plíživě stává v současnosti epidemií, která zasahuje takřka celý vyspělý svět. Odhadem trpí nadváhou asi miliarda osob a obezitou 300 miliónů lidí. Navíc více než třetina dětí má nadměrnou hmotnost nebo obezitu (Vlčková, 2009). Epidemiologii obezity můžeme rozdělit do čtyř fází, podle jejího vývoje:

1. fáze – od 70. let 20. století – progresivní zvyšování procenta jedinců s nadváhou a obezitou.

2. fáze – současnost – rychle rostoucí počet nemocí způsobených obezitou, což se týká především metabolického syndromu, nemoci jater či diabetu.

3. fáze – několik následujících desetiletí – významné zkrácení délky života na základě dopadu doprovodných onemocnění a celkové zhoršení zdravotního stavu obézních jedinců.

4. fáze – bude následovat po fázi třetí – takzvané transgenerační mechanismy způsobí významnou akceleraci nárůstu obezity, neboť již novorozenci z prenatálního období budou mít určité metabolické mechanismy, které je budou předurčovat k obezitě (Vítek, 2008).

Počet jedinců trpících obezitou na počet všech jedinců ve sledované populaci (tzv. prevalence obezity) v posledních desetiletích výrazně narůstá a v některých zemích došlo za posledních dvacet let k jeho zdvojnásobení. Například ve Velké Británii v roce 1980 bylo obézních 6% mužů a 8% žen. O šestnáct let později, tedy v roce 1996, mluvíme již o 14% mužů a 18% žen, kteří trpěli obezitou (Kunešová, 2004). V USA jsou výsledky ještě více znepokojivé, než ve Velké Británii. Od roku 1986 do roku 2000 se prevalence osob s BMI nad 40 kg/m² zvýšila čtyřikrát a prevalence osob s BMI nad 50 kg/m² se zvýšila dokonce pětinašobně (Vlčková, 2009). Zvyšující se prevalence obezity v rozvinutých i rozvojových státech je opakovaně dokumentována výsledky epidemiologických studií. Ty jsou prováděny v rámci jednotlivých států, ale také v celosvětovém měřítku. Rostoucí

trend je pozorován jak u dospělé populace, tak i u dětí a dospívajících, což je zvláště rizikový faktor z celospolečenského hlediska (Hlúbik a kol., 2009).

Podíváme-li se do dalších zemí, uvidíme, že statistiky nám říkají podobně zneklidňující informace. V Německu byla v roce 2003 zjištěna nadváha u 44,4% mužů a 28,3% žen, obezita u 14,1 % mužů a 12,5% žen. Znamená to tedy, že polovina (49,65%) dospělé populace se v Německu pohybuje nad normální hmotností. Ve Švýcarsku se situace zdá být jen nepatrně lepší, neboť v roce 2002 byla zjištěna nadváha u 41,4% mužů a 23,5% žen, a obezita u 9% mužů a 8,1% žen (Vlčková, 2009).

Státní zdravotní ústav České republiky monitoruje stav a zveřejňuje počty jedinců s nadváhou a obezitou (Puklová, 2011). Uvádí údaje podle Evropského výběrového šetření o zdravotním stavu v ČR, které proběhlo v roce 2008, že má hmotnost nad hranici normální hmotnosti 54% dospělé české populace. Z této nadpoloviční většiny 17% trpí obezitou (BMI nad 30). Z těchto 54%, které trápí váha nad hranici stanovené normy, je více mužů a více starších lidí (Puklová, 2011). V populaci je tak 63% mužů a 46% žen s vyšší, než normální hmotností. Mezi lety 2002 a 2008 byl pozorován největší nárůst výskytu obézních ve věkové skupině 35 – 44letých mužů, a u žen ve skupině 65 – 74letých (Puklová, 2011). V roce 2002 také WHO označila problém nadváhy za šesté nejdůležitější riziko, které ohrožuje lidské zdraví. V Evropě se u ženské populace obezita vyskytuje u 10 – 30% a u mužů je to 10 – 25%. V posledních 10 letech došlo k vzestupu prevalence obezity o 10 – 40% ve většině evropských zemích. Obezita a nadváha postihuje více než 50% obyvatel Evropy (Hlúbik a kol., 2009).

V České republice, kde probíhá projekt „Žij zdravě“ (Matoulek, 2013), se zabývá společnost STEM/Mark, a. s. výzkumy, které se věnují výskytu obezity. A to již od roku 2000. Noviny pro prevenci a léčbu obezity „Obesity NEWS“ ve svém dubnovém čísle letošního roku uvedly nejčerstvější informace z těchto šetření. Překvapivým zjištěním je, že počet jedinců s nadměrnou hmotností u nás od roku 2008 již neroste. Samozřejmě stále více než 56% dospělé populace trpí nadváhou či obezitou, avšak tento počet zůstává za posledních pět let na stejné úrovni. Podíváme-li se na výsledky podrobněji, zjistíme, že u žen se situace mírně zlepšila a jejich hmotnost se spíše snižuje, u mužů je tomu však naopak a dochází k určitému vzestupu jejich hmotnosti (Matoulek, 2013). Soubor, který

byl zkoumán, byl reprezentativní i z hlediska bydliště a tak bylo zjištěno, že nejrizikovějším místem pro vznik a rozvoj obezity je obec s 1000 – 2000 obyvateli, kde se dokonce dvě třetiny populace (67%) potýkají s vysokou hmotností. Studie také upozorňuje na opačný fenomén a to na podváhu ve skupině dívek od 18 do 19 let, která tvoří až 20% jejího zastoupení (Matoulek, 2013).

Samozřejmě obezita začíná být stejně tak závažným onemocněním i u dětí a to nejen ve světě, ale i u nás. V České republice se stala nejčastější metabolickou chorobou. Podle studie České obezitologické společnosti s názvem „Životní styl a obezita 2005“ má nadváhu či obezitu 20% dětí ve věku 6 – 12 let a 11% těch dětí, kterým je 13 – 17 let. Od roku 1991 do roku 2001 vzrostl počet obézních dětí o 3,6% v případě chlapců a 2,6% v případě dívek (Pastucha, 2011). Nejnovější výzkumy dokazují, že vyšší váha v dětství predikuje hmotnostní komplikace i v dospělosti. Pouze 22% populace, která se potýkala s nadváhou či obezitou v dětství, se daří v dospělosti udržovat váhu v normálních hodnotách. Tento trend je výraznější u mužů, neboť celých 90% hochů, kteří měli nadváhu či obezitu, se těchto komplikací nezbaví ani ve své dospělosti (Matoulek, 2013). Situace u nás však není nepodobná tomu, co se děje ve většině Evropy. Odhaduje se, že počet dětí, které trpí nadváhou či obezitou stoupá na území Evropské unie každý rok o 400 000 jedinců. V rámci celé Evropské unie tak nadváha postihuje téměř každé jedno dítě ze čtyř (Pastucha, 2011).

Mnoho epidemiologických studií dokazuje, že obezita významně zvyšuje morbiditu, mortalitu i kvalitu života (Tsigosa a kol., 2008). Obezita úzce souvisí s výskytem kardiovaskulárních nemocí, diabetem mellitu II. typu, zvýšeným krevním tlakem, onemocněním kloubů, dýchacími obtížemi, a i s přítomností některých nádorových onemocnění. U obézních žen se setkáváme s vyšším rizikem rakoviny dělohy, vaječníků a prsou a obézní muži mají zase zvýšenou pravděpodobnost rakoviny prostaty (Stárka a kol., 1999). Dále se u obézních zvyšuje riziko endokrinologických onemocnění a chirurgické a anesteziologické zákroky se stávají rizikovějšími (Hainer a kol., 1997). Obezita má také negativní vliv na plodnost. U mužů se snižuje počet spermií s normální pohyblivostí a častěji se u nich objevují erektilní dysfunkce (Weiss a kol. 2010).

Dramatický nárůst prevalence obezity na celém světě podněcuje zájem o důsledky tohoto jevu na zdraví a kvalitu života. Četné výzkumy prokázaly, že obezita přímo ovlivňuje kvalitu života. Zasahuje tak do subjektivně vnímané významnosti života a míry psychické a sociální pohody a spokojenosti s životem jako takovým (Hainer a kol., 2011). Je na místě zdůraznit, že se jedná nejen o psychickou rovinu životní spokojenosti, ale i o fyzické funkce, vitalitu, tělesnou bolest a celkový zdravotní stav. Studie zaměřené na kvalitu života obézních se orientují například i na motoriku a výskyt úrazů, které jsou zapříčiněny pády či klopýtnutími. Ty se u obézních vyskytují častěji, než u jedinců s normální tělesnou hmotností (Fjeldstad a kol., 2008). Obézní osoby vykazují tím větší poškození v kvalitě života, čím větší je stupeň obezity, kterým trpí (Kolotkin, 2001). Snížená kvalita života však souvisí i s tím, že obézní jedinci často nacházejí menší uplatnění ve společnosti, jsou podceňováni či se mnohdy nacházejí v pracovní neschopnosti (Hainer a kol., 2011). Bylo prokázáno, že úspěšné výsledky v procesu hubnutí zlepšují kvalitu života, která je pro obézní důležitou otázkou a měla by být zahrnována i do léčby tohoto onemocnění.

I přes vše výše napsané, existují některé populační skupiny, u kterých obezita nezvyšuje riziko úmrtí, jak tomu obvykle bývá v celé populaci, nýbrž zvýšené hodnoty BMI jsou u těchto jedinců spojeny s nižší mortalitou (Dorner & Rieder, 2010). Jedná se především o osoby vysokého věku, pacienty s onemocněním srdce, ledvin a s jinými chorobnými stavy. Za optimální hodnotu BMI jsou pro tuto populační skupinu jsou považovány 27 – 30 kg/m². Tento jev nazýváme takzvaným „paradoxem obezity“ (Dorner & Rieder, 2010). V německy hovořících zemích, jak dokazuje právě německá studie (Dorner & Rieder, 2010), se vyskytuje velký počet těch, u kterých může být paradox obezity přítomen. K vysvětlení této negativní asociace mezi tělesnou hmotností a mortalitou byly navrženy různé modely. Avšak pro vybrané skupiny pacientů, u kterých lze předpokládat paradox obezity, nebyly dosud vypracovány klinické směrnice, ani doporučení optimálního způsobu intervence. Obecně lze poradit (Dorner & Rieder, 2010) individualizovaný přístup, při kterém se bere v úvahu možný vliv nadměrné hmotnosti na mortalitu, fyzické funkce a kvalitu života.

1.3 Etiologie obezity

Mluvíme-li o původu a příčinách obezity, je řeč o etiologii tohoto onemocnění. Při vzniku obezity je možné se setkat s různými faktory, které tento proces ovlivňují. Od příčin metabolických, u kterých hledáme často genetický původ, přes působení výchovy a sociálního okolí, až k psychologickým vlivům. Základním etiologickým faktorem však stále zůstává vyšší energetický příjem ve srovnání s energetickým výdejem (Kunešová, 2004). Vzniká takzvaná „pozitivní energetická bilance“, kdy je relativní dostatek (a často i nadbytek) energeticky bohaté stravy doplněn o skromné množství pohybu (Hainer a kol., 2011). Kromě obsahu energie v přijaté potravě je i důležité její složení a poměr základních živin, tedy proteinů, lipidů a sacharidů a jejich původ. U energetického výdeje nastává v posledních dekádách problém, neboť sledujeme pokles fyzické práce v zaměstnání a snížení fyzické aktivity při každodenním zajišťování běžných potřeb i ve volném čase. Tím se zřetelně zvyšuje podíl populace se sedavým způsobem života (Kunešová, 2004), který má negativní následky.

Pokud je pozitivní energetická bilance dlouhodobá, hraje v etiopatogenezi obezity důležitou roli. Je-li příjem energie ve srovnání s výdejem vyšší, dochází k ukládání energie ve formě triglyceridů do tukových buněk s následným vzestupem podílu tělesného tuku (Hlúbik a kol., 2009). Tato pozitivní energetická bilance vzniká jako důsledek nevhodného životního stylu. Ten je představován zejména častou konzumací tučných a sladkých jídel s vysokou energetickou hodnotou, nedostatečným příjmem vlákniny a nedostatečným výdejem energie. Hlavní složkou výdeje energie je bazální energetický výdej, který je závislý na pohlaví, věku, tělesném povrchu a fyziologickém stavu organismu. Součástí celodenního energetického výdeje je také termický efekt potravy a množství energie vydané při aktivním pohybu (Hlúbik a kol., 2009).

Na vzniku obezity se však podílí celá řada faktorů (Vlčková, 2009) a mezi ty nejdůležitější, které budou stručně popsány, patří:

Genetické faktory, které se na vzniku obezity podílejí ze 40 až 70%. Geneticky podmíněné faktory, ovlivňující vzestup tělesné hmotnosti, lze rozdělit na oblast související s výběrem, konzumací a metabolismem základních nutrientů. Dosud bylo identifikováno přibližně 600 genů, které bývají spojovány s genotypem obezity. Ovšem

jen u 35 z nich byla potvrzena souvislost mezi genovou variantou a vysokou tělesnou hmotností. Lidstvo jako takové je nedostatečně chráněno proti obezitě, protože lidský genom vzhledem k evoluci podporuje akumulaci tukové tkáně a brzdí její odbourávání (Hainerová, 2007).

Hormonální faktory v čele s hormonem leptinem, který centrálně reguluje příjem potravy a je produkován tukovou tkání. Také inzulin a změny v inzulinové citlivosti jsou důležité pro vznik a rozvoj obezity (Stárka a kol., 1999). U obézních pozorujeme vyšší úroveň pocitu hladu a chuti po jídlech, která obsahují vysoké množství energie a jsou bohatá na tuky. Důležitá je tedy regulace příjmu potravy (pocit hladu), a oblast výdeje energie zahrnující klidový energetický výdej, termogenezi navozenou dietou (čímž označujeme proces trávení, vstřebávání a metabolismu přijaté potravy) a výdej energie v průběhu pohybové aktivity (Hlúbik a kol., 2009).

Životní styl, kde hraje podstatnou roli rovnováha mezi energií přijatou a vydanou. Zvýšení sedavého způsobu života, snížení fyzické aktivity, ale i chronický stres vede k pozitivní energetické bilanci, která má za výsledek přibývání na váze (Vlčková, 2009).

Sociální faktory jsou poslední uváděnou okolností, která ovlivňuje vznik a vývoj obezity. Tradičně se má za to, že je větší výskyt obezity u osob s nižším vzděláním a nižším příjmem (Vlčková, 2009). V doporučeném diagnostickém a léčebném postupu pro praktické lékaře (Hlúbik a kol., 2009) se v souvislosti s etiologií obezity mluví i o psychologických faktorech, kterým se budou věnovat následující kapitoly. Dozvídáme se zde však také to, že se na vzniku obezity podílí i konkrétní sociálně – kulturní a ekonomická situace. U osob se základním vzděláním je prevalence nadváhy a obezity vyšší, než ve srovnání s vysokoškolsky vzdělanými jedinci (Hlúbik a kol., 2009).

Můžeme se setkat i se specifickým obdobím, kterému jsou vystaveny především ženy, které v průběhu ontogeneze zvyšuje riziko vzniku a rozvoje obezity. Mezi takováto období můžeme zařadit například dospívání, těhotenství a šestinedělí či klimakterium. Zvyšování tělesné hmotnosti, které většinou tato období doprovází, způsobuje vedle hormonálních sekrecí i změny stravovacího chování a pohybových aktivit (Hlúbik & Vosečková, 2002).

Avšak za vznikem obezity nestojí vždy pouze pozitivní energetická bilance. Často bývá uváděno, že obezita úzce souvisí s onemocněním štítné žlázy či s nemocí nadledvin. Profesor Svačina však tyto souvislosti vyvrací (Svačina & Bretšnajdrová, 2008) a dodává, že obezita související s hormonálními poruchami je poměrně vzácná. I přesto je však obezita spojená s narušením některých hormonálních okruhů, neboť není klasickou nemocí jednoho orgánu. K typickým změnám hormonů, které se pojí s obezitou, řadíme necitlivost na inzulín a zvýšenou sekreci stresových hormonů kortizolu a adrenalinu (Svačina & Bretšnajdrová, 2008). Vedle hormonálních poruch souvisí se vznikem obezity i retence tekutin, která bývá nejčastěji zapříčiněna syndromem inadekvátní sekrece ADH, které se vyskytují u plicního karcinomu, hypotalamických lézí a po některých léčích (Collins, 2007).

S farmaky souvisí nárůst hmotnosti ve více případech, například při hormonální léčbě a užívání hormonální antikoncepce. Ke zvyšování tělesné váhy dochází například také u diabetiků po léčbě zvyšující hladinu inzulínu v krvi (Fialová & Vlček, 2010). Dalším samostatným tématem je obezita v souvislosti s psychofarmaky. Nejvíce se na ní podílejí antidepresiva, antipsychotika a další příbuzné skupiny léků (anxiolytika, antiepileptika, tymoprofylaktika) (Svačina, 2005b).

1. 4 Základní strategie prevence obezity

Česká obezitologická společnost předkládá doporučené postupy prevence a léčby dětské obezity. Léčba dospělých se řídí Evropskými doporučeními pro léčbu obezity dospělých. Přes stálý pokrok v léčbě však prevalence dále narůstá, což zdůrazňuje nezbytnost prevence a intervence strategií, které budou použitelné nejen jak individuálně, tak celospolečensky (Coufalová, 2011). Celospolečenská odpovědnost spočívá především ve změně obezitogenního prostředí. To proto, aby zdravá volba životního stylu byla snazší a dostupnější (Hainer a kol., 2011). Neboť vždy je lepší onemocnění spíše předcházet, než mu čelit.

Důležité je však zabránit rozvoji obezity již v dětství a naučit tak děti zásadám správného životního stylu, neboť rodičovská obezita je nejsilnějším faktorem, který predikuje obezitu dětskou. Zapojení rodičů je klíčové pro předcházení nadváze a obezitě, protože právě rodiče mají největší kontrolu nad jídlem a aktivitami svých dětí (Olstad &

McCargar, 2009). Pravděpodobně i to je důvodem, proč se většina zahraničních studií zabývajících se prevencí obezity orientuje na děti a školní prostředí. Proto se například za pomoci mimoškolních programů zvyšuje dětská zkušenost s fyzickou aktivitou a zdravou stravou, aby se podpořila seberealizace související se zdravým životním stylem (Lau a kol., 2013). Jako příklad můžeme uvést výzkum vlivu docházení do školy na fyzickou zdatnost a zdraví japonských dětí. Pravidelná pěší chůze pomohla bojovat proti obezitě tím, že poskytovala opakovanou fyzickou aktivitu (Mori a kol., 2012).

Samozřejmostí v prevenci obezity jsou následující tři strategie:

- nepřijímat sedavý způsob života, který je v dnešní době tak rozšířený jak u dětí, tak u dospělých,
- snažit se vyhýbat stresu a frustracím, udržovat si psychickou pohodu
- a jako poslední je faktor úpravy jídelníčku a preference kvality, pestrosti a pravidelnosti (Müllerová, 2003).

Sílu prevence a informovanosti dokazuje i jeden z výzkumů (Chen a kol., 2013), který byl proveden v letech 2004 až 2005 v USA. Hlavním zjištěním tohoto výzkumu bylo, že poskytování plošné preventivní péče v oblasti obezity na úrovni místních zdravotnických zařízení je skutečně efektivní. Nejvýraznější dopady měla osvěta na ženy a to na ty s nižším socioekonomickým postavením (Chen a kol., 2013).

Mezi determinanty obezity patří zejména výživa, fyzická aktivita a sociální faktory (Hainer a kol., 2011). Monitorování BMI by se mělo stát součástí pravidelných preventivních prohlídek u praktických lékařů. Zjistí-li lékař hodnoty, které by mohly pacienta ohrozit, měl by jej upozornit na rizika spojená s nadváhou a obezitou, případně doporučit úpravu životního stylu (Hlúbik a kol., 2009). Abychom předešli nemocem s obezitou spojenými, je důležité nejen upravit celkovou skladbu jídelníčku a energetický příjem a výdej, ale snížit i obsah soli v potravinách (Hainer a kol., 2011).

Řada odborných článků a publikací však prevenci svým způsobem zmiňují pouze okrajově. Případně poznamenají její důležitost, avšak nepopíší, jak by měla taková prevence vypadat (např. Vlčková, 2009). Často je uváděna společně s léčbou (např. Kunešová, 2004), ačkoliv se jedná o diametrálně odlišné způsoby práce s pacientem, či

práce se sebou samým. Proto se o prevenci dozvíme spíše z populárně naučných publikací (např. Fořt, 2004), které bývají návodné a použitelné pro široké spektrum čtenářů, ovšem na úkor odbornosti textu. V zásadě při prevenci obezity pracujeme s několika důležitými body:

Zdravé stravování zahrnující pravidelně podávaná hlavní jídla a svačiny.

Vhodná skladba potravin, která může být načerpána například ve výživových pyramidách, které názorně ukazují doporučené složení jídelníčku co do množství a rozložení sacharidů, bílkovin a tuků.

Účelně navržená fyzická aktivita, která by v ideálním případě měla jedinci nejen pomáhat udržovat energetickou bilanci, ale také se stát žádoucí volnočasovou aktivitou (např. Fořt, 2004).

2. Osobnostní faktory osob s nadváhou a obezitou

Vznik a vývoj obezity u jedince je ovlivňován nejen jeho vnějším, ale samozřejmě i vnitřním prostředím. Tito činitelé však nepůsobí izolovaně, ale jsou od sebe navzájem nerozlučitelní. Představují to, co jedince, který je obezitou ohrožen, obklopuje a zároveň i proniká do jeho nitra. Prostředí, ve kterém dotyčný vyrůstá a učí se stravovacím návykům, či představa o lidském těle, která může být například médií prezentována až deformovaně, zůstávají vnějšími faktory. Na ty však jedinec kognitivně a behaviorálně reaguje a dostává se s tímto prostředím do živé interakce. Způsob, jakým se člověk vyrovnává s těmito vnějšími pobídkami ovlivňují osobnostní faktory každého jednotlivce.

Je však důležité mít na paměti, že lidé s nadváhou, či obezitou netvoří homogenní skupinu, která by se nutně vyznačovala více společnými atributy, než je zvýšené množství tukové tkáně. Některé odborné studie tento trend dokazují a potvrzují, že se obézní neliší od většinové populace v osobnostních charakteristikách. Můžeme tak očekávat, že mezi obézními panuje velká osobnostní variabilita. Pro větší konkrétnost uvedeme studii doktorky Anny Rydén (2003), která se zabývá obezitou na Institutu pro interní medicínu ve Švýcarsku. Její výsledky neprokazují tzv. „generalizovaný osobnostní profil obézního jedince“, ale je zde spíše zaznamenána variace osobnostních rysů a pouze malé odchylky od skupiny běžné populace (Rydén a kol., 2003).

Oproti těmto výsledkům ale některé studie docházejí k pravému opaku. Italský lékař Secondo Fassino ve své studii, která posuzuje náladu a související psychopatologii u obézních jedinců (Fassino a kol., 2003) dokazuje, že skupiny obézních pacientů vykazují těžší depresivní symptomatologii, než skupina kontrolní. To samozřejmě podporuje tvrzení, že obezita je v klinické populaci spojena s větší mírou úzkosti a emočních poruch.

Příjem potravy se pro řadu obézních pacientů stává substitucí za určité hodnoty nebo specifické potřeby a tak ztrácí na významu coby fyziologická funkce a stává se určitým způsobem seberealizací. Dostavuje se dobrá nálada, snížení úzkosti, strachu a pocitů deprese. Tato změna je založena na fyziologické reakci organismu, neboť v hypotalamu se v takových chvílích uvolňují endorfíny, které patří k tzv. endogenním

opiátům (Hlúbik & Vosečková, 2002). Což je ovšem z dlouhodobého hlediska problém, neboť jedinci s nadváhou či obezitou jsou ve svém chování a nepřiměřených jídelních návycích fixováni. Tímto kompenzačním mechanismem, který nedovoluje zvládat situaci přiměřenými způsoby, se prohlubuje trápení, ve kterém se jedinec nachází. Navíc se po odeznění slastných pocitů dostávají výčitky svědomí a depresivní stavy, ze kterých hledá obězní opět cestu ven jídlem, a tím se dostává do začarovaného kruhu.

2. 1 Vlivy osobnosti podílející se na vzniku a vývoji obezity

Ještě na začátku dvacátého století bylo tradicí pohlížet na obezitu jako na vadu charakteru. V dnešní době je však takovýto přístup příliš zjednodušující a nepřijatelný. Vznik a rozvoj nadváhy v obezitě je ovlivněn vedle volných vlastností i řadou genetických, výchovných, socioekonomických a v neposlední řadě i psychosociálních faktorů (Zlatko & Pastucha, 2012).

Psychosociální faktory mohou nejen ovlivňovat pravděpodobnost vzniku obezity, ale i úspěšnost její léčby. Běžné životní události, každodenní stresové situace, sebepojetí, rodinný systém a specifické vývojové období, to vše jsou proměnné, které mohou ovlivňovat vznik a vývoj nemoci. Osobnostní vlastnosti představují v interakci s těmito okolnostmi důležitý faktor, který ovlivňuje vulnerabilitu a tím i míru citlivosti jedince, se kterou zvládá náročné životní situace (Hlúbik & Vosečková, 2002). Nesprávná životospráva může být často výsledkem reakcí na stres, vědomých či neuvědomovaných pocitů úzkosti, pocitů nejistoty a ohrožení či výsledkem zvyku jíst rychle, který je často pěstován již v dětství (Hartl & Hartlová, 2004).

Ve zvýšené míře se mezi pacienty, kteří jsou léčeni pro svoji obezitu, objevuje i afektivní porucha, impulzivita a nižší subjektivně vnímaná kvalita života. Dále se objevují i pocity sociální izolace a diskriminace, ztížené společenské uplatnění, nižší sociabilita a převažující depresivní prožívání (Hlúbik & Vosečková, 2002). Samozřejmě je otázkou, do jaké míry tyto psychické obtíže vznikají v důsledku léčby obezity či jejím neúspěšným průběhem. Případně do jaké míry jde o charakteristiku osobnosti, která by se projevila nehledě na propuknutí obezity.

Osobnostní charakteristiky obězních, kterým je tato podkapitola věnována, bývají často připodobňovány k charakteristikám těch jedinců, kteří jsou stíženi mentální bulimií

či mají tendenci k abúzu návykových látek, nejčastěji alkoholu (Palme, 1999). Samotný alkohol je brán jako rizikový faktor vzniku obezity, neboť ti, co jej konzumují v souvislosti s jídlem, pak mají tendenci ke zvýšenému příjmu potravy (Yeomans, 2010). Společným rysem, kterým se zmínění jedinci vykazují, je užívání určitých látek k utlumení negativních pocitů či naopak dosažení uspokojení. Výzkum (Palme, 1999), který se věnoval mapování osobnostních rysů žen, které se léčily ve Stockholmské nemocnici s obezitou, mentální bulimií a s alkoholismem, ukazuje, že tyto ženy trápí podobné problémy. Ve srovnání s běžnou populací jsou:

- více antisociální s obtížemi se přizpůsobit společenským normám,
- více psychastenické,
- vykazovaly vyšší náchylnost k úzkosti
- a silnější potřebu k okamžitému uspokojení (Palme, 1999).

Tyto společné rysy jsou podloženy i dalšími výzkumy, které pracují s jinými testovými metodami. Zajímavostí mezi těmito testy je srovnávání výsledků skupiny obézních jedinců s kontrolní skupinou na základě výsledků v Rorschachově projektivním testu (Elfhag a kol., 2003). I zde se velká část ze skupiny obézních vyznačovala problémy s emocemi a sklony k depresi. Jako poslední v tomto přehledu uvedeme studii (Swenson a kol., 1976), která se zabývala měřením obézních za pomoci dotazníku MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory). Zde byly zjištěny zvýšené hodnoty u obou pohlaví na škále F a Ma. Škála F může být často ukazatelem psychické poruchy (ačkoliv její původním smyslem je působit jako škála validizační) a škála Ma naznačuje určitou hypomani, nadprodukcí v myšlení a jednání a bývá také zvýšená u osob, které mají sklon k nadužívání alkoholu (Svoboda, 2005). Obézní ženy měly dále významně vyšší skóre na škálách měřících psychopatii (Pd), paranoiditu (Pa), a schizofrenii (Sc), než referenční populace. Výzkumníci však podtrhují, že není smyslem jejich studie upozornit u obézních na jednu izolovanou charakteristiku osobnosti. Nýbrž spíše poukázat na přítomnost určitých vzorců chování, které mohou být obézním společné (Swenson a kol., 1976).

Na základě výše uvedených studií tedy můžeme předpokládat, že obézní mají tendenci být co do osobnostních charakteristik více křehcí, než neobézní populace. Ať již mluvíme o vlastnostech příznačných pro emoční prožívání, hladinu a intenzitu pocíťované úzkosti nebo o schopnosti se sociálně zapojit. Samozřejmě byly uvedeny i ty studie, které tyto společné rysy nepotvrzují a vyvracejí charakteristiky, kterými by mohli být obézní souhrnně označováni.

Určité odlišnosti můžeme najít mezi obézními muži a ženami. Studie potvrzují, že existují významné měřitelné rozdíly v tom, jak se muži a ženy cítí být poznamenáni obezitou (Ferguson a kol., 2009). Většina výzkumů potvrzuje, že ženy zažívají výrazněji vyšší negativní sociální a psychologické efekty obezity. A to i tehdy, mají-li nižší index tělesné hmotnosti, než muži, projevují významně nižší skóre kvality života. To se podepisuje na jejich sebevědomí, sexuálním životě a úzkosti prožívané na veřejnosti (Ferguson a kol., 2009). Některé studie poukazují také na to, že se obézní ženy setkávají s větší diskriminací na pracovišti, než obézní muži (Puhl & Brownell, 2001), to se poté opět odráží na kvalitě života a celkové spokojenosti.

2. 2 Volní chování a obezita

Tématu volních vlastností je v této práci věnován samostatný prostor, neboť mnoho obézních si stěžuje na svoji „slabou vůli“. Zmiňujeme-li volní chování a spojujeme-li jej s tím alimentárním, očekáváme určité narušení běžného a vyváženého příjmu potravy. Zdá se, že pro jedince, kteří mají nižší potřebu, než spotřebu, jsou volní vlastnosti klíčovým prvkem k dosažení zdravé tělesné hmotnosti. Avšak specifické téma vůle a volních vlastností se těžko definuje a vymezuje. V zásadě mluvíme o tendenci se všeobecným zaměřením, která může posloužit k realizaci jakýchkoliv motivů za účelem splnění rozmanitých cílů (Tardy, 1964).

V případě vůle se můžeme setkat, tak jako takřka u každého psychologického pojmu, s mnoha definicemi. Profesorka Vágnerová (2004) mluví o vůli jako o komplexu vlastností, které se specifickým způsobem uplatňují v regulaci a integraci vědomé aktivity. Je to dle ní schopnost chtění a vědomé volby určitého cíle. Úsilí, které je zaměřeno na tento cíl, je však často spojeno s nějakým omezením, což vyžaduje určitou dávku sebeovládání. V posledních desetiletích je vůle definovaná jako schopnost zůstat u

vytyčených úkolů a soustředit se na odrážení případných rozptýlení (Deimann & Bastiaens, 2010). Samozřejmě se výzkumy v oblasti volních vlastností zaměřují i na klesající motivaci nebo negativní emoce spojené s výkonem. Ty mohou být řešeny s použitím strategie akční kontroly, které jsou pro zvolené téma velmi dobře využitelné v praxi.

Klasickým autorem mezi tuzemskými psychology je i Milan Brichtín (1987), který o vůli mluví jako o schopnosti jednajícího subjektu vědomě řídit vlastní psychickou činnost a tak ve svém důsledku regulovat vnitřní i vnější stavy jedince. Vůli můžeme dále blíže specifikovat volními procesy. Jednoduše řečeno je to sled událostí, který se odehrává mezi impulsem a jednáním. Vůle má i své vlastnosti, které se projevují vždy, když volně působíme. Brichtín (1988, s.148) definuje volní vlastnosti jako *„...strukturálně-funkční a obsahově-vztahové charakteristiky lidské psychiky, které relativně stálým způsobem spoluurčují průběh volních procesů a projevují se v individuálně příznačných rysech činností i v individuálně typických zvláštlostech sociálního styku.“* Jak můžeme vidět, volní vlastnosti jsou relativně stálé charakteristiky a spoluurčují průběh volních procesů.

Zmíněné procesy a vlastnosti volního jednání spolu tedy úzce souvisejí a spoluvytvářejí výsledný akt volního jednání. Volní akt je charakteristický projevem aktivity vlastního Já a vyjadřuje naše chtění, což je projev nejen vůle, ale i motivace (Švancara, 2003). Při působení motivačních sil jsou důležité i emoce, ovšem ne vždy je možné vyjít emotivně vstříc. Proto je při volním aktu uplatňována i kognitivní složka. Ta třídí priority motivů a vybírá mezi dosažitelnými hodnotami. Je nutné podotknout, že vůle jako komplex vlastností není vrozenou složkou osobnosti, ale roste společně s učením. Má na ni významný vliv zkušenost a rozvoj osobnosti (Vágnerová, 2004).

2. 2. 1 Sebekontrola

Vhodně zvolené strategie volního chování a sebekontroly mohou být velice užitečné i v prevenci a léčbě obezity. Například odložení okamžitě dostupné odměny za účelem získání větší odměny, která je však v čase více vzdálená. To může být pro obézního situace, kdy si odepře nevhodnou potravinu pro dodržení redukčního plánu, který vede k optimální hmotnosti. Emocionální pohoda, která se dostavuje při okamžitém

uspokojení, může být na překážku při dosahování dlouhodobějších cílů. Zaměřit se spíše na výkon tak může být spojeno s méně pozitivními pocity a vyžaduje to činy vůle. V těchto případech může pomoci volní strategie emoční kontroly, neboť uklidňuje dotyčného, když zažívá pocity nudy (Canetti a kol., 2002). Kontrolu chování můžeme rozčlenit na kontrolu úsilí a kontrolu vytrvalosti. Například, mohou být využity ve formě „self-talk“: „Chci zůstat u této aktivity o trochu déle.“ (Boekaerts, 2006). Můžeme zde mluvit o „síle vůle“, kterou zmiňují někteří psychologové jako schopnost organizovat energii tělesnou i duševní za účelem překonávání odporu, který brání dosažení cíle (Nakonečný, 1998). Existují další strategie pro kontrolu motivace a pro zabránění předčasného přeskočení či nedodržení vytyčeného úkolu, který vede k cíli. Mezi takové řadíme například „úrokové vylepšení“, což můžeme popsat jako snahu, aby úkol byl co možná nejpřitažlivější (Pintrich, 1999).

Cílem je u jedinců trpících obezitou, aby byli schopni získat kontrolu nad podněty, které ovlivňují jejich jídelní chování. To je zvláště důležité tehdy, nepůsobí-li zatím úbytek váhy jako motivující činitel. Techniky sebekontroly mají za cíl vyvinout u těchto jedinců schopnost sebeovládání. Je to komplexní soubor činností, volních vlastností a dovedností, díky kterým obézní jedinec ovlivňuje své chování v požadovaném směru. K těmto technikám řadíme: techniky sebezpozorování, techniky aktivní kontroly podnětů, techniky kontrolující samotný akt jedení a techniky sebezpevnění (Hainer a kol., 2011).

Vůle je důležitý aspekt našeho lidství, je to schopnost zapojit do našeho reflexního chování i řízené jednání. I přes to, že se zdá, že emocionální systém je primární, může volní systém upřednostnit chování jiné. Síla volního jednání ovlivňuje reflexní systém, ačkoliv je jen omezeným zdrojem, který se může vyčerpat. A tak, stejně jako všechny ostatní omezené zdroje, podléhá zákonu „klesajících výnosů“. Jakmile jsou síly vyčerpány, reflexní systém se stává zranitelnějším.

V následujících bodech (Heshmat, 2011) jsou popsány některé faktory, které poškozují vůli. U vybraných z nich můžeme pozorovat vazbu na jídelní chování obézních. Jsou jimi:

- Kognitivní zatížení mnoha možnými volbami,
- vyčerpání ega samotným rozhodováním,

- samota a sociální vyloučení
- věk, neboť v dětství jsme více závislí na afektech, než na vůli,
- míra posilování vůle a její kultivování,
- autonomní sebekontrola, neboť ta rozhodnutí, která učiníme z vlastní vůle se nám dosahují snadněji,
- vyvážení volního rozpočtu, což znamená soustředění volního úsilí jen na jeden či jen několik málo menších cílů,
- ale i hladina cukru v krvi, neboť mozkové buňky používají krevní cukr jako svůj hlavní zdroj energie, a jeho pokles, byť jen na pár minut, může mít dopad na naši vůli (Heshmat, 2011).

Za základní volní faktory považuje Brichtín (1988) volní sebekontrolu a volní úsilí. Pod sebekontrolou má na mysli zejména sebeorganizaci a sebeovládání. To znamená setřídění struktury, která řídí a vykonává před i v průběhu volního jednání. Sebekontrola potlačuje vlastní představy, pocity a potřeby za účelem dosažení žádoucího stavu vědomí. Můžeme ji chápat jako vědomou koncentraci veškerých aktivit ve prospěch zvoleného cíle (Vágnerová, 2004).

Techniky sebekontroly jsou nejvhodnější zejména tehdy, pokud je konflikt mezi krátkodobými a dlouhodobými důsledky chování. Vztáhneme-li tuto obecninu ke zvolenému tématu, je vložení jídla do úst bezprostředně posilováno kladnými důsledky. Uspokojení hladu, pocit sytosti a vytoužená chuť na jazyku, to jsou pozitiva, která může mít jedinec v jediném okamžiku. Na rozdíl od toho, negativní důsledky, jakými jsou přibírání na váze a s ním spojené rozmanité další problémy, jsou odloženy do vzdálené budoucnosti (Hainer a kol, 2011). K překonání časového úseku mezi dodržením diety, což může být vnímáno jako bezprostřední negativní dopad, a viditelným úbytkem váhy, tedy pozitivním efektem, je potřeba notná dávka sebekontroly.

3. Obezita a psychopatologie

Psychopatologie může mít vliv na rozvoj a udržování obezity a zároveň obezita může zapříčiňovat rozvoj určité psychopatologie obézního jedince. Psychodiagnostické vyšetření je tedy na místě, je-li u pacienta s obezitou podezření na neobvyklé jídelní chování, poruchy příjmu potravy, poruchy nálad či některý ze syndromů pojící se k nezdravým jídelním návykům. Dále může sloužit uzpůsobení léčby konkrétnímu pacientovi a bývá také součástí vyšetření před plánovanou chirurgickou léčbou obezity (Wagenknecht, 2011). Studie, které se zabývají osobnostními rysy, či psychopatologií u obézních bývají vzácné. A to i přes to, že se u obézních můžeme setkat z řadou psychosociálních komplikací, mezi které patří společenská diskriminace, malé sebevědomí, motivační porucha spojená s autoakuzací, deprese, úzkost a poruchy příjmu potravy (Hainer a kol., 2011). Stáří, stupeň obezity, složení těla, zkušenosti s dietami a délka trvání léčby obezity významně ovlivňují psychosociální stres (Papežová, 2010).

Jak již bylo uvedeno ve druhé kapitole, výsledky výzkumů, které tato tvrzení ověřují, bývají často rozporuplná. Například nedávná německá studie (Hach a kol., 2007) provedená na více než čtyřech tisících dospělých trpících obezitou, nepotvrzuje spojitost obezity a psychopatologie. Autoři připouštějí určité somatické nevýhody, se kterými se obézní potýkají. Ovšem sociální či emoční znevýhodnění, jejichž časté rozšíření bývá mezi obézními předpokládáno, nepotvrdili (Hach a kol., 2007).

Je nutné však podotknout, že nalézáme v aktuální literatuře více studií, které teorii komorbidity obezity a psychopatologie potvrzují. Obézní jedinci tak podle těchto zdrojů mívají významné frekvence záchvatovitého přejídání, vykazují vysokou úroveň tělesné nespokojenosti a jsou častěji úzkostní. Výjimkou nejsou ani obézní adolescenti, u kterých se setkáváme s tím, že poruchy příjmu potravy souvisejí s poruchami nálady a úzkostnými poruchami, ovšem ve výraznější závislosti na pohlaví, než je tomu u dospělých obézních (Gilchrist & Zimetkin, 2006).

Psychika se tak jeví jako zcela klíčový faktor v otázce obezity. Setkáváme se i s takovým názorem (např. Zlatko & Pastucha, 2012), že u zdravých jedinců je nevyrovnaný psychický stav nejen zodpovědný za počátek obezity. Ale i v jakémkoliv

dalším stupni jejího rozvoje dokonce i příčinou neúspěchů v redukci fyzické hmotnosti. Samotnou obezitu však nechápeme jako duševní poruchu, ačkoliv může sekundárně vést k narušenému sebehodnocení, poruchám nálady či sociální izolaci (Orel, 2012). V souvislosti s tím je věnována pozornost psychogennímu přejídání, které se podílí na narůstajícím problému obezity a nadváhy v populaci. Typické je neustálým se zabýváním jídlem, bažení po jídle (tzv. „craving“), které se příliš neliší od touhy po drogách, a přejídání (tzv. „binge eating“) jako u bulimických pacientů s trýznivým pocitem ztráty kontroly po přejedení (Papežová, 2011).

Období zvýšeného stresu a nepohody mohou být varovným faktorem před tím, užívat jídlo jako nejdostupnější anxiolitikum (Zlatko a & Pastucha, 2012). Můžeme říci, že příjem jídla uklidňuje, neboť jde o fylogeneticky velice starý mechanismus, který měl pravděpodobně umožnit klidné trávení jídla. Naopak nervozita a hyperaktivita byly způsoby, jak podpořit vyhledávání a obstarávání potravy. S tím souvisí i fakt, že lidé závislí na návykových látkách nebyvají obézní. Může to být samozřejmě dáno i sociálními problémy, avšak lze předpokládat, že závislí používají k uklidnění právě jiné látky, než je jídlo (Svačina, 2005a).

Zdá se, že míra psychosociálních důsledků obezity souvisí i se stupněm obezity, kterým jedinec trpí. Depresivní nálada a snížené socioekonomické postavení jsou nejvýraznější u osob s těžkou obezitou, která může významně snížit celkovou kvalitu života (Wilding, 2012). Výskyt psychiatrických poruch, psychopatologických symptomů a narušeného jídelního chování v populaci, která trpí morbidní obezitou, je spíše pravidlem. Do jaké míry však psychické poruchy nadváže předcházejí, nebo jsou jejími následky, není stále jasné. Redukce hmotnosti u morbidně obézních vede k redukci psychopatologie narušeného jídelního chování, a tím i ke zlepšení celkové kvality života (Papežová, 2010).

Následující podkapitoly blíže popíší nejvýznamnější psychogenní obtíže spojené s obezitou. Je jim věnován prostor vzhledem k jejich závažnosti a také v souvislostech k empirické části této práce, která se některými vybranými poruchami zabývá podrobněji.

3. 1 Zakoušení vlastního těla u obézních jedinců

V zahraniční literatuře se setkáváme s termínem „body image“, který je do češtiny často překládán jako představa o vlastním těle, tělesné sebepojetí či, jako v této práci použité, tělesné schéma. Ve své podstatě je to označení pro zakoušení vlastního těla (Hrachovinová & Chudobová, 2004). V posledních letech můžeme sledovat, že se zaměření výzkumů na tělesné schéma soustředí nejen na pacienty obézní či s podváhou, ale také na normální osoby bez známek poruch příjmu potravy. Díky těmto výzkumům a jejich výsledkům se tak dozvídáme, že je porucha tělesného schématu výrazně rozšířená i mezi touto neklinickou populací (Hrachovinová a kol., 2005). Výsledky těchto výzkumů navíc potvrzují, určitou souvislost mezi narušeným tělesným schématem a neobvyklým jídelním chováním (Thompson, 1990).

Psychopatologie, která je specifická pro obézní, je pohrdání svým tělesným schématem a stává se jednou z hlavních forem psychického narušení specifického pro obézní osoby (Wadden & Stunkard, 1985). Obézní tak trpí představou, že jejich těla jsou „groteskní“ či „odporná“ a mají pocit, že je ostatní vnímají s určitou dávkou opovržení. Není pak pro ně důležité, jak jsou talentovaní v jiných oblastech, bohatí či inteligentní. Jejich úspěšnost ve světě je pro ně založena pouze na jejich hmotnosti (Wadden & Stunkard, 1985). Autor těchto premis však považuje za nutné upozornit i na to, že ne všichni obézní mají takovýto hanlivý pohled na své vlastní tělo. Tímto pohledem na své tělo se většinou vyznačují mladé ženy ze střední a vyšší střední socioekonomické třídy, u kterých obezita převládala. Porucha vnímání svého tělesného schématu se tak spíše vyskytuje u osob, které:

- byly obézní od dětství,
- trpí generalizovanou úzkostnou poruchou
- a jejichž rodiče a přátelé je kárali za jejich nadváhu (Wadden & Stunkard, 1985).

Můžeme tedy říci, že porucha je interiorizací rodičovského kriticizmu, kdy se adolescentní věk stává tím nejvíce rizikovým pro vznik takovéto poruchy.

Mluvíme-li o „tělesném schématu“, nesmíme zapomínat, že bývá často zaměňováno s termínem „tělesné sebepojetí“. Ovšem při specifikaci obou pojmů je

nutné chápat rozdíl, který mezi nimi je. Tělesné sebepojetí je předmětem zájmu odborníků, kteří tělo považují za hlavní prostředek sebevyjádření. Předpokládají, že právě tělo je důležité pro interakci s druhými i pro pocit vlastní pohody. Opakem je pak tělové schéma, které je předmětem zájmu těch, kteří na tělo hledí z fyzioterapeutického či psychosomatického hlediska. Ti pak tělové schéma vnímají jako tří složkovou jednotu, která se skládá ze:

- složky kognitivní zahrnující představu o vnějším vzhledu a rozměrech svého těla,
- ze složky emotivní, která zahrnuje vztah ke svému tělu,
- a složky behaviorální, reprezentující aktivity, které vedou k ovlivnění vzhledu (Stackeová, 2003).

Tělesné schéma naopak sestává z rozdílných aspektů, mezi kterými nalezneme například celkovou spokojenost s vlastním tělem, spokojenost s jeho jednotlivými částmi, obavy a úzkosti, které se k vlastnímu tělu vztahují, behaviorální aspekty narušení tělesného schématu a další (Hrachovinová & Chudobová, 2004). Vzhled a představa o vlastním těle mají úzký vztah k sebehodnocení a sebeprožívání, což jsou procesy významné pro vnitřní stabilitu a celkovou integritu jedince (Hlúbik & Vosečková, 2002).

Vlastní tělo může být vnímáno v řadě hledisek, mezi které řadíme:

- Tělo jako zvláštní a jedinečný objekt pro nás samé,
- tělo jako prostředek díky kterému komunikujeme,
- tělo jako objekt hodnocení druhými lidmi
- a tělo jako objekt a výsledek naší péče (Hrachovinová & Chudobová, 2004).

Citlivost vůči vlastnímu vzhledu může být u obézních jedinců narušena zejména v subjektivním vnímání rozměrů a proporcí vlastního těla. Ať se jedná o nepřijetí jednotlivých částí či nadhodnocování určitých tělesných partií. Takto narušené tělové schéma může zapříčiňovat nejistotu v interpersonálních vztazích, problémy profesním vývoji i komplikace v sexuálním životě (Hlúbik & Vosečková, 2002).

V důsledku toho, že tělo bývá i objektem hodnocení druhých, a ne vždy se jedná o kladná hodnocení, setkáváme se i s určitými předsudky či stigmatizací obézních jedinců.

Stigmatizace obezity však nepatří k doménám pouze evropských a anglofonních států světa a pouze k moderní době. Například v Japonsku byli ve středověku obézní stigmatizováni, neboť jejich nepřiměřená hmotnost byla v buddhistickém kontextu nahlížena jako důsledek karmického a morálního selhání. V Evropě bylo zase stigma lidí s větší váhou založeno na křesťanském smrtelném hříchu obžerství (Stunkard a kol., 1998). V současnosti se však také mnoho těch, kteří trpí nadváhou či obezitou, setkává se sociální diskriminací, předsudky a stigmatizací, což má negativní vliv na osobní pohodu (Corsica & Perri, 2003).

3. 2 Afektivní poruchy spojené s obezitou

Jídlo může být často spojováno s výraznými emocemi. Od útlého dětství se jako novorozenci setkáváme s libými pocity v náruči matky, když jsme kojeni. Později jsme odměňováni „něčím dobrým“ a i v dospělosti při slavnostních příležitostech oslavujeme mimo jiné i jídlem a pitím. Za určitých okolností to může být důvodem vzniku nesprávných vzorců chování, kdy se v lepším případě splín, v horším případě depresivní stavy, snažíme zahnat jídlem a nepřiměřeným příjmem potravy.

Mezi afektivními poruchami je depresivní porucha jedním z nejčastějších duševních problémů, které se u obézních pacientů nacházejí. Prevalence obezity mezi mladými lidmi s bipolární depresivní poruchou je vyšší, než u běžné populace. Osoby, které trpí obezitou se však často dostávají do uzavřeného kruhu, který může depresi i obezitu prohlubovat (Zlatko & Pastucha, 2012). Obézní pacienti se často nedokáží na své onemocnění podívat kriticky. Profesor Svačina (2005a) dokonce píše, že se někdy pacienti s obezitou chovají i nelogicky, v léčbě nespolupracují a během této léčby selhávají. Takové chování přirovnává k chování pacientů s depresí (Svačina, 2005a).

Komorbiditu obezity s afektivními poruchami potvrzují aktuální studie, které se tomuto tématu věnují. U dánských pacientů, kteří byli kvůli obezitě hospitalizováni, bylo zjištěné zvýšené riziko poruch nálady (Thomsen a kol., 2006). Zdá se, že vztah deprese a obezity je obousměrný. Nejen, že obezita ovlivňuje pacientovo afektivní ladění, ale i deprese může napomoci vzniku obezity (Pan, 2012).

Rozsáhlý výzkum (Sullivan a kol., 1993), který se věnoval psychosociálním dopadům obezity u pacientů s tímto onemocněním, přinesl zajímavé závěry ze zkoumání

téměř osmnácti set osob. Obézní jedinci sdělovali výrazně horší aktuální zdravotní stav a méně pozitivního emočního ladění, než referenční skupina. Navíc ženy z výzkumu vycházely s horšími výsledky, než muži. Úzkost či depresi vidíme u obézních častěji než u běžné populace, se kterou byli srovnáváni. Navíc průměrná duševní pohoda obézních byla horší než u chronicky nemocných či zraněných pacientů (například těch s revmatem, nádorovým onemocněním či poraněním míchy). Výsledky tedy poskytují důkazy o tom, že těžká obezita je ochromující stav (Sullivan a kol., 1993).

Autoři aktuálnější studie (Faulconbridge a kol., 2012), kteří zjišťovali míru efektu hubnutí na pacienty s nadváhou či obezitou kombinovanou s diabetem druhého typu, byli na počátku výzkumu poměrně skeptičtí. Předpokládali totiž, že depresivní lidé se často vyhýbají pokusům o hubnutí, neboť mají obavy, že nebudou hubnout dle očekávání či jim snížení hmotnosti přinese další poruchy nálad. Ukázalo se však, že mírné, ale i vyšší příznaky deprese ve výchozím stavu nemusejí zabraňovat jedincům s nadváhou či obezitou k dosažení významného snížení hmotnosti (Faulconbridge a kol., 2012). Zkoumáním více než třiceti studií, které pracovaly s téměř osmi tisíci respondenty (N = 7937) bylo zjištěno, že snížení váhy může významně redukovat i příznaky deprese. Ať již byl redukční program veden jako úprava životního stylu, dietní poradenství či cvičení, obézní zažívali ve studiích snížení depresivních symptomů (Fabricatore a kol., 2011).

U obézních pacientů se můžeme setkat také s tím, že mají obtíže vyjádřit své emoce, což nenazýváme přímo afektivní poruchou, ovšem tento problém se váže na podobné důsledky jako poruchy nálad, zejména v oblasti adaptace. Právě potlačený vztek představuje rizikový faktor, který často komplikuje průběh obezity a zapříčiňuje hypertenzi, infarkt myokardu či nestabilní diabetes (Fassino a kol., 2003).

Výzkumy, které byly poskytnuty výše, potvrzují, že obezita je spojena s vyšším rizikem možného vzniku deprese a má různé vlivy na specifické příznaky deprese (Wenjun a kol., 2010). Zároveň se většina závěrů těchto studií shoduje na tom, že je důležitý longitudinální přístup ke sledování příznaků a projevů deprese a obezity. Internisté by se však i tak měli při kontaktu s pacientem s obezitou více zaměřit na možný výskyt tohoto afektivního onemocnění. Neboť i správná volba antidepresiv může vést k vyšším úspěchům v léčbě obezity i jejích komplikací (Svačina, 2005a).

3.3 Patologické jídelní chování

K problematice obezity a nadváhy patří i téma nepřiměřených jídelních návyků a nezdravého jídelního chování. V literatuře bývají tyto obtíže také označovány jako psychogenní poruchy příjmu potravy (Krch, 2011). Podle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10, 2006) řadíme mezi poruchy příjmu potravy (F 50) i ta onemocnění, která přímo nesouvisí s redukcí tělesné váhy. Například „Přejídání spojené s psychologickými problémy“ (F 50.4), „Jiné poruchy příjmu potravy“ (F 50.8) či „Nespecifikované poruchy příjmu potravy“ (F 50.9). Většina poruch příjmu potravy bývá tradičně spojována spíše s úbytkem hmotnosti, avšak tyto obtíže se nevyhýbají ani těm, kteří trpí váhovými přírůstky. Obě skupiny takto nemocných mívají zkreslený obraz svého vnějšího vzhledu, nevhodné jídelní návyky či neadekvátně kontrolují svoji hmotnost. Nadváha či obezita a s nimi spojené poruchy příjmu potravy tak mohou mít obdobné emocionální, kognitivní a behaviorální důsledky, jako strach z tloušťky (Krch, 2011).

Psychogenní poruchy příjmu potravy jsou obtížně léčitelné a patří mezi časté a závažné psychické poruchy. Nejčastějšími poruchami z tohoto spektra jsou:

- syndrom záchvatového přejídání (BED - binge eating syndrome), který se vyskytuje u 2% zdravé a u 20% obézní populace,
- mentální bulimie (BN - bulimia nervosa), vyskytující se u 2 až 4% populace,
- syndrom nočního jedlictví (NES - night eating syndrome) a syndrom poruch spánku s nočním jedlictvím (NSRED - night sleep related eating disorder), které se vyskytují v 1 - 2% případů
- a mentální anorexie (AN - anorexia nervosa), jejíž výskyt je v populaci 0,5 - 1% (Faltus, 2007).

Často právě tyto obtíže označujeme podle DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition) jako „jinak nespecifikované poruchy příjmu potravy“ a nazýváme je zkratkou EDNOS (Eating Disorders Not Otherwise Specified) (Krch, 2011). Podle některých autorů až 70 % těch, kteří trpí poruchou příjmu potravy spadá právě do tohoto širokého spektra neurčité kategorie EDNOS. Ta ale představuje pro

kliniky významný problém, protože závažnost onemocnění a průběh léčby jsou v ní jen obtížně stanovitelné. To může vést k zásadnímu podcenění závažnosti stavu, dalších rizik onemocnění i mortality (Papežová, 2011).

V této kategorii můžeme najít i různé druhy jednorázového nadměrného příjmu potravy. Takovéto epizody jsou klasifikovány jako záchvaty přejídání, jsou-li opakovány alespoň dvakrát týdně po dobu šesti měsíců. Typické je také neustálé zabývání se jídlem, neodolatelná touha po jídle a přejídání spojené s konzumací velkých dávek jídla během krátké doby (MKN-10, 2006). Rozdíl od mentální bulimie je ten, že není toto přejídání spojeno s kompenzačním chováním a jedlíci se nesnaží zkonsumovanou potravu rychle vypudit (Krch, 2011). Epizody přejídání se objevují poměrně nezávisle na pohlaví a věku a mohou vést až k uzavření se do sebe, společenské izolaci či rozvoji řady somatických chorob (Vránová, 2013). Zajímavé je, že fáze nezvladatelného přejídání se často střídají s výrazně omezeným jídelníčkem či úplným hladověním. Po přejedení se u jedince dostávají pocity viny a zklamání z vlastního selhání

Zdá se, že čím je obezita vyššího stupně, tím častěji se můžeme u pacientů setkat s nárazovým přejídáním (Krch, 2011). Patří sem například syndrom nočního přejídání (night eating syndrome – NES), přejídání v reakci na stres či záchvatovité přejídání (binge eating disorder – BED). Epizody takovýchto přejídání by měly být charakterizovány alespoň třemi z následujících uvedených znaků:

- Jedinec jí mnohem rychleji, než je obvyklé,
- jí, dokud se necítí nepříjemně sytý,
- jí, aniž by předtím měl pocit hladu,
- jí sám, neboť se před ostatními za snědené množství potravin stydí,
- po přejedení se cítí velmi provinile a sám sebou znechucen (Krch, 2011).

Záchvatovité přejídání je významný problém, který postihuje řadu obézních jedinců. Toto přejídání se však nemusí rozvinout společně s obezitou, jak dokládá jeden z výzkumů (Mussell a kol., 1995), který se věnuje zkoumání chronologie vzniku záchvatovitého přejídání, diet, obezity a poruch nálady. Ačkoliv většina z třiceti respondentek tohoto výzkumu byla v dospělosti obézních, záchvaty přejídání se u většiny

objevily již v průběhu dospívání v době, kdy většina z těchto žen měla normální hmotnost (Mussell a kol., 1995).

Záchvaty přejídání bývají doprovázeny maladaptivním zpracováním stresových situací (Papežová, 2011). Také obavy z obezity, nepříjemné pocity po záchvatech přejídání a nespokojenost s vlastním tělem vedou v důsledku k neúčinným dietám, kdy pacient podléhá znovu záchvatům přejídání. Účastníci redukčních programů v celých 18 - 46% vykazují problémy se záchvatovým přejídáním. Obézní jedinci, kteří trpí psychogenním přejídáním také vyhledávají pomoc dříve, než obézní bez epizod přejídání. Obezita se u nich také objevuje v ranějším věku (Papežová, 2011).

Některé provedené studie (Fassino a kol., 2003) také nasvědčují tomu, že obézní pacienti s BED mají větší míru deprese a vykazují více psychopatologických prvků, které se pojí s obezitou, než ti, kteří tímto syndromem netrpí. K těmto výsledkům dochází i další studie (Blaine, 2009) a autor navrhuje i vysvětlení, proč tomu tak může být. Akcentuje rozdíl mezi integrací „robustního já“ mezi obézními, kteří BED trpí a těmi, kteří ne. Přejídání je tak jedna z řady dalších reakcí (například vedle sociálního stažení či diet), kterou tito lidé aplikují, aby se mohli vyrovnat s psychickým utrpením, které jim onemocnění přináší (Blaine, 2009). Dále záchvatovitě se přejídající pacienti vykazují podle studie vyšší míru hostility, kriticismu a vzteku, než běžní pacienti s obezitou (Fassino a kol., 2003).

Často se u těchto pacientů setkáváme s dalšími nepříjemnými následky, mezi které patří přibírání na váze, postupný rozvoj obezity do vyšších stupňů, psychické rozlady, nespokojenost sama se sebou a další omezování se v jídle, které ovšem vede k dalšímu přejídání vyhladovělého jedince (Vránová, 2013). U těchto pacientů a postupů v jejich léčbě stále není jednotný konsensus odborníků. Doporučují se modifikované behaviorální postupy, tréninky asertivity, interpersonálních dovedností a zvládání stresu (Papežová, 2011). Určitým opakem k jednorázovému příjmu nadměrného množství potravy může být tzv. „uždibování“, v originále „nibbling“. V praxi jde například o jedení u televize bez většího přemýšlení nad množstvím snědeného jídla, nebo o uždibování mezi hlavními jídly.

3. 4 Syndrom emocionálního jedení

Již v dětství se formují naše stravovací návyky. Bylo zjištěno, že obézní, stejně tak jako lidé s podváhou způsobenou poruchou příjmu potravy, neregulují příjem potravy na základě endogenních signálů, ale reagují na zevní stimuly. To znamená, že nejedí když mají prožitek hladu, ale na základě vnějších pobídek. Docent Pavel Hlúbik a doktorka Alena Vosečková (2002) tento jev vykládají tak, že se často projevuje již od raného dětství. A to ve vztahu matky a dítěte. V důsledku chybného vnímání signalizovaných potřeb dítěte matkou může u dítěte docházet k nižší rozlišovací schopnosti různých tělových pocitů a emocí. Tím je míněno především rozlišení pocitů hladu od jiných druhů strádání. Matka reaguje na jakýkoliv projev nespokojenosti dítěte krmením. Jídlo je pak tedy to, čím dítě reaguje na svoje potřeby. Chybně vnímá skutečné nedostatky a neumí je vyjadřovat ani usilovat o jejich nasycení. Vzniká bludný kruh potravinového chování, který se v důsledku nedostačující citové interakce posiluje.

Teorii nepřesného rozeznávání potřeb potvrzuje i Michael Macht (& Simons, 2010), psycholog z univerzity ve Würzburgu. Píše, že se po dlouhý čas předpokládalo, že obézní jedí možná proto, aby se vyrovnali s nějakým druhem úzkosti, depresivní náladou, hněvem a případně s dalšími negativními emocemi. Dále uvádí (Macht & Simons, 2010), že někteří pacienti nerozlišují skutečný hlad a emocionálně podněcenou touhu jíst. Tito lidé přímo cítí, že jejich negativní emoce mají větší vliv na jejich jedení, než hlad či nasycenost. Jídlo se tak stává strategií zvládnání potřeb a emocí. Citový účinek potravin na stravovací chování u obézních je vyšší, než u lidí s normální hmotností. Podle toho je tedy pak snazší přimět obézního k jídlu zevními faktory, jako je lákavý vzhled či vůně dobrého jídla (Canetti a kol., 2002).

Profesor Illinoiské univerzity Shahram Heshmat (2011) nás ve své publikaci rozsáhle seznamuje s tím, jak fungují emoce a jak významnou roli mají při rozhodování v souvislosti s jídelním chováním. Emoce, nálady a hybné činitele (hlad, žízeň, bolest, atd.) zastřešuje celkovým označením „afekt“. Afektivní procesy jsou pak zodpovědné za to, zda organismus bude, či nebude jednat. Zdůrazňuje i aspekt blízkosti stimulu, který na afekt působí. Tak se například lahodné jídlo stává větším spouštěčem hladu, pokud jej máme na blízku, je dostupné, či vidíme někoho jiného, jak jej konzumuje. To znamená,

že emoce jsou více nastaveny k časové blízkosti, proto jsou zde kognitivní procesy, které je ovlivňují. Heshmat (2011) dále uvádí případy, kdy tyto dva systémy spolupracují, či bojují a také situace, kdy hraje důležitou roli síla vůle, o které bylo více napsáno v kapitole 2. 2.

V zahraničí vzniká mnoho odborných i populárních knih na téma emocionálního přejídání a ztráty kontroly nad příjmem potravy. Manuály učí, jak se vyvázat z emocionálního jedení, jak prolomit tento nepříjemný zvyk a jak se vyprostit ze začarovaného kruhu „život je těžký, jídlo snadné“. S teorií emocionálního jedení, jak můžeme přeložit v originále znějící „Emocional eating theory“, přišla již v roce 1973 Hilde Bruch ve své knize „Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa, and the Person Within“. Tato teorie obsahuje dva základní předpoklady (Macht & Simons, 2010). Za prvé, že negativní emoce zvyšují motivaci k jídlu (někdy zakoušenou jako intenzivní touhu) a následně vyvolávají stravování. Druhým předpokladem je, že jedení redukuje intenzitu zakoušených negativních emocí. Výše popsané dokresluje následující schéma (Nyklíček a kol., 2010, s. 282):

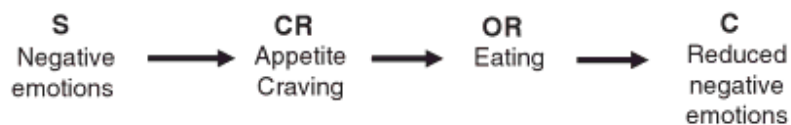


Fig. 17.1 Principle of emotional eating: *S* stimulus; *CR* conditioned response; *OR* operant response; *C* consequence

Tuto teorii je však nutné vnímat i kriticky, protože mnohdy takto popsané mechanismy nefungují, což potvrzují autentické výpovědi samotných pacientů. Obézní se po úlevném uvolnění a nasycení začne záhy zaobírat pocity viny z „prohřešku“ a na redukci negativních emocí nasedá znovu celý cyklus od začátku.

Emocionální přejídání je situace, kdy jídlo dostalo významný emocionální náboj. Působí jako sedativum, či dodává pocit lepšího života a bezpečí (Cassell & Gleaves, 2009). Jídlo v takových případech pomáhá mít kontrolu nad emocionálním stresem, který je aktuálně prožíván. Mnoho z těch, kdo trpí emocionálním přejídáním, vykazuje zvýšený zájem i o další „orální“ aktivity, jako je nadměrné mluvení, chichotání či kousání nehtů (Cassell & Gleaves, 2009).

3. 5 Syndrom nočního jedení

Mezi psychogenní poruchy příjmu potravy řadíme i ty spojené s našim přirozeným biorytmem. Díky umělému osvětlení a změnám životního stylu se mění i cirkadiánní rytmy, které přinášejí hormonální změny. Ty zapříčiňují poruchy příjmu potravy a energetického výdeje. Mezi choroby poruch metabolismu a spánku řadíme syndrom nočního jedení (NES), syndrom poruch spánku s nočním jedlctvím (NSRED) a gastroezofageální reflux, který způsobuje zpětný tok žaludečních šťáv ze žaludku do jícnu (Dohnal, 2013).

Syndrom nočního jedení byl mezi psychogenní poruchy příjmu potravy zařazen již roku 1955. Avšak o téměř čtyřicet let později, v roce 1991 byly rozeznány dva typy, které byly popsány jednotlivě a mezi kterými je podstatný rozdíl. Prvním je syndrom nočního jedení, kde je primární porucha příjmu potravy a pacient si je vědom svého nočního přejídání. Tím druhým je syndrom poruchy spánku s nočním jedením, u kterého je primární porucha spánku (parasomnie) a pacient jedná v noci ve stavu narušeného vědomí a ráno si na své chování nepamatuje (Faltus, 2007).

Do češtiny bývá syndrom NES překládán také jako „syndrom nočního ujidání“ (Papežová, 2011) a je charakterizován ranní anorexií, jinak nechutenstvím a večerní či noční hyperfagií, tedy přejídáním se. Dále se jedinci s tímto syndromem potýkají s nespavostí, špatným usínáním a samozřejmě i nočním probouzením se, alespoň třikrát týdně, které doprovází konzumace jídla. NES se vyskytuje u 1,5% obecné populace a u 8,9% nemocných na obezitologických pracovištích (Papežová, 2011).

Noční jedlctví se ve většině případů projevuje tak, že se pacient během noci několikrát probudí a není schopen znovu usnout, dokud se nenají. Jídlo, které noční strávník hledá, je většinou značně kalorické a svým složením nezdravé. (Faltus, 2007). Nočním přejídáním bývají postiženy především ženy, které konzumují v průměru o 500 kalorií více než normální populace a jsou obézní až v 10 %, z toho morbidně až ve 27 %. Je-li toto onemocnění přítomné, lze diagnostikovat a léčit, ovšem bývá často lékaři opomíjeno (Papežová, 2011).

Nejvýznamnějším důvodem pro vznik NES bývá uváděn stres, dále také deprese, úzkosti, poruchy mezilidských vztahů, nuda a dlouhodobé diety. Nemocní obtížně usínají,

a často se probouzejí. Během noční návštěvy kuchyně jedí zejména pokrmy s vysokým obsahem sacharidů. Aby bylo chování pacienta označeno jako NES, musí toto chování přetrvávat alespoň dva měsíce. U takto postižených jídlo nevyvolává potěšení, ale tenzi, úzkosti, znechucení a pocity viny již během konzumace. (Faltus, 2007).

3. 6 Kontinuální jedení

Mezi kapitoly spojené s psychopatologií je zde zařazen i nově popsáný fenomén, který byl doposud mimo odbornou pozornost. Jde o kontinuální jedení menšího množství potravy bez volní kontroly (tzv. "grazing"). Při diagnostice je zohledňováno, spíše než množství snědené potravy, kvalita prožívání při konzumaci. V podstatě se u kontinuálního jedení objevuje subjektivně negativní vnímání ztráty kontroly nad nepřiměřeným příjmem potravy (Kravarová a kol., 2010). Tato porucha zatím není popsána v dokumentech WHO (Schauer a kol., 2007).

Tento jev bývá velmi často v zahraniční literatuře monitorován v souvislosti s bariatrickými operacemi a záchvatovitým přejídáním. Pacienti, kteří trpí tímto kontinuálním přejídáním rozhodně nesplňují diagnostická kritéria pro nárazové přejídání a nesnědí větší porci, než bývá pro většinu lidí obvyklá. Avšak některé rysy, jako pocit nedostatku kontroly, jedení do chvíle, než se člověk cítí nepříjemně plný, či jedení ve chvíli kdy není přítomen hlad, jsou podobné. Kontinuální jedení je popsáno jako vysoce rizikové chování, které často ohrožuje v pooperačním stádiu pacienty s bariatrickou operací, kteří ve své minulosti trpěli záchvatovitým přejídáním (Schauer a kol., 2007). Když se tyto záchvaty přejídání vyskytují před výkonem, může se následně rozvinout právě kontinuální jedení (Saunders, 2004). A to zejména z toho důvodu, že jednorázové nadměrné množství potravy již nemůže pacient přijmout, proto je rozloženo do nekončícího příjmu malého množství potravy.

Autorka studie zaměřené na kontinuální přejídání (Saunders, 2004) potvrdila, že ze 64 pacientů, které dlouhodobě sledovala, se jich 60% nárazově přejídalo před tím, než podstoupili bariatrickou operaci. Z tohoto množství plných 80% uvedlo, že cítili ztrátu kontroly nad jídlem. Mezi dalšími rysy kontinuálního přejídání, které se dají připodobnit k projevům nárazového přejídání, patří i :

- vytvoření kategorií špatného a dobrého jídla a označování sebe jako špatným, pokud nemocný sní jídlo ze špatné kategorie,
- pocity deprivace spouštěné nekontrolovatelným jedením
- pacientovo přesvědčení, že selhal znovu v dalším pokusu o hubnutí (Saunders, 2004).

Bariatrická léčba však u těchto jídelních návyků nebývá vždy úspěšná. Jiný výzkum publikovaný v roce 2008 ukazuje, že "kontinuální jení" bývá obvyklé před i po bariatrickém výkonu (Colles a kol., 2008). Všichni sledovaní kontinuální jedlíci z tohoto výzkumu, kromě dvou, tedy celých 96% těchto jedinců, pokračovalo se svými nevhodnými stravovacími návyky i po operaci. Autoři této studie se navíc domnívají, že pooperační stav, který zabraňuje jednorázovému přejedení, více usnadňuje nový návyk často opakovaného příjmu malého množství potravy (Colles a kol., 2008).

4. Léčba obezity

Cílem léčby nadváhy a obezity je snížení a udržení klinicky významného hmotnostního úbytku. Konečným cílem této léčby je pak redukovat výskyt s obezitou spojených onemocnění (Poděbradská, 2011). Snaha těch, kteří trpí nadváhou či obezitou je zaměřena především na strážlivá očekávání úbytku na váze a snížení zdravotních rizik, které jejich onemocnění přináší. Tito jedinci by pak nadále měli dbát na udržení dosažené hmotnosti a prevenci opětovného nárůstu jejich váhy. Cíle hubnutí by měly být realistické, dlouhodobě zaměřené a přizpůsobené každému jednotlivci. Avšak je nutné mít na paměti, že již úbytek na váze 5 – 10 % může výrazně ovlivnit celkový stav pacienta a působí preventivně pro rozvoj chorob spojených s obezitou (Hlúbik a kol., 2009). Léčba obézních může být celkově kombinací až pěti léčebných postupů, mezi kterými je dietoterapie, psychoterapie, fyzická aktivita, chirurgická léčba a farmakoterapie (Svačina & Bretšnajdrová, 2008).

Léčba obezity by měla začínat již v ordinacích praktických lékařů a u ambulantních specialistů. Základem je efektivní podání informací o redukčních postupech a podpora pacientů v úpravě životního stylu, stravování a pohybové aktivity. Pomoc lze hledat i u nutričních terapeutů, v redukčních klubech a výživových poradnách. Zatím situace nasvědčuje tomu, že obézním je jejich hmotnost spíše vyčítána, ale málokdo skutečně poradí, jak situaci řešit. V horším případě se pacienti snaží o to, léčit se sami nevhodnými redukčními dietami. Ty často představují dlouhodobé hladovění či nutriční nevyváženost (Coufalová, 2011).

Důležité je, aby se pacienti smířili s tím, že léčba obezity je bude doprovázet celoživotně, neboť léčba obezity má širší cíle, než jednorázový úbytek na váze. Léčba zvýšené tělesné hmotnosti záleží na aktuálním stavu pacienta a většinou se kombinuje i s léčbou dyslipidemie (porucha hladiny tuků v krvi), optimalizací glykemické kontroly u diabetu II. typu, snížením krevního tlaku u hypertenze, a léčbou psychosociálních poruch, poruch příjmu potravy a poruch vnímání vlastního těla (Hlúbik a kol., 2009).

V léčbě samozřejmě přihlížíme i k tomu, do jaké míry je pacient přesvědčen o tom, že dokáže ovlivnit svoji váhu a celkovou vitalitu. Tuto vlastnost můžeme nazvat

zobecnujícím pojmem „vlastní účinnost“, která je definována jako individuální přesvědčení jedince o svých schopnostech úspěšně ovlivňovat a vykonávat specifické činnosti a chování ve svém životě (Bandura, 1977). Čím vyšší je míra této vlastnosti u jedince, tím větší je pravděpodobnost úspěchu v jedincově konání, ať je to například změna stravovacích návyků či zvýšení pohybové aktivity. Tato vlastnost byla monitorována v nedávné studii (Kintrová & Schneidrová, 2010) provedené v českém prostředí. Ta se zaměřila na spojitost kognitivního faktoru vlastní účinnosti, který se vztahuje k příjmu potravy a hmotnostních úbytků v kurzech snižování nadváhy. Tým výzkumnic však nepotvrdil, že by byl tento faktor schopný predikovat změny tělesné hmotnosti (Kintrová & Schneidrová, 2010).

Pro úspěšnou léčbu obezity je nutné dosáhnout dlouhodobé negativní energetické bilance a to jak snížením příjmu energie v potravě, tak zvýšením výdeje energie tělesnou aktivitou. Základní podmínkou úspěšné redukce tělesné hmotnosti je pozitivní motivace pacienta, individuální léčebný plán, dosažitelné cíle a pravidelná kontrola efektivity vybrané metody (Hlúbik a kol., 2009). Nedílnou součástí léčby obezity je i psychoterapie. Přípravy na zahájení diety jsou podobné jako přípravy na zahájení abstinence u návykových poruch. Také při redukci hmotnosti jsou reakce blízké odvykacím příznakům závislých (Svačina, 2005a).

4. 1 Dietní režim

Dieteticky můžeme ovlivnit mnoho onemocnění, ať jsou to kloubní onemocnění, hypertenze, onemocnění trávicího traktu či neuropsychiatrická onemocnění. Ovšem obezita patří k onemocněním, které dokáže dietní léčba ovlivnit nejvýznamněji (Svačina & Bretšnajdrová, 2008). Úprava diety a změna stravovacích návyků je nezbytná pro léčbu nadváhy i obezity. Pacient by si měl vést záznamy o celodenním příjmu potravy a společně s lékařem či dietologem složení svého jídelníčku konzultovat. A to jak z hlediska složení potravy, tak z hlediska množství a velikosti porcí. Ze záznamů lze zjistit jídelní zvyklosti a druhy potravin, které pacient upřednostňuje. Avšak změna stravovacích návyků je často obtížná a to vyžaduje určitou postupnost, se kterou je zaváděna. Jídelní doporučení musejí být pro každého pacienta koncipována individuálně (Hlúbik a kol., 2009).

Při indikaci redukčních diet musí být uvažován obsah energie v základních živinách. Zejména obsah tuku a vlákniny. Důležité je uvědomit si, že onemocnění je celoživotní, a tak je nutné dosavadní stravovací režim měnit pro dlouhodobé účely (Svačina & Bretšnajdrová, 2008). Mezi standardní dietetická opatření lze zařadit nízký příjem tuků, zvýšený příjem zeleniny, ovoce a celozrnných potravin

Dietoterapie je zásadní postup, který je nezbytný u každého pacienta. Dietní léčba obezity může být chybně nazývána jen redukcí hmotnosti. Zdravý životní styl je však důležitý a moderní léčba obezity zahrnuje mnohem více, než pouhý úbytek na váze. To potvrzují i výsledky studie, kdy bylo zjištěno, že štíhlé, avšak fyzicky nezdátne osoby (tzv. unfit unfat) mají horší prognózu, než obézní jedinci, kteří pravidelně cvičí (tzv. fit fat) (Svačina & Bretšnajdrová, 2008).

Samozřejmě dietní léčba není účinná vždy. Profesor Svačina (Svačina & Bretšnajdrová, 2008) to vysvětluje dvěma klíčovými příčinami. V prvním případě může selhávat dieta u pacientů, jejichž intelekt je nedostatečný a kterým nebyl dietní režim vhodně vysvětlen. Druhou skupinou jsou ti, kteří tvrdí, že nemají dostatek času, ale prof. Svačina o takových jedincích soudí, že jde spíše o nedostatek vůle, než času (Svačina & Bretšnajdrová, 2008).

4. 2 Pohybová aktivita

Pohybová aktivita je blahodárná nejen v okamžiku, kdy právě probíhá, protože cvičení samotné nevede obecně k významnému hmotnostnímu úbytku. Avšak zvyšuje energetický výdej po cvičení, zvyšuje klidový energetický výdej a konečně i energetický výdej spojený nejen s cvičebními pohybovými aktivitami (Poděbradská, 2011).

Jako nejlepší způsob redukce hmotnosti se zdá být dynamická vytrvalostní pohybová aktivita. Za splnění i dalších kritérií, mezi které patří například určitá intenzita, délka trvání a vhodná frekvence, dochází k přednostnímu využití tuků jako energetického substrátu (Poděbradská, 2011). Pohybová aktivita má odlišný účinek pro pacienty, na rozdíl od dietních opatření. Zatímco při snížení příjmu energie se redukuje tuková a částečně i svalová hmota, při zvýšeném výdeji energie tuková hmota ubývá a svalová hmota roste (Štich, 2004).

Upřednostňovány by měly být ty aktivity, při kterých dochází k přemístění celého těla bez dopomoci, protože u takových dochází k největším energetickým výdejům. Takovou nejdostupnější činností může být chůze, případně chůze s hůlkami (tzv. Nordic walking). Z dalších například běh, jízda na kole, či ze zimních sportů jízda na běžkách. Jinou možností je využití různých cvičebních trenažérů, ovšem určených pro vytrvalostní aktivity. Mezi oblíbené patří i tanec nebo cvičení s hudbou. (Poděbradská, 2011). Avšak někdy mohou být tyto aktivity vzhledem k vysoké hmotnosti nebezpečné například pro klouby obézních. Proto je při vyšších stupních obezity doporučováno začínat pravidelným plaváním či jízdou na rotopedu, které bývají ke kloubům šetrnější (Štich, 2004).

Při výběru tělesné aktivity je samozřejmě vhodné respektovat především zájmy pacienta. To vede nejen k lepší motivaci, ale například i tomu, že se pacient bude mít chuť v aktivitě zlepšovat, bude ji pěstovat pravidelně a zvýší se i frekvence tohoto prospěšného počínání. Tím nejdůležitějším faktorem zůstává motivace. Různé stupně motivace jsou reprezentovány v tom rozsahu, ve kterém má jedinec internalizováno dané chování. Internalizace je proces, kterým jedinec pozná určité chování a přivlastní si je (Poděbradská, 2011)..

Samotná vnitřní motivace má také stupně, které souvisejí s poznáváním, uskutečňováním (dokazováním, úspěšností) a stimulací zkušeností. Poznávání ve smyslu učení se něčemu novému, růstu a rozvíjení znalostí. Jde-li o pohybovou aktivitu, je zde míněno učení se takovéto nové činnosti. Dalším stupněm jsou procesy spojené s úspěchy. Třetí komponenta je spojena s poznáváním radosti, štěstí a s estetickou zábavou. V pohybových činnostech například horolezectví nebo turistika. Je dokumentováno, že pokud jedinci cvičí na podkladě vnitřní motivace, je pravděpodobnější, že zůstanou u aktivity déle (Poděbradská, 2011). V první fázi léčby obezity dochází primárně k redukci hmotnosti. Ve fázi druhé naopak k udržení hmotnosti. To je právě moment, kdy je vhodné uplatnit stimulační vlivy vnitřních motivačních faktorů jedince. Ty by měly být odhaleny již na počátku léčby (Poděbradská, 2011).

Pohybová aktivita je důležitá nejen během redukční léčby, ale i po jejím ukončení. Udržení tělesné hmotnosti je totiž úspěšnější po ukončení dietního režimu u těch, kteří v

pohybových aktivitách pokračují. Zdravý pohyb je samozřejmě významný i v prevenci obezity (Štich, 2004).

4.3 Terapie obezity

Obézní pacienti se mohou obrátit se svými obtížemi nejen na praktického lékaře či dietologa, ale samozřejmě i na psychologa či psychoterapeuta. Psychologické poradenství slouží spíše těm, kteří potřebují ošetřit především situační obtíže. Je zaměřeno na průběh a změnu životního stylu, překonávání obtíží, které přináší redukční režim či na rozvoj pozitivního vztahu k sobě samému (Wagenknecht, 2011). Nezbytným faktorem je však i pacientova vlastní motivace, která může být posilována během poradenského procesu při ujasnění důvodů k redukci hmotnosti a aktivní podpoře, kterou psycholog poskytuje. Samozřejmě je důležité pracovat i na jedincově přijetí sebe sama, což je významný předpoklad úspěšné léčby (Wagenknecht, 2011).

Vyazuje-li ovšem pacient závažnější psychické potíže je vhodné psychologické poradenství nahradit psychoterapií. Ta může obéznímu pomoci nahlédnout svoji osobnost, nevědomé konflikty, získat kontrolu nad nevhodnými návyky a naučit se novým způsobům zvládání obtížných životních situací (Wagenknecht, 2011). Jako nejeftektivnější přístup, co do míry udržitelnosti hmotnostních úbytků, se v léčbě obezity jeví kognitivně behaviorální přístup. Obézní jsou za pomoci rozmanitých technik zbavováni nevhodných návyků, ať mluvíme o těch jídelních, či pohybových. Obézní jsou vedeni ke zpracování svého jídelníčku, k práci s energetickými tabulkami a k pravidelnému příjmu potravy. Učí se také čelit vnějším i vnitřním podnětům, které mohou působit negativně na jejich redukční režim (Wagenknecht, 2011). V léčbě je však důležité nejen odstranění či zmírnění nevhodných návyků, ale také práce s celkovou strukturou osobnosti, kterou berou v úvahu zejména modernější směry kognitivně-behaviorální terapie (Málková, 2011).

Cílem takové terapie je odstranění nebo zmírnění návyků v příjmu potravy, které vedly k nadměrné hmotnosti. Východiskem může být i ABC kognitivně behaviorální terapie. Její název vzniká z jejich tří fází: Předcházející faktory (Antecedents), Chování (Behaviour) a Důsledky (Consequences). Předcházející vlivy jsou obvykle zjišťovány sebemonitorováním, chování je ovlivňováno kontrolou příjmu potravy a stimulů, které k

němu vedou a důsledky představují odměny, které kterým předchází správné chování. Využití kognitivních technik spočívá také ve výuce zásad racionální výživy a základů vhodně volené fyzické aktivity (Kunešová, 2004).

Mezi nejčastěji používané metody kognitivně behaviorální terapie obezity patří následující techniky:

- Sebeopozorování,
- kontrolování aktu jedení, což zahrnuje rychlost jedení a případné další činnosti prováděné u jídla,
- aktivní kontrola vnějších podnětů jako je způsob nakupování a odolávání rizikovým situacím,
- pozitivní sebeuposilování,
- kognitivní techniky a práce s nevhodnými myšlenkami, chápání souvislostí myšlenkových, emočních a behaviorálních souvislostí,
- a relaxační techniky (Hainer a kol., 2011).

V České republice pracuje s kognitivně – behaviorálním přístupem v léčbě obezity společnost STOB (Stop obezitě), jejíž čelní představitelkou je doktorka Iva Málková. Podle Málkové (2006) je pro úspěšný proces hubnutí zejména důležitá pozitivní motivace. Sama vychází z teorie podmiňování a za udržitelné chování považuje to, které je odměňováno. Doporučuje tedy nezakazovat žádnou z oblíbených potravin, ale systematicky zlepšovat kvalitu života. Pracuje s předpokladem, že chování, myšlení a emoce lze předvídat, usměrňovat a ovlivňovat (Málková, 2011). Používá techniky sebekontroly, modelování, které vytváří nové žádoucí chování, ale i relaxační techniky, které mají za cíl uvolnit napětí u obézního, které byl zvyklý řešit jídlem. V jejím programu jsou také hojně využívány svépomocné skupiny, které jsou zaměřené na společné sdílení zkušeností z procesu redukce hmotnosti.

Kromě konvenčně používané kognitivně – behaviorální terapie se u léčby obezity používá i logoterapie a existenciální analýza. A to zejména u těch obézních, kteří nejsou k redukci hmotnosti dostatečně motivováni, případně v tomto počínání nevidí smysl

(Wagenknecht, 2011). Techniky logoterapie jsou na rozdíl od konkrétních postupů, jaké nám předkládá kognitivně – behaviorální přístup, zaměřeny spíše na mapování situace, porozumění této situaci a postupné motivaci jedince k využití jeho vnitřních zdrojů vhodným způsobem (Wagenknecht, 2011).

4. 4 Farmakologická léčba obezity

Pokud samotná dietetická opatření nevedou k dostatečnému rozdílu mezi přijímanou a vydávanou energií, lze zařadit i vybraná farmaka, která slouží k léčbě obezity (Szabó, 2012). Podávání farmak pro léčbu obezity je Českou obezitologickou společností doporučeno od hodnoty BMI 30 kg/m² a více. (Hainer a kol., 2011). A to v případě, že selhala nefarmakologická léčba během uplynulých tří měsíců. Pokud je však pacient ohrožen kardiovaskulárními či metabolickými riziky, je farmakoterapie indikována i pro pacienty s nadváhou, tedy pro ty, kdo mají BMI ≥ 25 kg/m². Farmaka jsou při léčbě obezity používána také pro udržení dlouhodobého hmotnostního úbytku (Hainer a kol., 2011). Na českém farmaceutickém trhu je situace s farmaky určenými k léčbě obezity nedostačující, neboť každá ze dvou lékových skupin, které se k léčbě skutečně používají, je zastoupena vždy pouze jedním preparátem, jak bude popsáno dále v této kapitole (Szabó, 2012).

Farmakoterapie léky určenými k léčbě obezity je však stále bohužel opomíjena (Svačina, 2008). V diabetologii je naopak farmakoterapie u některých pacientů nadužívána i tam, kde by stačila dieta, větší fyzická aktivita a celková změna životního stylu. V dnešní době jsou k dispozici moderní antiobezitika, jejichž účinek se však dá významně podpořit úpravou jídelníčku. Efekt léčby je úspěšnější, pokud pacient spolupracuje, avšak určitých výsledků dosahují i nespolupracující nemocní. Lze zasáhnout těmito typy farmak:

- klasickými anorektiky, což jsou léky, které tlumí pouze chuť k jídlu,
- inhibitory střevní lipázy, které snižují vstřebávání tuků,
- a novou generací anorektik, které komplexně mění příjem potravy, jak kvantitativně, tak kvalitativně (Svačina, 2008).

Farmakologická léčba je pro každou zemi specifická a její scéna se v čase velmi pružně mění, proto čerpám také z aktuálního článku MUDr. Marcely Szabó (2012) z Městské nemocnice Neratovice. U anorektik se používá preparát fentermin, který působí centrálním mechanismem a může zpříčiňovat nervozitu, nespavost a další vedlejší účinky, na které je důležité brát při předepisování zřetel. Fentermin je navíc možné používat pouze v rádech týdnů, maximálně tři měsíce, protože při delším užívání může vzniknout léková závislost (Szabó, 2012). Ovšem vzhledem k tomu, že byl v roce 2011 stažen z trhu lék sibutramin, je fentermin jediným dostupným anorektikem v České republice (Szabó, 2012). U druhé skupiny farmak, blokátorů vstřebávání živin z trávicího ústrojí, se používá orlistat. Ten se aktivně váže na střevní lipázu a tak brání vstřebávání zhruba 30% tuku ze střeva. Ani tento lék však není bez dalších limitů, pacient musí omezit tuky ve stravě, aby předcházel riziku nepříjemnýj střevních obtíží.

4. 5 Chirurgická léčba obezity

Dosahuje-li pacient vyššího stupně obezity, tedy BMI nad 40 kg/m² může být indikován pro takzvanou bariatrickou operaci, čímž označujeme chirurgický zákrok pro léčbu obezity (Fried a kol., 2011). Po selhání všech konzervativních způsobů léčby se na tomto postupu musí shodnout obezitolog, bariatrický chirurg, psycholog a nutriční terapeut. Před patnácti lety bylo k bariatrickému výkonu indikováno dvě až tři sta pacientů za rok. Nyní se počet takových zákroků odhaduje na 1650 za každý rok (Telička a kol., 2012). V současnosti se v České republice provádí několik druhů bariatrických operací, které napomáhají zlepšení zdravotního stavu pacientů. Tyto zákroky se vzájemně liší a to jak v míře náročnosti chirurgického výkonu, tak v možných rizicích a v nárocích kladených na spolupráci pacienta s lékařem po provedeném výkonu (Fried a kol., 2011).

Tyto operace jsou založeny na dvou různých principech. Prvním z nich je takzvaná restrikce. Ta pacientům snižuje objem žaludku a pacient pak sní mnohem menší dávky potravy než dříve, a i přes to se cítí nasycen. Tato restrikce lze kombinovat s druhým typem zákroku, který označujeme jako malabsorpci a má za cíl snížit absorpci konzumovaných živin (Telička a kol., 2012).

V současné době mají pacienti na výběr z následujících druhů bariatrických zákroků (Kasalický, 2007; Telička a kol., 2012):

Gastrický bypass a jeho různé modifikace, kdy je vyřazen dlouhý úsek tenkého střeva, aby se zabránilo vstřebávání potravy.

Adjustabilní bandáž, která představuje utažení bandáže kolem žaludku, která zaškrtí žaludek tak, aby měl tvar přesýpacích hodin. Míru utahení a fixace lze případně měnit.

Biliopankreatická diverze je metodou kombinující restrikcí a malabsorbci a provádí se plikací a vytvořením 3 střevních kliček.

Sleeve gastrektomie, kdy je provedena resekce velké části žaludku a tak se jeho tvar změni v trubici.

Intragastrický balon, což obnáší výkon, při kterém je do žaludku zaveden silikonový balon o objemu 500 ml.

Gastrická stimulace obnášející zavedení elektrod do místa malého zakřivení žaludku, což je technika, která je v současné době spíše objevována, než hojně využívána.

Vertikální gastroplastika, kdy je v místě silnější žaludeční stěny vytvořen vertikální kanálek a tak nedojde ke zvětšení objemu žaludku a přibývání na váze. Od této metody se však v současnosti upouští a byla nahrazena ve většině případů bandáží.

Bariatrické výkony jsou indikovány většinou pacientům od 18ti do 60ti let. Důležitým faktorem je také zvážení motivovanosti pacienta a jeho schopnost po výkonu udržet spolupráci s lékařem a předepsaný dietní režim (Fried a kol., 2011). Samozřejmě ani bariatrické operace se nevyhýbají faktorům, které je mohou zkomplikovat. Nejčastěji to je sklouznutí, nebo jiný pohyb bandáže, vředy, nečekané změny tvaru žaludku či vyšší riziko malabsorpce, než bylo požadováno (Telička a kol., 2012).

Výzkumná část

5. Výzkum

Kapitola popisuje výzkumné záměry, se kterými byl výzkum realizován. Podrobně seznamuje s hypotézami výzkumu a metodikou sběru dat. Vysvětluje a zdůvodňuje volbu použitých metod a důkladně popisuje skupinu respondentů.

5.1 Cíle výzkumu

Cílem výzkumné části této práce je zjistit u vybraných obézních jedinců míru výskytu fenoménů pojících se k nezdravému způsobu příjmu potravy, které byly popsány v teoretické části. Zejména pak zmapovat situaci a u vzorku respondentů popsat dosažené výsledky. To představuje hlavní záměr. Tím vedlejším je ověření některých hypotéz, které se mimo jiné věnují srovnání obézní skupiny se skupinou neobézní. Podstatným faktorem, který byl zkoumán, byla také míra vztahu BMI a výskytu narušeného jídelního chování. Vzhledem k informacím zmíněným v teoretické části této práce se zdálo vhodné potvrdit či vyvrátit souvislosti, které byly uvedeny v jiných výzkumech. Srovnání se zahraničními výzkumy zajistí určitou korekci této práce a může odkrýt její případné nedostatky související například s výběrem respondentů.

Výzkumné cíle můžeme definovat následovně:

1. Popsat skupinu dotazovaných obézních prostřednictvím výsledků testů mapujících jídelní návyky.
2. Ověřit výzkumné hypotézy, které předpokládají zejména vliv hodnoty BMI na míru závažnost nezdravého jídelního chování.

5.1.1 Výzkumné hypotézy

Hypotéza 1

H0 Použité dotazníkové metody spolu navzájem pozitivně nekorelují.

H1 Použité dotazníkové metody spolu navzájem pozitivně korelují

Hypotéza 2

H0 Skupina obézních respondentů se významně neliší od skupiny respondentů s normálním váhovým rozložením ve výsledcích dotazníku „JICHEM“.

H1 Skupina obézních respondentů se významně liší od skupiny respondentů s normálním váhovým rozložením ve výsledcích testu „JICHEM“.

Hypotéza 3

H0 Skupina obézních respondentů nebude ve více než v 10% případů zastoupena tzv. „nočními jedlíky“.

H1 Skupina obézních respondentů bude ve více než v 10% případů zastoupena tzv. „nočními jedlíky“.

Hypotéza 4a

H0 Výsledky testu JICHEM významně nekorelují s hodnotou BMI.

H1 Výsledky testu JICHEM významně nekorelují s hodnotou BMI.

Hypotéza 4b

H0 Výsledky testu NEQ významně nekorelují s hodnotou BMI.

H1 Výsledky testu NEQ významně nekorelují s hodnotou BMI.

Hypotéza 4c

H0 Výsledky testu EDE-Q významně nekorelují s hodnotou BMI.

H1 Výsledky testu EDE-Q významně nekorelují s hodnotou BMI.

5.2 Metodika výzkumu

K výzkumu byla použita dotazníková baterie skládající se ze tří jednotlivých dotazníků a krátkého anamnestického dotazníku obsahujícího otázky týkající se věku, pohlaví, výšky a váhy jednotlivých respondentů. Poslední dva údaje sloužily později k výpočtu BMI. Dotazníková metoda byla zvolena z několika důvodů, dotazovaný tak dostává na zodpovězení otázek dostatečné množství času a eliminuje se vliv tazatele na odpovědi. Můžeme také očekávat, že soukromí, které respondent na vyplnění dotazníku dostává, zvyšuje upřímnost a autenticitu odpovědi.

Pro zjišťování míry určitých nestandardních návyků v jídelním chování byly hledány vhodné dotazníky. A to tak, aby nebyly úzce zaměřeny na problematiku poruch příjmu potravy, ale bylo je možné použít i pro obézní jedince. V českém prostředí se jich

bohužel mnoho nevyskytuje. Z těch zahraničnic mohou být zmíněny dotazníky Eating Attitude Test ve dvou různých verzích (EAT 26 a EAT 40), Eating Disorder Inventory (EDI), Eating Disorder Examination (EDE) a Eating Disorder Examination – Questionnaire (EDE-Q), které jsou určeny k detekci onemocnění poruchami příjmu potravy (Papežová, 2010). Zajímavé by mohlo být i použití modifikace Stroopova testu pro poruchy příjmu potravy, který je však opět citlivý pouze pro vybraný okruh pacientů.

Z důvodu rozmanitosti testů zaměřených spíše na poruchy příjmu potravy byl pro účely této práce navržen a použit dotazník „Jídelní chování a emocionalita“ (dále JICHEM). Tento 23 položkový dotazník jsem navrhla pro mapování fenoménu emocionálního jedení. Jeho výhodou je, že pochází z českého prostředí a snaží se postihnout různé aspekty emocionálního jedení nezávisle na zaznamenaném výskytu poruch příjmu potravy. Naopak nevýhodou je, že není standardizovaný a nebyly provedeny validizační studie. Před tím, než byl použit v této diplomové práci, proběhl předvýzkum na vzorku 270 respondentů, původně s 35 položkami. Po položkové analýze pak byl počet otázek zredukován pouze na ty, které splňovaly požadované kritérium. Bližší popis výzkumného vzorku, na kterém bylo provedeno pilotní testování, bude popsán v kapitole 6. 1. 1. Vzhledem k výše uvedeným informacím byl tento dotazník doplněn ještě o další dva v zahraničí běžně používané dotazníky.

Prvním z nich byl Night Eating Questionnaire (NEQ), nástroj měřící výskyt syndromu nočního jedlívání. NEQ je krátkým diagnostickým nástrojem, který lze účinně administrovat v různých prostředích. Je užitečný v rozpoznávání problémů s večerním přejídáním, nočním příjmem potravy, absencí ranního hladu a poruchami nálad a spánku. To jsou také čtyři škály, na které se dotazník zaměřuje (Allison a kol. a kol., 2008). Dotazník se skládá z šestnácti položek, které mapují jídelní chování. Na položky lze odpovídat na škále od 0 do 4. Respondenti nemusejí odpovídat na všechny uvedené otázky, neboť v dotazníku NEQ jsou začleněna tzv. „stop kritéria“, která jsou popsána přímo v dotazníku. To znamená, že pokud není zjišťovaný jev přítomný (například buzení se v noci za jiným účelem než použitím toalety), nemusí dotazovaný odpovídat již na další otázky týkající se nočního příjmu potravy.

Nejnovější kritické revize (Vander Wal, 2012), které se věnují syndromu nočního jedlictví (NES) uvádějí, že je jím postiženo 1,5% obecné populace a 10,1% obézních dospělých s obezitou II. a III. typu (Calugi a kol., 2009). Z těchto hodnot získaných na britské populaci budu vycházet a proto je ve třetí hypotéze zvolena právě hraniční hodnota 10% respondentů. Samozřejmě jsem si vědoma toho, že je to hodnota vypočítána pro britskou populaci a tato hranice nebyla získána ze vzorku obézních zahrnujících i obezitu I. typu, která je v mém výzkumném vzorku zařazena. Avšak po bližším seznámení se s dostupnými aktuálními odbornými studiemi zaměřujícími se na syndrom nočního jedlictví, například španělskými (Moizé a kol., 2012) či italskými (Pacitti a kol., 2011), byla tato studie vybrána jako nejbližší našemu prostředí a provedenému testování. Tato dotazníková metoda nemá své normy pro českou populaci. Přeložené položky poskytuje prof. Papežová (2010) ve své publikaci. Překlad dotazníku použitého v této práci byl zajištěn laskavým zapůjčením výzkumného týmu Herlesová a kol. (2013), který se studiu záchvatovitého přejídání, mentální bulimie, syndromu nočního přejídání a obezité věnuje z dlouhodobého hlediska. Verze tohoto překladu vycházela z přeložených položek uvedených v publikaci prof. Papežové (2010).

Druhým použitým dotazníkem byl Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q), odvozený od Eating Disorder Examination (EDE), což je diagnostický strukturovaný rozhovor, který byl však modifikován do tohoto dotazníku zejména z důvodu časové úspory a možnosti skupinové administrace. EDE-Q je sebeposuzovací metoda široce používaná k posouzení klíčových postojů a rysů chování souvisejících s poruchami příjmu potravy. (Aardoom, 2012). Tyto jsou měřeny čtyřmi různými škálami, mezi které patří omezování se v jídle, obavy z tvaru těla, obavy z hmotnosti a obavy z jídla. Dotazník je zaměřen na aktuální stav, proto se ve všech svých otázkách ptá respondentů na uplynulých 28 dní (Luce, 2008). Dotazník čítá 28 položek, ze kterých je 6 zaměřeno na frekvenci výskytu rizikového chování. Lze odpovídat na škále od 0 do 6, kdy 0 znamená, že se dotazovaný fenomén nevyskytl nikdy či vůbec ne, a 6 značí přítomnost jevu každý den či výrazně. Tato dotazníková metoda nemá, stejně tak jako metoda předchozí, normy pro českou populaci, proto byly také čerpány ze zahraničních článků, které s metodou pracují. Překlad dotazníku byl plně zajištěn výzkumným týmem

Herlesová a kol. (2013) a zapůjčen k účelu této práce, neboť NEQ zatím nemá svůj oficiální překlad do češtiny.

Sběr dat probíhal od 4. 4. 2013 do 28. 6. 2013, a za tuto dobu se podařilo oslovit šedesát osm respondentů. Návratnost dotazníků činila 82%, neboť osm z vyplněných dotazníků bylo vyřazeno z důvodu neodpovídajícího BMI (vyřazení respondenti se v době vyplnění potýkali s nadváhou, nikoliv s obezitou) a čtyři další dotazníky nebyly vyplněny zcela. Počet respondentů, jejichž data byla zpracována, činil v závěru 56 osob (N = 56). Výběr z populace můžeme označit jako nenáhodný kritériální, neboť u některých jedinců byla vyšší pravděpodobnost, že se do výběrového souboru dostanou a byli vybíráni podle předem definovaných kritérií.

Byla zvažována i možnost distribuovat dotazník prostřednictvím internetu, avšak v tomto vidím hned několik nevýhod. První je, že návratnost takto rozeslaných či veřejně umístěných dotazníků je poměrně malá. Dalším důvodem je, že při osobním kontaktu s respondentem existuje možnost upřesnění některých otázek, pokud nejsou pro dotazovaného srozumitelné. Výhodou je samozřejmě i ústní zpětná vazba od respondentů, o kterou bych byla hromadnou online distribucí dotazníku ochuzena. Vyplnění dotazníku trvalo respondentům obvykle 20 až 35 minut, všechny testové baterie byly administrovány v mé přítomnosti a respondenti se na mě mohli obrátit s otázkou v případě nejasností. Připomínky k testům byly zpracovány a jsou zmíněny v kapitole Diskuze.

Vybrané dotazníkové metody jsou v této části práce blíže popsány a baterie testů, která byla předkládá respondentům, je uvedena ve svém přesném znění v Příloze č. 1. V dalších kapitolách budou již tyto metody uváděny pod svými zkratkami, jejichž plné znění se nachází v úvodní části této diplomové práce. Data, která jsem získala prostřednictvím dotazníkového šetření, byla zpracována pomocí programů SPSS a MS Excel. Výstupy těchto programů, mezi kterými jsou tabulky a grafy, jsou umístovány přímo do textu práce pro větší názornost.

5.3 Charakteristika výzkumného vzorku

Cílovou populací, na kterou byl výzkum zaměřen, byli dospělí jedinci trpící některým ze tří stupňů obezity. Vzhledem k baterii testů, která se skládala ze tří různých

dotazníků, nebyli respondenti dotazováni na podrobnější demografické údaje, než bylo pohlaví, věk, výška a váha. Ačkoliv by mohlo být zajímavé zpracovat do statistické analýzy údaje o vzdělání, zaměstnanosti, či bližší demografické údaje, nebylo nezbytné je pro cíle tohoto výzkumu od respondentů získávat a zvyšovat tak počet otázek v testové baterii.

Do nenáhodného kriteriálního výběru byli respondenti získáváni rozdílnými cestami. Vždy byla respondentům, kteří se rozhodli vyplnit dotazník dobrovolně, podána informace o účelu sběru dat a s jejich budoucím zpracováním. V zásadě se jednalo o tři různé způsoby získávání dat:

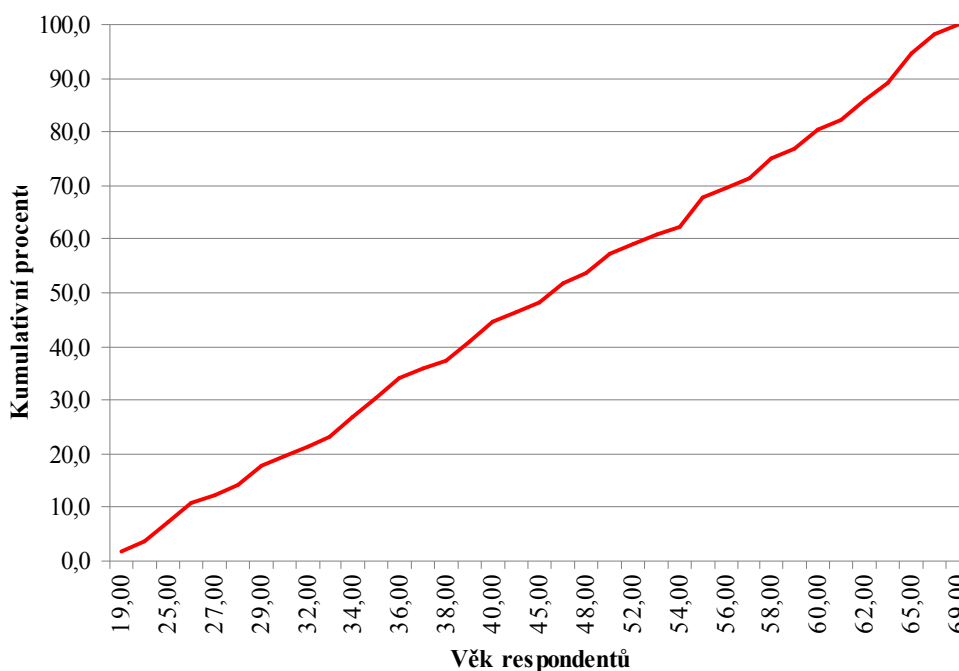
- Oslovení účastníků na rekondiční pobytové akci Vysokoškolské tělovýchovné jednoty (VŠTJ) Medicína Praha, která je zaměřena na jedince, kteří mají zájem o pohybové aktivity pod vedením odborných instruktorů. Tohoto rekondičního pobytu se mohou účastnit jak běžní obézní pacienti, tak ti, kteří se připravují na bariatrickou operaci. Někteří účastníci nejsou obézní, trpí nadváhou či je jejich hmotnost v normě a snaží se preventivně změnit svůj životní styl. Vyplněné dotazníky od těchto jedinců byly z důvodů předem stanovených kritérií výběru do výzkumného vzorku vyřazeny.
- Dalším místem, kde jsem získávala respondenty byla obezitologická ambulance III. interní kliniky 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze, kde mi byl dotazník vyplňován pacienty MUDr. Martina Matoulka, Ph.D., který vstřícně poskytl podmínky i prostory pro sběr dat. Někteří z těchto pacientů podstoupili v minulosti bariatrický zákrok.
- Pro rozhojnění počtu obézních dospělých respondentů jsem se obrátila i na své nejbližší okolí, přátele a známé, kteří jsou obézní a požádala i je, aby vyplnili dotazníkovou baterii.

I přes různé cesty, díky kterým jsem se k obézním dotazovaným dostávala, byly dotazníky distribuovány stejným způsobem. Vždy je doprovázela slovní instrukce a možnost si kdykoliv vyjasnit případné nesrozumitelnosti v textu. Jak je patrné, vzorek obézních respondentů byl poměrně pestrý. Bylo zahrnuto spektrum od pacientů, kteří vyhledali odbornou pomoc a absolvovali bariatrické ošetření, přes ty, kteří o této léčbě

uvažují, až k těm obézním, kteří mají zájem své onemocnění léčit neinvazivní cestou. Někteří z dotazovaných se snaží aktivně upravit svůj životní styl. Mezi respondenty jsou ovšem také jedinci, kteří doposud o své váze nepřemýšleli v souvislosti se zdravotními riziky a nevyhledali žádnou odbornou pomoc. V této heterogenitě vzorku spatřuji výhodu v tom, že je posuzováno širší spektrum jedinců, než když by byl výzkum zaměřen pouze na jednu úzce vyhraněnou skupinu, například pacienty pravidelně navštěvující obezitologickou ambulanci. Na druhou stranu však mohou statisticky zaniknout rysy, které jsou specifické například pro takto úzce vyhraněnou skupinu, neboť tyto proměnné nejsou ve statistickém zpracování uvažovány.

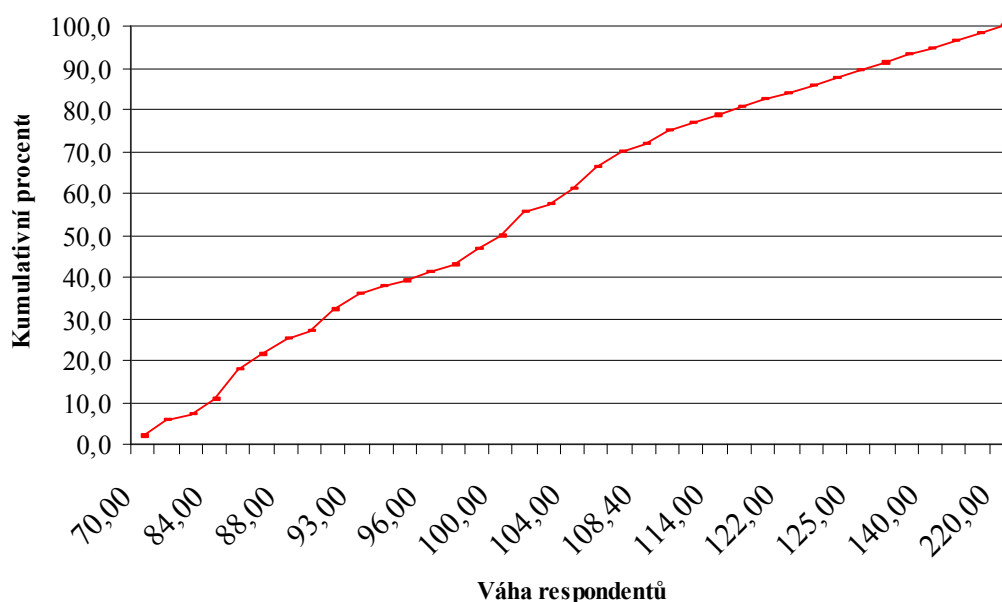
Věková hranice respondentů byla určena minimem osmnácti let, maximum bylo omezeno hranicí sedmdesáti let. Vzhledem k dalšímu statistickému zpracování dat se ukázalo, že díky rovnoměrnému věkovému rozložení respondentů nic výrazně nebránilo ponechat takto široká kritéria pro výběr vzorku z hlediska věku. Neboť žádná z věkových skupin nepřevažuje nad nějakou jinou, jak ukazuje Graf č. 1. Nejmladšímu dotazovanému bylo 19 let a nejstaršímu 69 let. Průměrný věk činil 45,6 roků se standardní odchylkou 14,1 let.

Graf č. 1 Věkové rozložení respondentů



I přes výraznou snahu přiblížit se rovnoměrnému rozložení mužů a žen, je ve výzkumném vzorku ženských respondentek více. Konkrétně odpovídalo na testovou baterii 43 žen (77%) a 13 mužů (23%). Z povahy tématu této práce byla zjišťována také výška a váha respondentů, na jejichž základě bylo počítáno BMI. Nejnižší dosaženou vahou mezi respondenty bylo 70 kg a nejvyšší 220 kg. Průměrná váha pak činila 105 kg. Podrobněji ukazuje váhové rozložení respondentů následující Graf č. 2. Můžeme si povšimnout, že do hodnoty 115 kg stoupá váha respondentů strměji, celých 80% dotazovaných dosahuje hmotnosti 115 kg a méně.

Graf č. 2 Váhové rozložení respondentů



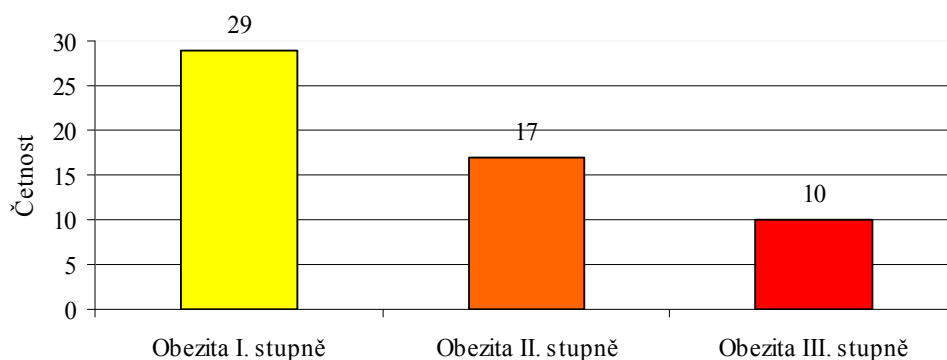
Výška všech respondentů činila v průměru 169 cm. Nejvyšší respondent měřil 191 cm a nejnižší respondentka 152 cm. Zajímavé je, že oba z těchto respondentů zastupovali minima i maxima nejen v této kategorii, ale dosahovali i váhového minima a maxima. Deskriptivní statistika výzkumného vzorku je přehledně znázorněna v následující tabulce (Tabulka č. 1):

Tabulka č. 1 Deskriptivní statistika zkoumaného vzorku respondentů

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Věk	56	19,00	69,00	45,7768	14,18608
Váha	56	70,00	220,00	105,2554	25,21786
Výška	56	152,00	191,00	169,6250	8,22759
BMI	56	30,08	67,15	36,3730	6,86838

Jedním z nejdůležitějších údajů, který byl z výšky a váhy respondentů získán, byl údaj o BMI. Průměrnou hodnotou BMI bylo 36,4 kg/m², nejnižší naměřené BMI těsně splňovalo hranici obezity a to 30,08 kg/m² a tím nejvyšším bylo BMI, které výrazně převyšovalo hranici pro diagnózu morbidní obezity, s hodnotou 67,15 kg/m². Z výsledků, které graficky znázorňuje Graf č. 3 je patrné, že obezitou I. stupně trpí 52% respondentů, obezitou II. stupně 30% respondentů a III. typ obezity se vyskytuje u 18% dotazovaných.

Graf č. 3 Zastoupení stupně obezity ve zkoumaném vzorku



6. Výsledky výzkumu

Použité dotazníkové metody, baterie testů předkládaná respondentům i skupina respondentů byla popsána v předešlé kapitole vztahující se k metodice výzkumů a podrobné charakteristice výzkumného vzorku. V této kapitole jsou předloženy výsledky statistického zpracování a testování hypotéz.

6.1 Dotazník „Jídelní Chování a Emocionalita“

6.1.1 Konstrukce dotazníku

Tato podkapitola, je nezbytná pro objasnění a popis použité metody. Důvody, které mne vedly k navržení tohoto dotazníku jsou popsány v kapitole 5.2. Dotazník JICHEM, původně s 35 položkami, byl nejprve v předvýzkumu administrován 270 respondentům prostřednictvím dotazníku vyvěšeném na internetu na serveru www.vyplnto.cz. Tento dotazník byl přístupný volně od 11. 04. 2012 do 18. 04. 2012, tedy přesně týden, a odpovědělo na něj 270 respondentů. Návratnost dotazníku byla 82,5%. Dotazovaní vyplnili celkem 40 položek v testu. Z tohoto množství se celkem 35 otázek zabývalo jídelním chováním respondentů. Zbýlých 5 otázek se týkalo výšky, váhy, věku, pohlaví a vzdělání respondentů. Všichni respondenti vyplnili dotazník celý, to znamená, že žádný nemusel být z důvodu neúplnosti dat vyřazen. Pouze u několika z nich došlo k nepřesnému (nereálnému) vyplnění váhy, či výšky. Tyto dotazníky dále nebyly uvažovány pro další statistické zpracování.

Ze vzorku 270 respondentů bylo 219 žen, tedy 80%, a 54 mužů, což činilo 20% dotazovaných. Takové rozložení není reprezentativní, ovšem shodou okolností se blíží i nově získanému vzorku obézních (N = 56), se kterým pracuji v této práci. Věkové rozpětí těchto respondentů bylo poměrně široké a to od 13 do 64 let. Věkový průměr respondentů byl 23,8 let. Nejvýznamněji byla zastoupena skupina respondentů od 20 do 24 let a to v 56% případů. Věkově se tedy od obézních respondentů (N = 56) liší poměrně výrazně, neboť ve zkoumaném vzorku jsou všichni respondenti dospělí a nepřevažuje zde žádná věková skupina.

Nejnižší hodnotou BMI u vzorku 270 respondentů bylo 16,1 kg/m² a nejvyšší pak 36,2 kg/m². Celkově měl vzorek průměrnou hodnotu BMI 23 kg/m², což označujeme jako normální váhu. Dotazník byl po administrování a vyhodnocení podroben položkové analýze a položky, které nespĺňovaly požadovanou validitu, byly z testu vyloučeny. Reliabilita byla vypočítána za pomoci programu SPSS a hodnota byla následující: Cronbachova alpha = 0,828. Po vyloučení nevyhovujících položek čítá dotazník 23 otázek, na které respondenti odpovídají. Dotazník byl konstruován tak, aby odpovídající měli vždy jednu z možností odpovědi, tedy „Ano“ nebo „Ne“. Odpověď „Ano“ nesla hodnotu 1 bodu, odpověď „Ne“ hodnotu 0. Odpovědi „Ano“ sytily rys souvztažnosti mezi jídlem a prožívanými emocemi. Výjimkou z tohoto pravidla (tedy že odpověď „Ne“ nesla hodnotu 1 bodu) je otázka č. 12, se kterou se náležitě pracovalo při statistickém zpracování dat a bylo nutné ji překódovat. Čím více bodů tedy dotazovaný získal, tím více u něj jídelní chování vztahuje k prožívaným emocím. Hrubý skór (HS) je podle toho počítán součtem těchto bodů za všechny otázky, na které je odpověď „Ano“ či „Ne“.

Celkové skóre v dotazníku, které může být dosaženo se pohybuje v rozsahu od 0 do 23 bodů. Hranice, která je v cizojazyčných člancích nazývána obvykle „cut off“, tedy počet bodů, od kterých již můžeme označit daný výsledek za projev některého ze zkoumaných rysů, byla na základě McCallovy plošné transformace v tomto dotazníku určena na hodnotu HS 15 a více. Minimální HS byl 0 bodů a maximální 25 bodů. Průměrně dosahovala kontrolní skupina 9,6 bodů se standardní odchylkou 4,8 bodu. Samozřejmě tento HS je počítán z vybraných 23 otázek, nikoliv ze základních 35, které respondenti vyplnili. To proto, abych jej mohla porovnat s údaji získanými od skupiny obézních. Hranice pro určitý rizikový vztah jídelních návyků a emocí byla dosažena 11,9% dotazovaných, tedy 32 osobami z celkového počtu 270 respondentů.

6.1.2 Výsledky testování dotazníkem JICHEM

Průměrný počet bodů, který dosahovala skupina obézních byl 9,5 se standardní odchylkou 4,9 bodu. Minimum byl jeden dosažený bod a maximum 25 bodů. Hranice pro určitý rizikový vztah jídelních návyků a emocí byla určena jako $HS \geq 15$. Toho bylo dosaženo 8,9% testovaných obézních, tedy pěti jedinci, pouze ženami. Deskriptivní statistiku přehledně znázorňuje Tabulka č. 2. Reliabilita testu byla následující:

Cronbachova alpha = 0,694. U osobnostních dotazníků je vhodná hladina reliability 0,6 a vyšší. Z výsledků vypočítaných programem SPSS tedy vyplývá, že hladina tohoto dotazníku se pohybuje v pásmu požadované reliability pro tento druh testu.

Tabulka č. 2 Deskriptivní statistika výsledků dotazníku JICHEM u obézních jedinců

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
HS JICHEM	56	1,00	25,00	9,5357	4,91737

Skupiny, které jsou srovnávány, tedy skupina zkoumaných obézních (N = 56) a kontrolní skupina (N = 270) se liší v hodnotách BMI. Skupina obézních má průměrné BMI 36,3 kg/m² (což odpovídá obezitě II. typu) a kontrolní skupina BMI 23 kg/m² (což je normální váha). Rozdílný je i průměrný věk obou skupin, kontrolní skupina má věkový průměr 24 let a skupina obézních 46 let. Průměry hrubých skóre u obou dvou skupin si vzájemně téměř odpovídají. Průměrný HS pro skupinu obézních je 9,7 a HS pro skupinu kontrolní je 9,5, tedy rozdíly ve výsledcích jsou minimální.

Hranici pro rizikový vztah (HS 15) dosahuje či přesahuje 11,9% kontrolní skupiny a 8,9% testovaných obézních, jak ukazuje Tabulka č. 3. Což jsou překvapivé výsledky, neboť z toho můžeme vyvodit, že větší tendenci podléhat v emočně vypjatých situacích nepřiměřeným jídelním návykům má spíše skupina kontrolní, než ta obézní.

Tabulka č. 3 Srovnání dosažených výsledků u obézní a kontrolní skupiny.

					Total
			Normalita	Riziko	
Vzorek	Kontrolní skupina	Count	238	32	270
		% within Vzorek	88,1%	11,9%	100,0%
	Obézní	Count	51	5	56
		% within Vzorek	91,1%	8,9%	100,0%
Total	Count		289	37	326
	% within Vzorek		88,7%	11,3%	100,0%

Jak bylo popsáno výše, reliability testu byla vypočítána jako Cronbachova alpha = 0,694, což je méně, než Cronbachova alpha = 0,828, které bylo dosaženo ve větším

vzorku kontrolní skupiny. To může poukazovat na to, že větší testovaný vzorek zajišťuje v testování větší reliabilitu. Rozdíly mezi muži a ženami ve výsledcích dotazníku nebyly výrazné, což potvrdily výsledky t-testu ($t = 0,638$; $p = 0,526$). Ženy dosahovaly v průměru HS 9 bodů a muži 8 bodů.

Na základě uvedených výsledků je možné vyjádřit se ke druhé hypotéze. Její znění bylo následující:

***H0** Skupina obézních respondentů se neliší od skupiny respondentů s normálním váhovým rozložením ve výsledcích dotazníku „JICHEM“.*

***H1** Skupina obézních respondentů se liší od skupiny respondentů s normálním váhovým rozložením ve výsledcích testu „JICHEM“.*

Na základě výsledků přijímám nulovou hypotézu na hladině významnosti $p = 0,05$, tedy že se uvedené skupiny ve výsledcích testu významně neliší ($\chi^2 = 0,394$; $p = 0,530$).

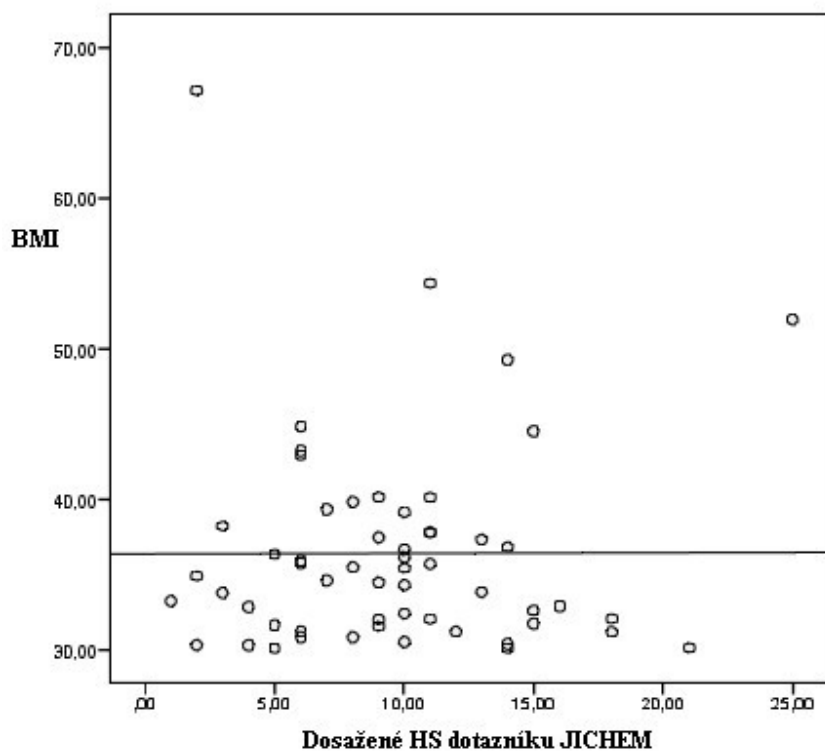
Další hypotézou, která souvisí s dotazníkem JICHEM byla hypotéza 4a. Její znění bylo následující:

***H0** Výsledky testu JICHEM významně nekorelují s hodnotou BMI.*

***H1** Výsledky testu JICHEM významně nekorelují s hodnotou BMI.*

Na základě výsledků přijímám H_0 ($r = 0,002$ a $p = 0,987$), což znamená, že vztah mezi hodnotou BMI a získaným skóre v testu JICHEM nebyl nalezen. Respondenti s vyšším BMI pravděpodobně nemají podle výsledků testů větší tendenci k emocionálnímu přejídání. To dokládá i následující graf (Graf č. 4):

Graf č. 4 Korelace hodnot BMI a HS JICHEM

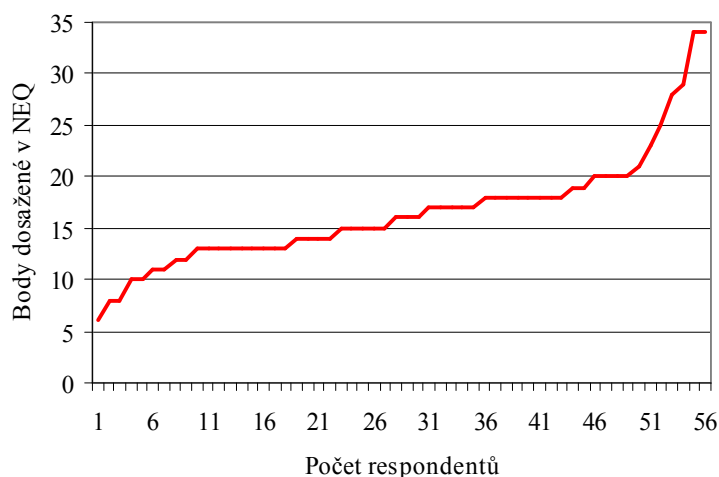


6.2 Dotazník „Night Eating Questionnaire“

Dotazník NEQ, který se zaměřuje na prokázání syndromu nočního jedení, je vyhodnocován obráceným kódováním u položek 1, 4, a 14 a HS tvoří suma všech položek, kromě položky 13. Celkové skóre, které může dotazovaný dosáhnout se pohybuje od 0 do 52 bodů. Tzv. „cut off“ hranice je určena 25 body. U těch jedinců, kteří dosahují 25 bodů a více, lze předpokládat výraznější projevy syndromu nočního jedlictví (Allison a kol., 2008).

Respondenti vyplnili všechny položky s průměrným počtem bodů 16,5 bodu se standardní odchylkou 5,5 bodu. Dosažené minimum bylo 6 bodů, maximum 34 bodů. Graf č. 5 ukazuje bodové rozložení mezi respondenty.

Graf č. 5 Výsledky respondentů v dotazníku NEQ



Jak je patrné i z grafického znázornění, hranici 25 bodů překročilo pět jedinců, tedy 8,9% zkoumaného souboru se podle výsledků tohoto testování potýká se syndromem nočního jedlíctví. Deskriptivní statistika výsledků NEQ je znázorněna v následující tabulce (Tab. č. 4):

Tabulka č. 4 Deskriptivní statistika výsledků dotazníku NEQ u obézních jedinců

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
HS_NEQ	56	6,00	34,00	16,5179	5,56610

Reliabilita testu byla následující: Cronbachova $\alpha = 0,679$, hladina reliability tohoto dotazníku se také pohybuje v pásmu požadované reliability pro tento druh osobnostních dotazníků. Rozdíly mezi muži a ženami ve výsledcích dotazníku opět nebyly výrazné, což potvrdily výsledky t-testu ($t = 1,098$; $p = 0,277$). Průměrný HS žen byl 16 bodů a muži měli v průměru 18 bodů.

Skupinu nočních jedlíků představují tři ženy a dva muži. Věkové rozpětí této skupiny je poměrně široké, od 25 do 69 let. Nemůžeme tedy najít tendenci určité věkové skupiny k nočnímu jedení. Všichni noční jedlíci, kromě jedné ženy, také trpí nejlehčím stupněm obezity. Výjimku představuje pouze zmíněná žena s obezitou III. stupně. Vybraní dotazovaní také uvedli, že množství denního příjmu potravy, kterou konzumují po večeři je 1 – 25 %, s výjimkou jedné ženy a jednoho muže s obezitou I. stupně, kteří

po večeři zkonsumují obvykle až 50% svého denního příjmu. Skóre těch, jejichž výsledky potvrzují výskyt syndromu nočního jedení, jsou přehledně znázorněny v následující tabulce (Tab. č. 5), kde jsou respondenti seřazeni dle dosaženého HS v NEQ.

Tabulka č. 5 Deskriptivní statistika „nočních jedlíků“

HS NEQ	Pohlaví	BMI	Věk	Váha	Výška
25	žena	30,37	48	93	175
28	žena	44,53	60	114	160
29	muž	32,85	25	110	183
34	žena	32,01	69	84	162
34	muž	32,37	26	98	174

Čtyři z respondentů své obtíže s nočním konzumováním potravy reflektují a uvádějí léta, po která je tento syndrom provází. Nejméně je to jeden rok, dále dva roky, pět let a nejdéle noční jedení trvá u respondentky deset let. Zajímavé však je, že dvě respondentky uvedly údaj upřesňující jak dlouho trvají jejich obtíže s nočním jídlem, avšak dle vyhodnocení dotazníku nedosáhly hranice pro kterou je již charakterizováno noční jedlictví. Jedna z těchto žen uvedla, že její noční konzumace potravin ji trápí osm měsíců. Druhá respondentka napsala, že vstává v noci k jídlu již dva roky a do testu připsala, že pro ni noční jídlo znamená hrnek teplého mléka.

Díky zjištěním v této kapitole se můžeme vyjádřit ke třetí hypotéze, která zněla následujícím způsobem:

H0 Skupina obézních respondentů nebude ve více než v 10% případů zastoupena tzv. „nočními jedlíky“.

H1 Skupina obézních respondentů bude ve více než v 10% případů zastoupena tzv. „nočními jedlíky“.

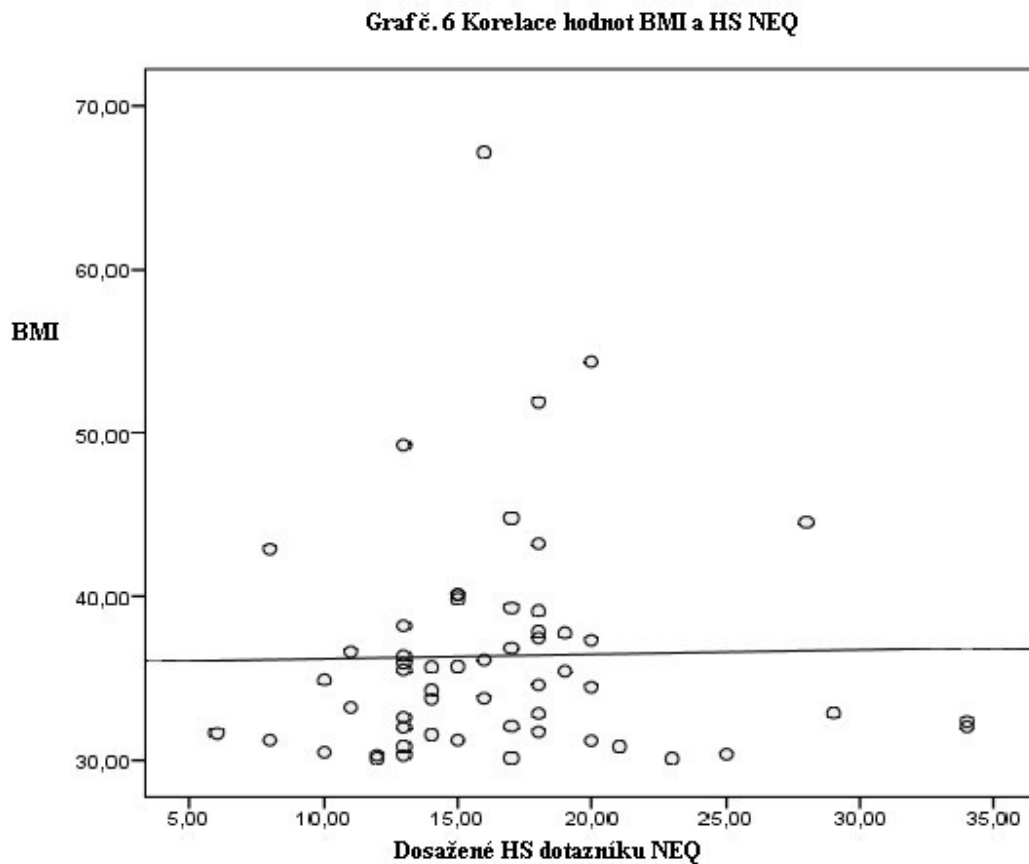
Vzhledem k tomu, že syndrom nočního jedení byl rozpoznán u 9% zkoumaného souboru, přijímám nulovou hypotézu a potvrzuji, že skupina obézních respondentů není

ve více než v 10% případů zastoupena tzv. „nočními jedlíky“. Další hypotézou, která se vztahuje k dotazníku NEQ je hypotéza 4b ve svém znění:

H0 Výsledky testu NEQ významně nekorelují s hodnotou BMI.

H1 Výsledky testu NEQ významně nekorelují s hodnotou BMI.

Na základě výsledků přijímám H0 ($r = 0,019$ $p = 0,889$), což znamená, že se vztah mezi hodnotou BMI a získaným skóre v testu NEQ nenalézá. Dotazovaní s vyšším BMI pravděpodobně nemají podle výsledků testů větší tendenci k nočnímu jedení. To dokládá i následující graf (Graf č. 6):



6.3 Dotazník „Eating Disorder Examination Questionnaire“

Sebeopisovací dotazník EDE-Q 6.0 je zaměřený na uplynulé čtyři týdny a mapuje případné poruchy příjmu potravy. Celkový výsledek lze zjistit výpočtem průměru ze skóre čtyř podškál. To získáme opět výpočtem průměru položek dané škály. Výsledný skór by se měl pohybovat v rozmezí 0 až 6. Celkový EDE-Q skór je měřítkem závažnosti psychopatologie spojené s poruchou příjmu potravy (Aardoom, 2012). Jako klinicky významná se jeví hodnota HS ≥ 4 (např. Carter a kol., 2001; Mond a kol., 2006 či Rø a kol., 2010), která je uvažována, jako „cut off“ hranice i v této práci.

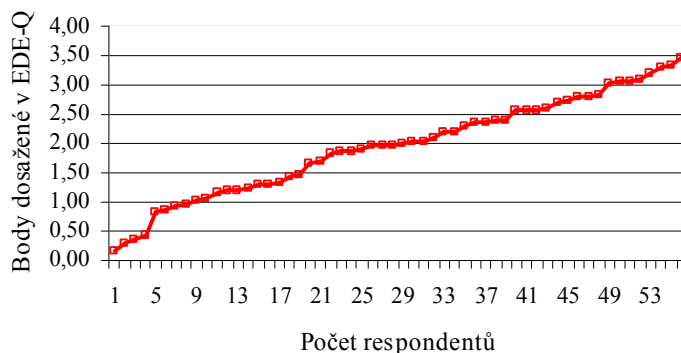
Průměrný HS respondentů představoval 1,95 bodu se standardní odchylkou 0,8 bodu. Dosažené minimum bylo 0,18 bodů, maximum 3,46 bodu. Deskriptivní statistické zpracování je znázorněno v Tabulce č. 6.

Tabulka č. 6 Deskriptivní statistika výsledků dotazníku EDE-Q u obézních jedinců

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
HS_EDEQ	56	,18	3,46	1,9541	,84761

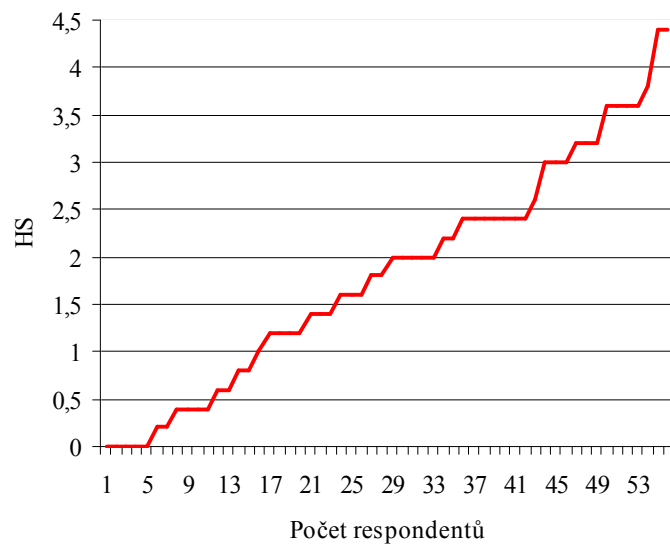
Na grafu č. 7 lze pozorovat bodové rozložení mezi respondenty. Žádný z respondentů nedosáhl klinicky významné hranice HS 4 a více.

Graf č. 7 Výsledky respondentů v dotazníku EDE-Q



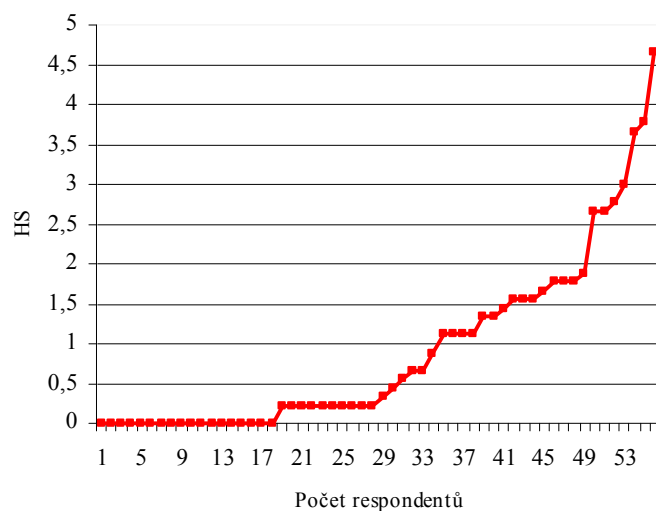
Tento závěr se však jevil jako málo uspokojivý a proto jsem se rozhodla blíže se seznámit s jednotlivými škálami a popsat jejich výsledky. První škála označována jako „Restraint“ je zaměřena na omezování se v jídle, vyhýbání se jídlu a potravinám, pocit prázdného žaludku a dietní pravidla (Fairburn a kol., 2008). Respondenti skórovali na této škále v průměru 1,83 HS a dva z dotazovaných přesáhli HS 4, jak lze sledovat na následujícím grafu (Graf č. 8):

Graf č. 8 Škála HS Restraint



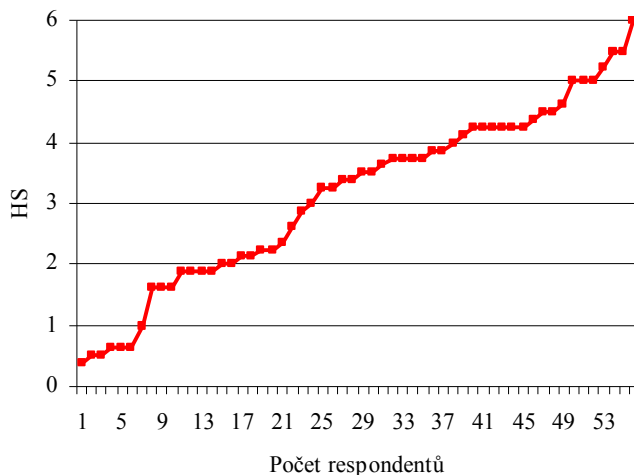
Druhou škálou, které se dotazník věnuje je “Eating Concern”, což lze přeložit jako obavy, které jsou spojovány s jídlem a jedením. Tato škála mapuje nadměrné zaujetí jídlem, obavu ze ztráty kontroly nad jídlem, tajnou a společenskou konzumaci jídla a i případné pocity viny, kterými strážník trpí (Fairburn a kol., 2008). Průměrně skórovali dotazovaní 0,91 HS a skór ≥ 4 dosáhl pouze jeden muž (viz Graf č. 9).

Graf č. 9 Škála HS Eating concern



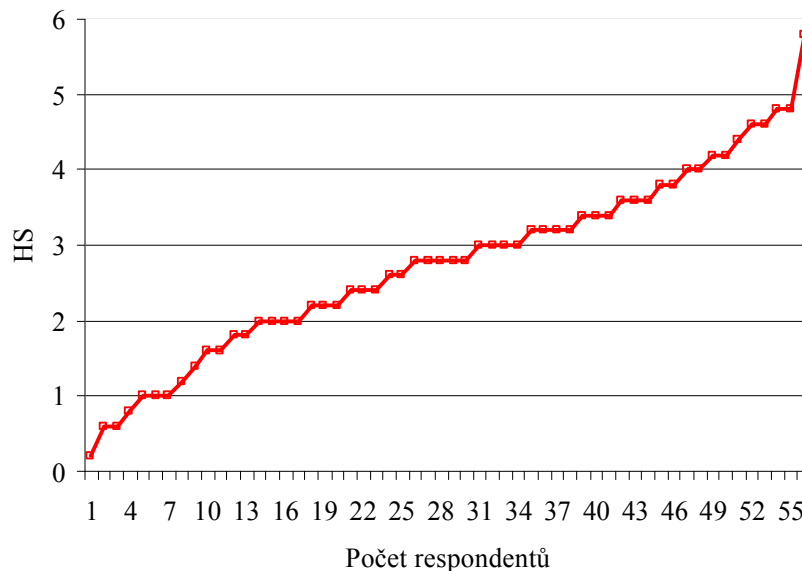
Škála označující obavy související s tvarem těla se v původním znění nazývá „Shape Concern“. Je zaměřena na přílišné zaujetí a zdůrazňování tvaru postavy a strach z nárůstu hmotnosti. Také postihuje případné znepokojení z pohledu na vlastní tělo a vyhýbání se odhalení těla (Fairburn a kol., 2008). Na této škále skórovali respondenti vůbec nejvíce ze všech čtyř škál dotazníku EDE-Q. Průměrně to bylo 3,13 HS a klinicky významnou hodnotu 4 HS překročilo celých 19 respondentů, což činí plnou třetinu (33%) dotazovaných. Z toho bylo 16% mužů (v celkovém vzorku respondentů je mužů 23%), tedy 3 muži z celkového počtu 10 mužů projeví na klinicky významné hladině obavy spojené s tvarem těla. Celkové rozložení HS lze pozorovat na Grafu č. 10:

Graf č. 10 Škála HS Shape concern



Poslední škálou, na kterou se dotazník EDE-Q zaměřuje, je škála „Weight Concern“, která mapuje obavy spojené s hmotností. Blíže se zabývá takovými fenomény, mezi které patří důležitost váhy, reakce na předepsané vážení, přílišné zaujetí či nespokojenost s váhou a také touha zhubnout. Průměrná odpověď byla hodnocena 2,75 HS. Klinické hranice dosáhlo 10 ze všech 56 dotazovaných respondentů. Dosažená bodová minima a maxima jsou, stejně tak jako v předchozích případech, přehledně znázorněna v grafu (Graf č. 11).

Graf č. 11 Škála HS Weight concern



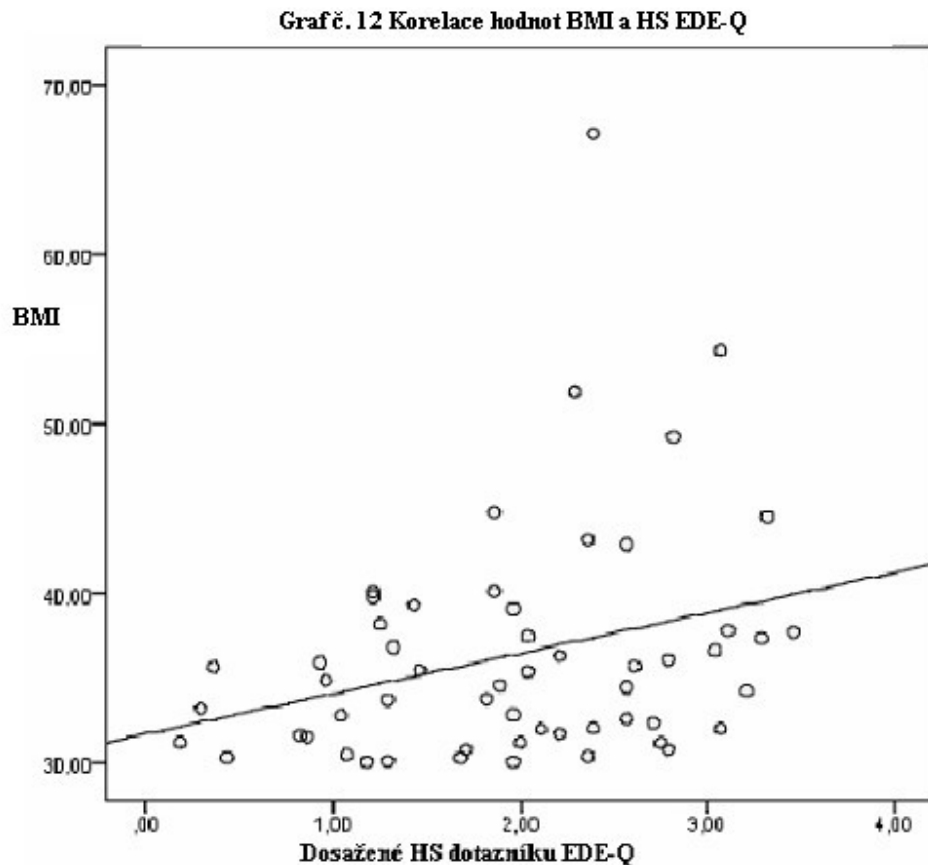
Reliabilita testu byla následující: Cronbachova alpha = 0,871 a pohybuje se v pásmu požadované reliability pro tento druh osobnostních dotazníků. Rozdíly mezi muži a ženami nepotvrdily výsledky t-testu ($t = 1,064$ $p = 0,292$), neboť průměrný HS žen byl 1,94 bodů a muži měli v průměru 1,97 bodu.

Vzhledem k informacím uvedeným výše je také možné zhodnotit jednu ze dvou zbývajících hypotéz (4c).

H0 Výsledky testu EDE-Q významně nekorelují s hodnotou BMI.

H1 Výsledky testu EDE-Q významně nekorelují s hodnotou BMI.

Na základě výsledků přijímám alternativní hypotézu ($r = 0,294$ $p = 0,028$) neboť statistickým zpracováním byla zjištěna slabá korelace mezi BMI a výsledky testů EDE-Q. Připomínám, že je to jediný test z použité baterie, který potvrzuje mírnou korelaci BMI a výsledků HS, kterou můžeme sledovat na výše znázorněném grafu (Graf č. 12):



6.4 Shrnutí výsledků výzkumu

Cílem výzkumu bylo popsat skupinu dotazovaných obézních a ověřit výzkumné hypotézy. Téměř všechny výzkumné hypotézy byly zhodnoceny v komentářích k výsledkům testů, ke kterým se vztahovaly. Hypotézou poslední, která doposud nebyla vyhodnocena, je hypotéza uvedena v kapitole 5.1.1 na prvním místě:

H0 Použité dotazníkové metody spolu navzájem pozitivně nekorelují.

H1 Použité dotazníkové metody spolu navzájem pozitivně korelují.

Na základě statistického zpracování zamítám nulovou hypotézu, neboť použité dotazníkové metody spolu navzájem slabě pozitivně korelují na hladině významnosti $p = 0,01$. HS dotazníku JICHEM koreluje s HS dotazníku NEQ ($r = 0,358$, $p = 0,007$). Dále dotazník JICHEM koreluje i s dotazníkem EDEQ ($r = 0,359$, $p = 0,007$). Navíc i dotazník NEQ koreluje s výsledky dotazníku EDEQ ($r = 0,381$, $p = 0,004$).

Navzdory tomu, že všechny dotazníky mapují určité nepřiměřené rysy jídelního chování, výsledky dosažené v jednotlivých dotaznících nejsou srovnatelné. Každá z metod mapuje jiný rys či syndrom. Vzájemný vztah emocí a jídelního chování, který jsem se snažila mapovat dotazníkem JICHEM, nebyl u většiny z dotazovaných prokázán. Klinickou hranici překročilo pouze pět respondentů, tedy 8,9%. Ve výsledném hodnocení bylo překvapivě více „emočních jedlíků“ v kontrolní neobézní skupině, kde klinické hranice dosahovalo či ji přesahovalo 11,9% respondentů. Ani syndrom nočního jedlictví nebyl mezi dotazovanými hojněji zastoupen, neboť v dotazníku NEQ dosáhlo klinické hranice opět pouze 5 osob. Pro zajímavost mohu uvést, že je to zcela jiných pět osob, než které měly vyšší HS v dotazníku JICHEM.

Žádný z respondentů nepřekročil klinickou hranici v dotazníku EDE-Q, který posuzuje ústřední behaviorální rysy a psychopatologii spojenou s poruchami příjmu potravy. Celá třetina však tuto hranici překročila v jedné ze škál „Shape Concern“, zaměřené na nadměrné zaujetí tvarem postavy a na strach z nárůstu hmotnosti. Je-li poukázáno na to, že v předchozích dvou dotaznících dosáhlo klinicky významné hladiny HS deset unikátních respondentů; pouze 30% z nich (3 ženy) se nacházelo v právě zmiňované skupině respondentů, která projevuje obavy o svůj tvar postavy. To ukazuje na značnou rozmanitost ve skupině respondentů, neboť ti, co se výrazněji projeví v jednom z dotazníků, dosahovali v dalších dotaznících spíše průměrných hodnot. Poukazuje to na určitou heterogenitu testovaných obézních.

Diskuse

V této kapitole bych se ráda věnovala určitým úskalím a sporným bodům, které lze v předchozím textu nalézt. V teoretické části vycházím se sběru dat a informací věnujícím se tématu obezity. A to zejména z psychologického hlediska, neboť z toho medicínského by bylo možné zabývat se tématem více podrobněji. Ovšem vzhledem k zaměření této práce to nebylo zcela žádoucí. Proto byla teoretická část směřována spíše na psycho–sociální aspekty obezity a specifickou psychopatologii, která se k tomuto onemocnění váže. Některé z těchto fenoménů, popsaných v úvodní teoretické části, pak byly blíže empiricky poznávány v části výzkumné. Ačkoliv některé výzkumy poukazují na to, že obézní jedinci se vyznačují určitými společnými rysy, trpí zvýšenou emoční labilitou, úzkostí či depresivní symptomatologií, snažila jsem se uvádět i příspěvky z druhého konce názorového spektra. Ty trvají na tom, že skupina obézních není homogenní skupinou s určitým sdíleným generalizovaným profilem obézního jedince (např. Rydén a kol., 2003; Hach a kol., 2007).

Klíčovým materiálem, se kterým jsem pracovala, byly aktuální vědecké studie publikované v zahraničních odborných periodících. Výsledky, které tyto studie předkládaly, doplňovaly informace z česky psané odborné literatury, která tvořila neopomenutelný základ celé této práce. Přehled všech těchto zdrojů je předložen v Seznamu použité literatury v závěru této práce. Od napsání některých studií, které jsou uváděny například v kapitole 2. a 3., uběhlo i více než třicet let (např. Swenson a kol., 1976). Jsou zde však přimomenuty proto, že v dostupné literatuře jsem nenalezla jejich aktuálnější opakování a i přes svoji letitost jsou pro danou problematiku přínosem a zajímavou ilustrací.

Vzhledem k rozsahu práce byly některé kapitoly kráceny tak, aby celek teoretické části působil vyváženě. Například kapitola 4. Léčba obezity by mohla být obsáhlejší co do jednotlivých terapeutických technik, nabízených pohybových programů či v popisu bariatrických operací a jejich léčebných účinků. Avšak stěžejními tématy teoretické části zůstávaly kapitoly zaměřené na psychologickou problematiku obezity, kde jsem se snažila o větší podrobnost a důkladnost. Tak jak tomu například bylo v kapitole 2. 2 a podkapitole 2. 2. 1, které se věnují volnímu chování a sebekontrolě, tedy fenoménům,

kteří jsou společně jak obézním jedincům, tak těm, kteří mají normální hmotnost. Právě v těchto osobnostních vlastnostech, které úzce souvisejí i s celkovou motivací, vidím klíč ke zlepšení zdravotního stavu mnoha obézních jedinců.

V teoretické i výzkumné části této práce byla obezita posuzována podle výpočtů klasického BMI. Ačkoliv existují nové a modernější techniky, popsané v první kapitole, využila jsem tradiční měření podle Body Mass Indexu. Tak tomu bylo zejména z toho důvodu, že mnoho zahraničních studií pracuje stále s hodnotami BMI a pro větší přiblížení práce a možnost srovnání s jinými výzkumy byla volena také tato měrná jednotka.

V oddílu této práce, který je zaměřen na výzkum, bylo hlavním zdrojem dat a informací dotazování pomocí inventářů. Ke sběru dat byly využity dotazníky „Jídelní chování a emocionalita“, „Night Eating Questionnaire“ a „Eating Disorder Examination Questionnaire“. Dotazníky byly popsány v kapitole 5. 2. Podrobněji jsem se věnovala popisu dotazníku JICHEM, neboť je to metoda, kterou jsem sama navrhovala. U dalších dvou dotazníků byly uvedeny škály a způsoby vyhodnocování, ovšem podrobný popis jejich historického vývoje předložen nebyl. Vzhledem k rozsahu a zaměření této práce pokládám takové informace za nadbytečné, ačkoliv se v některých pracích tohoto typu objevují. Za podstatné považuji předložit metodu, popis toho na co je zaměřena a důvod z jakého jsem si ji vybrala.

K použitým metodám lze najít určité výhrady, zejména co se týče jejich ověřenosti na českém prostředí. Dotazník JICHEM byl navržen pro účely této práce a můžeme jej označit za nástroj, který mapuje určité sklony respondenta k příjmu potravy spojeném s emočně vypjatými situacemi. Mezi úskalí, které na této metodě lze nalézt, řadím například jednoduché uzavřené otázky, na které měli respondenti na výběr pouze dichotomické odpovědi (Ano/Ne) či absenci středové kategorie (Nevím). Do budoucna by jistě stálo za zvážení rozšířit odpovědi do Likertovy škály a zvýšit tak citlivost dotazníku na intenzitu jednotlivých jevů. Výsledky tohoto dotazníku by bylo možné dále ověřit v kvalitativních rozhovorech s respondenty. Volba dalších dvou dotazníků, v zahraničí běžně užívaných metod, byla logickým krokem k doplnění nestandardizované metody JICHEM.

Vybranou skupinu respondentů (N = 56) nelze považovat za reprezentativní. Určité představy o sběru respondentů byly limitovány reálnými možnostmi a proto je velikost vzorku menší, než se původně očekávalo. Vzhledem k souboru a jeho charakteristikám zůstala řada dotazníků nezpracována, neboť respondenti nedosahovali požadovaného BMI. Ačkoliv například věkové rozložení je zastoupeno rovnoměrně od 19 do 69 let věku, vzájemné poměry mužů a žen nikoliv. Neboť respondentky (43 žen) představovaly 77% výzkumného vzorku, zbylých 23% sestávalo z 13 mužů. Také je důležité přihlídnout k tomu, že respondenti této jednorázové průřezové studie nepocházejí ze stejného prostředí. Na výsledky šetření mohla mít vliv tato nekonzistentnost skupiny dotazovaných, jelikož někteří jsou o obezitě velmi dobře informováni, podstoupili i bariatrické výkony a někteří další z respondentů se svojí hmotností doposud aktivně nezabývají. Tyto kritéria však nebyla zahrnuta do výběru vzorku, kde hrála roli zejména plnoletost a určitý stupeň obezity.

Více než polovina respondentů (52%) se potýká s obezitou I. stupně, 30% dotazovaných s obezitou II. stupně a nejméně je zastoupena obezita III. stupně a to 18% respondentů. Pro účely dalšího zkoumání fenoménů, které byly centrem tohoto výzkumu, vidím jako užitečné zaměřit se pouze na jednu skupinu vybraných obézních a výzkumný vzorek definovat poněkud úžeji.

Uvažujeme-li vlivy, které na respondenty mohly během vyplňování dotazníků působit, mohla to být únava, subjektivně vnímaná nesrozumitelnost otázek či celková délka dotazníkové baterie. Svoji roli také mohla jistě sehrát určitá jednotvárnost otázek, neboť se všechny orientují na jídelní chování. Tento fakt by mohl způsobovat i určitou míru sebestylizace a snahy, aby se odpovědi jevily ve společensky přijatelnějším světle.

Za cenné považuji komentáře respondentů, které k dotazníkům během svého vyplňování pronášeli. Je to nejen zajímavá zpětná vazba, ale i inspirace pro úpravu dotazníku JICHEM či vylepšení překladu dotazníku NEQ a EDE-Q. V situaci, kdy respondenti měli v dotazníku JICHEM odpovědět na otázku „*Jíte více jídla, než si myslíte, že je vhodné...?*“ komentovali odpověď slovy „*To je těžké, kdysi to tak bylo, ale dnes už ne.*“ Zdá se, že časový horizont by v takovém případě pomohl, aby se respondent mohl v otázce lépe zorientovat. Také otázky na míru jídla se zdály být problematické. Při vyplňování položky: „*Přejídáte se, když jste smutní?*“, jedna z respondentek v dotazníku

odpověděla zakroužkováním položky „Ne“ a pravila: „*To já pak sním třeba celou čokoládu, ale že bych se jí přejedla? To ne.*“

V případě dotazníku NEQ vidím jako problematickou otázku č. 2: „*V kolik hodin obvykle jíte své první jídlo?*“ Mnoho respondentů zvažovalo, jakou z nabízených odpovědí preferovat (*Před 9:00, 9:01-12:00, 12:01-15:00*, atd.). Důvodem bylo, že o víkendu vstávají jinak, než v pracovním týdnu, případně mezi dotazovanými byli i ti, kteří mají proměnlivou pracovní dobu a příležitostně jsou v zaměstnání do pozdních večerních hodin. A ačkoliv snídají do půl hodiny po probuzení, protože vnímají pocit hladu, volili odpovědi, které nasvědčovali spíše opaku (např. *12:01-15:00*). Proto bych navrhovala formulovat dotaz například následujícím způsobem: „*Jak dlouho po probuzení obvykle snídáte?*“ a nabídla respondentům možnosti: „*Do 30 minut*“, „*do dvou hodin*“, atd. U dotazníku EDE-Q jsem zaznamenala tvář v tvář respondentům také určité podněty. Při vyplňování dotazů týkajících se vnímání svého vlastního těla jedna z respondentek nesouhlasně kroutila hlavou a otázku „*Nakolik jste byla nespokojená se svojí postavou?*“ komentovala slovy „*S postavou? To mě tak netrápí, ale nohy jak mě pořád bolí, to se nedá vydržet.*“ V tomto případě byla pro respondentku aktuální spíše snížená kvalita života, než vnímání body image.

Ve výsledcích dotazníku NEQ se výrazněji projevilo pět jedinců, kteří se pohybovali za klinicky významnou hranicí. Ta poukazovala na syndrom nočního jedlíctví v případě 8,9 % dotazovaných. Stejně procentuální zastoupení (tedy totožných 8,9 %) syndromu nočního jedlíctví u nemocných na obezitologických pracovištích uvádí i jeden z méně aktuálních zahraničních článků, který mapuje tento fenomén (Stunkard, 1996). V šetření provedeném na vzorku české obézní populace (N = 85) se ukázalo, že 9,4% jedinců se potýká se syndromem nočního jedení (Herlesová a kol., 2013).

Respondenti vyplnili položky dotazníku NEQ s průměrným HS = 16,5, což se nápadně přibližuje americké studii (Allison a kol., 2008), která dotazníkem NEQ provedla rozsáhlá šetření na různých skupinách respondentů. V případě uvedené studie bylo průměrné skóre HS = 16,0 u obézních respondentů netrpících syndromem nočního jedlíctví a připravujících se na bariatrický zákrok (N = 175). Zmíněná studie se věnuje i testování respondentů, u kterých byl prokázán syndrom nočního jedení dalšími metodami

a dochází k zajímavým závěrům, že noční jedlíci s obezitou (HS = 31,1) dosahují v dotazníku menší HS, než noční jedlíci s nadváhou (HS = 33,1) či s normální hmotností (HS = 36,0). Autoři studie (Allison a kol., 2008) to vysvětlují tak, že jedinci s normální váhou mají více dietních omezení přes den a z toho důvodu je pak frekvence nočního jedení intenzivnější.

Avšak relevantní údaje pro formulaci hypotézy H3 poskytla jiná studie (Calugi a kol., 2009), neboť její respondenti nepředstavovali pouze pacienty podstupující bariatrické ošetření. Proto se více blížila výsledkům této práce, narozdíl od předchozího výzkumu. Ovšem také s určitými výhradami, protože byla zaměřena pouze na jedince s obezitou II. a III. stupně (N = 266), kteří tvořili ve vzorku této práce pouze 48% respondentů. Ve zmíněné studii (Calugi a kol., 2009) splnilo kritéria syndromu nočního jedlíctví 10,1%, zatímco v šetření provedené v této práci 8,9 %. V zásadě však můžeme říci, že všechny uvedené výsledky se od sebe příliš neodlišují a i výzkum provedený v této práci potvrzuje, že se procentuální zastoupení nočních jedlíků mezi obézními pohybuje skutečně na hladině blížící se 10% dotazovaných, konkrétně od 8,9% do 10,1%.

Šetření za pomoci dotazníku EDE – Q lze také srovnávat se zahraničním testováním. Průměrný HS respondentů této studie představoval 1,95 bodu a žádný z respondentů nepřekročil klinickou hranici 4 bodů. Nedávná holandská studie uvedla průměrný HS obézních jedinců jako HS = 2,75 bodu (Aaardoom a kol., 2012). To přesahuje výsledky zjištěné v této práci, avšak stále nedosahuje hodnot skóre pacientů s poruchami příjmu potravy. Neboť v té samé studii se dočítáme o HS který dosáhli pacienti s mentální anorexií (HS = 4,17), mentální bulimií (HS = 4,34) či nespecifickou poruchou příjmu potravy (HS = 3,83) (Aaardoom a kol., 2012). Tuto skutečnost můžeme interpretovat tak, že dotazník byl i v tomto případě citlivý na detekci behaviorálních rysů a určení psychopatologie spojené s poruchami příjmu potravy (Papežová, 2010). Pak lze z výsledků dosažených v tomto dotazníkovém šetření usuzovat, že žádný z respondentů takovéto rysy nevykazuje na klinicky významné hladině.

Škála, která ukazovala na nejhojnější výskyt nespokojenosti u obézních respondentů, byla zaměřena na tvar těla. Celá třetina dotazovaných dosahovala klinicky významného skóre HS ≥ 4 právě na této škále. Tuto masivní nespokojenost s tvarem těla

potvrzují i některé další studie pracující s touto verzí dotazníku. Například studie provedená mezi norskými vysokoškolačkami (N = 670), kde průměrné skóre dotazníku činilo HS = 1,42, ale škála spokojenosti s tvarem těla činila HS = 2.00 (Rø, 2010). Jako další příklad uvádím americkou studii zaměřenou opět na vysokoškolačky (N = 723), jejichž průměrné skóre činilo HS = 1,74 a skóre na škále spokojenosti s tvarem těla opět tři zbývající škály převyšovalo s HS = 2,27 (Luce a kol., 2008).

Volbu dotazníku EDE-Q vidím po proběhnutším vyhodnocení výsledků, na rozdíl od dvou zbývajících metod, jako ne příliš vhodně zvolenou metodu dotazování. A to nejen z toho důvodu, že klinickou hranici nedosáhl žádný z dotazovaných, ale několik respondentů časově ohraničené otázky komentovalo slovy „*Dříve to tak bylo, ale za posledních 28 dní, to asi ne, to už se držím.*“ To nasvědčuje tomu, že pro některé z dotazovaných byly čtyři týdny příliš limitující a kdyby dotazník zahrnoval delší časové období, mohly výsledky dotazníku vypovídat o jiných hodnotách.

Pro skutečné ověření, zda se vybraní jedinci potýkají s popsányi fenomény by bylo vhodné použít metody doplnit o nějaké další, které by mohly popsané výsledky potvrdit či vyvrátit. Dotazník JICHEM by bylo možné ověřit za pomoci dat získaných z Three-Factor Eating Questionnaire (TFEQ), kde je jedním z testovaných faktorů právě faktor emocionálního jedení. Další metoda, která je citlivá na výskyt emocionálního jedení je The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ), zabývá se mimo jiné i stravováním, které má za cíl rozptýlit emoce. Jistou komplikací u těchto metod představuje jejich anglické znění a neexistující normy pro českou populaci. S tímto úskalím se potýkají i další navrhované alternativy, které by doplnily výsledky provedené studie.

Přítomnost syndromu nočního jedlictví bývá tradičně zjišťována i z části strukturovaným diagnostickým rozhovorem Night Eating Syndrome History and Inventory (NESHI). Psychopatologii spojenou s poruchami příjmu potravy, tedy ekvivalent k užitému dotazníku EDE-Q, mapuje například Binge Eating Scale (BES) a to především v oblasti přejídání. Avšak vzhledem ke zjištění provedeným v této práci by mohlo být zajímavější zaměřit se více na vnímání tvaru vlastního těla u obézních jedinců. Například za pomoci Body Shape Questionnaire (BSQ). Ve využití těchto navrhovaných

metod k rozšíření dalšího výzkumu vidím určitý potenciál, neboť s nimi mnoho autorů českojazyčných studií nepracuje a mohly by přinést do výzkumu problematiky obezity nové a cenné poznatky.

Výsledky dotazníků ve své podstatě nenasvědčují tomu, že by byl mezi obézními jedinci masivně rozšířen některý ze zkoumaných fenoménů. Obézní se projevili jako menší emoční jedlíci, než skupina s normálním váhovým rozložením, se kterou byli srovnáváni. Procentuální zastoupení nočních jedlíků mezi zkoumanou skupinou nedosahovalo ani 10% a příznaky psychopatologie pojící se k poruše příjmu potravy nevykazoval ani jeden z dotazovaných. Logicky pak vyvstává otázka z jakého důvodu tedy obézní trpí svým onemocněním a co je jeho příčinou. Neboť většina z dotazovaných nekonzumuje větší množství potravin ani pod tlakem emocí, ani v nočních hodinách. V další práci s touto specifickou skupinou pacientů se mi jeví jako užitečné více se věnovat jídelním návykům a množství snědeného jídla, protože právě množství a velikost porcí může být klíčovým faktorem, který ovlivňuje hmotnost u řady obézních jedinců.

Závěr

Obezita představuje závažné multifaktoriální onemocnění, které se objevuje po celém vyspělém světě a ohrožuje tak miliony životů. V České republice je více než polovina obyvatel zasažena nadváhou či obezitou a proto je toto téma více než aktuální pro demografy, lékaře, nutriční terapeuty, ale i chirurgy a psychology. Nese s sebou rozmanitá psychosomatická rizika a tato práce se věnovala právě specifickým psychologické problematice obezity. Teoretická část byla zaměřena na epidemiologii a etiologii obezity a základní strategie prevence této choroby. Současně byl věnován prostor i možnostem léčby tohoto multifaktoriálního onemocnění a to jak za pomoci terapeutického zásahu, farmakologie či bariatrické léčby. Opomenuta nezůstala ani důležitá stránka dietetická a pohybová.

Ústřední část teoretické práce tvořily kapitoly, které se zaměřovaly na osobnostní charakteristiky obézních jedinců a na specifickou psychopatologii, která se k obezitě pojí. Byly popsány fenomény související s nezdravými jídelními návyky, jakými jsou noční jedlívství, kontinuální jení či emocionální jedlívství. Zahrnuta však byla i tematika afektivních poruch a zakoušení vlastního těla.

V návaznosti na tyto fenomény byla vypracována výzkumná část, která se na 56 respondentech snažila zmapovat výskyt těchto jevů mezi vybranou obézní populací. Ve svém důsledku však nepotvrdila hojnější výskyt nočního či emocionálního jedlívství, než je uváděn v zahraničních výzkumech. Ani specifická psychopatologie spojená s poruchou příjmu potravy nebyla mezi výzkumnou skupinou zaznamenána. Na rozdíl od nespokojenosti s tvarem těla, která se projevila u třetiny dotazovaných, mužů nevyjímaje. Provedená studie podtrhla nutnost individuálního přístupu jak v prevenci, tak v léčbě obezity, neboť se jedná o nemoc, která vzniká z různorodých příčin a jejíž průběh může být velice rozmanitý.

Seznam použité literatury

Aardoom, J. J., Dingemans, A. E., Slof Op't Landt, M. T., & Van Furth, E. F. (2012). Norms and discriminative validity of the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q). *Eating Behaviors*, 13(4), 305-309.

Allison, K. C., Lundgren, J. D., O'Reardon, J. P., Martino, N. S., Sarwer, D. B., Wadden, T. A., & Stunkard, A. J. (2008). The Night Eating Questionnaire (NEQ): Psychometric properties of a measure of severity of the night eating syndrome. *Eating Behaviors*, 9(1), 62-72.

Bandura, A. (1977): Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavior change. *Psychological Review*, 84, 191-215.

Blaine, B. E. (2009). Obesity, Binge Eating, and Psychological Distress: The Moderating Role of Self-Concept Disturbance. *Current Psychiatry Reviews*, 5(3), 175-181.

Boekaerts, M. (2006). Self-regulation and effort investment. In K. A. Renninger, I. E. Sigel, W. Damon & R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology: Vol 4. Child psychology in practice* (pp. 345-377). New York: Wiley.

Brichcín, M. (1987). Test volní regulace jako objektivní metoda pro diagnostiku volných vlastností osobnosti. *Čs. psychologie*, roč. 31, s. 425 – 432.

Brichcín, M. (1988). Volní vlastnosti osobnosti: jejich klasifikace a definice. *Čs. psychologie*, roč. 32, č. 6, S. 495-513.

Canetti, L., Bachar, E., Berry, M. (2002). Food and emotion. *Behavioural Processes*, 60,157–164.

Calugi, S. S., Dalle Grave, R. R., & Marchesini, G. G. (2009). Night eating syndrome in class II-III obesity: Metabolic and psychopathological features. *International Journal Of Obesity*, 33(8), 899-904.

Carter, J. C., Stewart, D., & Fairburn, C. G. (2001). Eating disorder examination questionnaire: norms for young adolescent girls. *Behaviour Research & Therapy*, 39(5),

625.

Cassell, D., & Gleaves, D. (2009). *The Encyclopedia of Obesity and Eating Disorders*. New York: Infobase Publishing.

Colles, S. L., Dixon, J. B., & O'Brien, P. E. (2008). Grazing and Loss of Control Related to Eating: Two High-risk Factors Following Bariatric Surgery. *Obesity*, 16(3), 615–622.

Collins, R. D. (2007). *Diferenciální diagnostika prvního kontaktu*. Překlad 3., zcela přepracovaného a doplněného vydání. Praha: Grada.

Corsica, J. A., & Perri, M. G. (2003). Obesity. In: Werner, I. B. (Ed.). *Handbook of Psychology*. Volume 9. Health Psychology (121–145). New Jersey: John Wiley & Sons.

Corfield, J. (2008) Africa, North. (11 – 13). In Keller, K. (Eds.) (2008). *Encyclopedia of Obesity*. New York: Sage Publications.

Coufalová, E. E. (2011). Obezita jako rizikový faktor invalidizace pro onemocnění pohybového aparátu. *Revizní a posudkové lékařství*, 14(3), 83-91.

Deimann, M., & Bastiaens, T. (2010). The role of volition in distance education: An exploration of its capacities. *The International Review Of Research In Open And Distance Learning*. Vytiskeno z: www.irrodl.org/index.php/irrodl/article/view/778/1484 dne 14. 3. 2011.

Dohnal, P. (2013). Výživa a spánek. *Interní medicína pro praxi*, 2013; 15(2): 75-77.

Dorner, E. T., & Rieder, A. (2010). Paradox obezity neboli reverzní epidemiologie. *Medicína po promoci*, 11(4-2010), s. 46-47

Elfhag, K., Carlsson, A., & Rössner, S. (2003). Subgrouping in obesity based on Rorschach personality characteristics. *Scandinavian Journal Of Psychology*, 44(5), 399-407.

Fabricatore, A., Wadden, T., Higginbotham, A., Faulconbridge, L., Nguyen, A., Heymsfield, S., & Faith, M. (2011). Intentional weight loss and changes in symptoms of

depression: a systematic review and meta-analysis. *International Journal Of Obesity*, 35(11), 1363-1376.

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

Faltus, F. (2007). Syndrom nočního jedlíctví. *Česká a slovenská Psychiatrie*, 103 (6). 291–296.

Fassino, S., Leombruni, P., Pierò, A., Abbate-Daga, G., & Giacomo Rovera, G. (2003). Mood, eating attitudes, and anger in obese women with and without Binge Eating Disorder. *Journal Of Psychosomatic Research*, 54(6), 559.

Faulconbridge, L. F., Wadden, T. A., Rubin, R. R., Wing, R. R., Walkup, M. P., Fabricatore, A. N., & Ewing, L. J. (2012). One-Year Changes in Symptoms of Depression and Weight in Overweight/Obese Individuals With Type 2 Diabetes in the Look AHEAD Study. *Obesity*. 20(4), 783-793.

Ferguson, C., Kornblet, S., & Muldoon, A. (2009). Not all are created equal: Differences in obesity attitudes between men and women. *Women's Health Issues*, 19(5), 289-291.

Fialová, D., & Vlček, J. (2010). *Klinická farmacie I*. Praha: Grada.

Fjeldstad, C., Fjeldstad, A. S., Acree, L. S., Nickel, K. J., & Gardner, A. W. (2008). The influence of obesity on falls and quality of life. *Dynamic Medicine*, 71-76.

Fořt, P. (2004) *Stop dětské obezitě: Co vědět, aby nebylo pozdě*. Praha: Ikar.

Fried, M. a kol. (2011). *Bariatrická a metabolická chirurgie - Nové postupy v léčbě obezity a metabolických poruch*. Praha: Mladá fronta.

Gilchrist, M., & Zametkin, A. (2006). Childhood Obesity and Psychopathology. *Psychiatric Times*, 23(10), 22-25.

Hach, I., Ruhl, U. E., Klose, M., Klotsche, J., Kirch, W., & Jacobi, F. (2007). Obesity and the risk for mental disorders in a representative German adult sample. *European Journal Of Public Health*, 17(3), 297-305.

Hainerová I. (2007). Vznik obezity na základě mutací genů ovlivňující energetickou bilanci. *Čas Lék Čes.* 146(3) s. 240-245.

Hainer, V. a kol. (2011). *Základy klinické obezitologie*. Vydání 2. Praha: Grada.

Hainer, V., Kunešová, M., & kol. (1997). *Obezita, etiopatogeneze, diagnostika a terapie*. Praha: Galén.

Hartl, P. & Hartlová, H. (2004), *Psychologický slovník*. Praha : Portál.

Herlesová, J., Slabá, Š., & Žmolíková, J. (2013) Záchvatovité přejídání, mentální bulimie, syndrom nočního přejídání a obezita. (Faculty of Arts, Charles University, Praha, 3rd Department of Medicine, 1st Faculty of Medicine, Charles University and General University Hospital, Praha.) Abstract. B16. 9th International Eating Disorders and Obesity Conference. Praha: Psychiatric Clinic of the 1st Faculty of Medicine at Charles' University.

Heshmat, S. (2011). *Eating Behavior and Obesity: behavioral economics strategies for health professionals*. New York. Springer Publishing Company.

Hlúbik P., Kunešová M., Fried M., & Býma S. (2009) *Obezita. Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře. 2. novelizace*. Praha: Centrum doporučených postupů, Společnost všeobecného lékařství.

Hlúbik, P., & Vosečková, A. (2002) *Stravovací zvyklostí a psychologické aspekty obezity*. *Interní medicína pro praxi*, 2002, vol. 4, č. 1, s. 545-547.

Hrachovinová, T., Csémy, L., & Chudobová, P. (2005). *Psychologický kontext spokojenosti s vlastním tělem u VŠ studentů*. *Československá psychologie*, 49(1), 9-18 .

Hrachovinová, T., & Chudobová, P. (2004). *Body image a možnosti jeho měření (se zaměřením na neklinickou populaci)* . *Československá psychologie*, 48(6), 499-509.

Chen, Z., Roy, K., & Gotway Crawford, C. A. (2013). *Obesity Prevention: The Impact of Local Health Departments*. *Health Services Research*, 48(2pt1), 603-627.

Kasalický, M. (2007) *Tubulizace žaludku: Chirurgická léčba obezity*. Praha: Triton.

Kintrová, L., & Schneidrová D. (2010). *Může vlastní účinnost ve vztahu k příjmu*

potravy predikovat hmotnostní úbytek v kurzu snižování nadváhy? *Československá psychologie*, 54, 3, 314-320.

Kolotkin, R. L., Meter, K. K., & Williams, G. R. (2001). Quality of life and obesity. *Obesity Reviews*, 2(4), 219-229.

Krakauer N. Y., & Krakauer J. C. (2012) A New Body Shape Index Predicts Mortality Hazard Independently of Body Mass Index. *PLoS ONE* 7(7). 1-10. Vytlačeno z <http://www.readcube.com/articles/10.1371/journal.pone.0039504?locale=en>. dne 18. 5. 2013.

Kravarová, E., Slabá, Š., & Svačina, Š. (2010). Poruchy příjmu potravy u obézních - problematika psychiatrická, nebo interní? *Vnitřní lékařství*. 56(10). 1093-1095.

Krch, F. D. (2011) Poruchy příjmu potravy. In Hainer, V. a kol. (2011) *Základy klinické obezitologie*. Praha: Grada.

Kunešová, M. (2004). Obezita - Etiopatogeneze, diagnostika a léčba. *Interní medicína*. 2004, roč. 6, čís. 9, s. 435-440.

Lau, C., Stevens, D., & Jia, J. (2013). Effects of an Occupation-Based Obesity Prevention Program for Children at Risk. *Occupational Therapy In Health Care*, 27(2), 163-175.

Luce, K. H., Crowther, J. H., & Pole, M. (2008). Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q): Norms for undergraduate women. *International Journal Of Eating Disorders*, 41(3), 273-276.

Mackenzie, R. (2010). Don't Let Them Eat Cake! A View From Across the Pond. *American Journal Of Bioethics*, 10(12), 16-18.

Macht, M., & Simons, G. (2010). Emotional Eating. In Nyklíček I., Vingerhoets A., Zeelenberg M. (2010). *Emotion Regulation and Well-Being*. New York: Springer. (str. 281 - 296).

Málková, I. (2011). Kognitivně behaviorální přístup k léčbě obezity. In: Hainer, V. a kol. (2011) *Základy klinické obezitologie* (215–240). Praha: Grada Publishing.

Málková I. (2006) Pozitivní přístup k redukci váhy. *Obezitologie*. 2006; S19. In Vlčková, J. (2009) Obezita a možnosti její léčby – I. Etiologie obezity. *Hygiena*. 54 (4) s. 122 – 126.

Matoulek, M. (2013) Češi už nepřibírají! *Obesity NEWS*. 7 (4), s. 1.

Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. Revize. (2006) Duševní porucha poruchy chování: popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka. 3. vyd., Praha : PCP.

Moizé, V., Gluck, M. E., Torres, F., Andreu, A., Vidal, J., & Allison, K. (2012). Transcultural adaptation of the Night Eating Questionnaire (NEQ) for its use in the Spanish population. *Eating Behaviors*, 13(3), 260-263.

Mond, J. M., Hay, P. J., Rodgers, B. B., & Owen, C. C. (2006). Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q): Norms for young adult women. *Behaviour Research & Therapy*, 44(1), 53-62.

Mori, N., Armada, F., & Willcox, D. (2012). Walking to School in Japan and Childhood Obesity Prevention: New Lessons From an Old Policy. *American Journal Of Public Health*, 102(11), 2068-2073.

Mussell, M. P., Mitchell, J. E., Weller, C. L., Raymond, N. C., Crow, S. J., & Crosby, R. D. (1995). Onset of Binge Eating, Dieting, Obesity, and Mood Disorders Among Subjects Seeking Treatment for Binge Eating Disorder. *International Journal Of Eating Disorders*, 17(4), 395-401.

Müllerová, D. (2003). *Zdravá výživa a prevence civilizačních nemocí ve schématech*. Praha: Triton.

Nakonečný, M. (1998). *Základy psychologie*. Praha: Academia.

Nyklíček I., Vingerhoets A., Zeelenberg M. (2010). *Emotion Regulation and Well-Being*. New York: Springer.

Olstad, D., & McCargar, L. (2009). Prevention of overweight and obesity in children under the age of 6 years. *Applied Physiology, Nutrition & Metabolism*, 34(4), 551-570.

Orel, M. (Eds.) (2012). *Psychopatologie*. Praha: Grada.

Pacitti, F., Maraone, A., Zazzara, F., Biondi, M., & Caredda, M. (2011). Stress e Night Eating Syndrome: Uno studio di confronto tra un campione di pazienti psichiatrici ambulatoriali e soggetti sani. *Rivista Di Psichiatria*, 46(3), 195-202.

Pan, A., Sun, Q., Czernichow, S., Kivimaki, M., Okereke, O., Lucas, M., & Hu, F. (2012). Bidirectional association between depression and obesity in middle-aged and older women. *International Journal Of Obesity*, 36(4), 595-602.

Pastucha, D. (2011) *Pohyb v terapii a prevenci dětské obezity*. Praha: Grada.

Palme, G. (1999). Personality characteristics of females seeking treatment for obesity, bulimia nervosa and alcoholic disorders. *Personality and Individual Differences*, 26, 255-263.

Papežová, H. (2010). *Spektrum poruch příjmu potravy*. Praha: Grada.

Papežová, H. (2011). Poruchy příjmu potravy a obezita - rozvoj nových diagnostických a terapeutických přístupů. *Postgraduální medicína*. 2011; 2 187-192.

Poděbradská, R. R. (2011). Pohybová intervence jakou součástí léčení nadváhy a obezity. *Rehabilitation & Physical*. 18(2), 50-58.

Pintrich, P. R. (1999). Taking control of research on volitional control: Challenges for future theory and research. *Learning & Individual Differences*, 11(3), 335-351.

Puhl, R. M., & Brownell, K. D. (2001). Bias, discrimination, and obesity. *Obesity Research*, 9, 788-805.

Puklová, V. (2011). *Výskyt nadváhy a obezity*. Státní zdravotní ústav České republiky. Vytiskeno z http://www.szu.cz/uploads/documents/chzp/zdrav_stav/vyskyt_nadvahy_a_obezity.pdf dne 7. 6. 2013.

Rø, Ø., Reas, D. L., & Lask, B. (2010). Norms for the Eating Disorder Examination Questionnaire among female university students in Norway. *Nordic Journal Of Psychiatry*, 64(6), 428-432.

Rydén, A. A., Sullivan, M. M., Torgerson, J. S., Karlsson, J. J., Lindroos, A. K., & Taft, C. C. (2003). Severe obesity and personality: a comparative controlled study of personality traits. *International Journal Of Obesity & Related Metabolic Disorders*,

27(12), 1534-1540.

- Saunders R. (2004). "Grazing": a high-risk behavior. *Obes Surg* 2004;14:98–102.
- Schauer, P. R., Schirmer, B. D., & Brethauer, S. A. (2007). *Minimally Invasive Bariatric Surgery*. New York: Springer.
- Stackeová, D. (2003). Body image – tělesné schéma. In: *Manuál pro cvičitele kursů snižování nadváhy (9-15)*. Praha: STOB.
- Stárka L, a kol. (1999) *Aktuální endokrinologie*. Praha: Maxdorf. In Vlčková, J. (2009) *Obezita a možnosti její léčby – I. Etiologie obezity*. *Hygiena*. 2009, 54 (4) s. 122 – 126.
- Stunkard, A., LaFleur, W., & Wadden, T. (1998). Stigmatization of obesity in medieval times: Asia and Europe. *International Journal Of Obesity & Related Metabolic Disorders*, 22(12), 1141.
- Stunkard, A., Berkowitz, R., Wadden, T., Tanrikut, C., Reiss E, & Young, L. (1996) Binge eating disorder and the night eating syndrome. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 20:1-6.
- Sullivan M, Karlsson J, Sjostrom L, Backman L, Bengtsson C, Bouchard C, Dahlgren S, Jonsson E, Larsson B, Lindstedt S, Naslund I, Olbe L, & Wedel, H. (1993): Swedish obese subjects (SOS) – an intervention study of obesity. Baseline evaluation of health and psychosocial functioning in the first 1743 subjects examined. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 1993, 17(9):503-512.
- Svačina, Š. (2005a). Obezita a deprese. *Remedia*, 15 (6) 525-527.
- Svačina, Š. (2005b). Psychofarmaka a hmotnost. *Vnitřní Lékařství*, 51(S2), S99 - S104.
- Svačina, Š., & Bretšnajdrová, A. (2008). *Jak na obezitu a její komplikace*. 1. vydání. Praha: Grada.
- Svačina, Š. (Eds.) (2008). *Klinická dietologie*. Praha: Grada.
- Svoboda, M. (2005): *Psychologická diagnostika dospělých*. Praha, Portál.

Swenson, W. M., Johnson, S. F., & Gastineau, C. F. (1976). Personality characteristics in obesity: relation of MMPI profile and age of onset of obesity to success in weight reduction. *American Journal Of Clinical Nutrition*, 29(6), 626.

Szabó, M. (2012) Léčba obezity u pacientů s diabetes mellitus – 2. část. *Praktické lékařství*, 8(2), 62-65.

Štich, V. (2004). Pohybová aktivita v prevenci a léčbě obezity. (205–214). In: Hainer, V. a kol. (2011). *Základy klinické obezitologie*. Vydání 2. Praha: Grada.

Švancara, J., (2003). *Emoce, motivace, volní procesy*, Brno: Psychologický ústav FF MU v Brně.

Tardy, V. (1964) *Psychologie osobnosti*. Praha: SPN.

Telička, Z., Svačina, Š., & Matoulek M. (2012) Léčba obezity bariatrickou chirurgií a její některé farmakoekonomické aspekty. *European Journal for Biomedical Informatics*, 8, 5, s. 38 – 41.

Thompson, J. K. (1990). *Body image disturbance: Assessment and treatment*. Elmsford, NY: Pergamon Press. In Hrachovinová, T., Csémy, L., & Chudobová, P. (2005). Psychologický kontext spokojenosti s vlastním tělem u VŠ studentů. *Československá psychologie*, 49(1), 9-18 .

Thomsen, A. F., Kvist, T. K., Andersen, P. K., & Kessing, L. V. (2006). Increased relative risk of subsequent affective disorders in patients with a hospital diagnosis of obesity. *International Journal Of Obesity*, 30(9), 1415-1421.

Tsigosa C, Hainerb V, Basdevantc A, Finerd N, Friede M, & Mathus-Vliegenf E. (2008). Management of obesity in adults: European clinical practice guidelines. *Obes Facts*. 1(2), 106-116. In Vlčková, J. (2009) *Obezita a možnosti její léčby – I. Etiologie obezity*. *Hygiena*. 2009, 54 (4) s. 122 – 126.

Yeomans, M. R. (2010). Alcohol, appetite and energy balance: Is alcohol intake a risk factor for obesity? *Physiology & Behavior*, 100(1), 82-89.

Vágnerová, M. (2004). *Základy psychologie*. Praha: Karolinum.

Veisová, V. (2011). *Obezita - onemocnění těla i duše*. *Kontakt*. 2011, roč. 13, č. 4,

s. 425-433.

Vítek, L. (2008). Jak ovlivnit nadváhu a obezitu. Praha: Grada.

Vlčková, J. (2009). Obezita a možnosti její léčby – I. Etiologie obezity. Hygiena. 54 (4) s. 122 – 126.

Vránová, D. (2013). Chronická onemocnění a doporučená výživová opatření. Olomouc: ANAG.

Wadden, T. A., & Stunkard, A. J. (1985). Social and Psychological Consequences of Obesity. *Annals Of Internal Medicine*, 103(6), 1062-1067.

Wagenknecht, M. (2011). Úloha psychologické péče při léčbě obezity. (241–258). In: Hainer, V. a kol. (2011) *Základy klinické obezitologie*. Praha: Grada Publishing.

Vander Wal, J. S. (2012). Night eating syndrome: A critical review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 32(1), 49-59.

Weiss, P. a kol. (2010). *Sexuologie*. Praha: Grada.

Wenjun, Z., Cruickshanks, K. J., Schubert, C. R., Nieto, F., Guan-Hua, H., Klein, B. K., & Klein, R. (2010). Obesity and depression symptoms in the Beaver Dam Offspring Study population. *Depression & Anxiety* (1091-4269), 27(9), 846-851.

Wilding, J. (2012). Obesity and it's comorbidities. *Medical Gazette*, 17(46), 55.

Zlatko, M., & Pastucha D. (Eds.) (2012). *Praktická dětská obezitologie*. Praha: Grada.

Přílohy:

Příloha 1: Anamnestický dotazník, dotazník JICHEM

Příloha 2: Dotazník NEQ

Příloha 3: Dotazník EDE - Q

Příloha 1: Anamnestický dotazník, dotazník JICHEM

Dobrý den, ráda bych Vás požádala o vyplnění následujících dotazníků
a údajů, které budou použity pro statistické zpracování.

Pohlaví: ŽENA MUŽ Věk: Váha v kg: Výška v cm:

Dotazník na téma „Jídelní chování a emocionalita“

Prosím zakroužkujte jednu z možných odpovědí, ANO či NE v následujícím dotazníku:

- | | | |
|--|-----|----|
| 1. Často pocítujete velkou chuť k jídlu? | ANO | NE |
| 2. Stává se Vám často, že se přejíte? | ANO | NE |
| 3. Máte za sebou marné pokusy o diety? | ANO | NE |
| 4. Oslavujete příjemné pocity a osobní pohodu tím, že jíte? | ANO | NE |
| 5. Když začnete jíst, je pro Vás těžké přestat? | ANO | NE |
| 6. Po velkém množství zkonsumovaného jídla trpíte pocity viny? | ANO | NE |
| 7. Máte jídlo spojené se slastnými pocity? | ANO | NE |
| 8. Stydíte se za své přejídání? | ANO | NE |
| 9. Mrzí Vás, když Vám není nabídnuté pohoštění? | ANO | NE |
| 10. Jíte více jídla, než si myslíte, že je vhodné, když pocítujete vztek, smutek či úzkost? | ANO | NE |
| 11. Máte chuť na jídlo během noci? | ANO | NE |
| 12. Jste spokojeni se svou váhou? | ANO | NE |
| 13. Když jste smutní, kupujete si jídlo, které máte rádi? | ANO | NE |
| 14. Chybí Vám některé pokrmy, pokud jejich přísun na nějakou dobu omezíte? | ANO | NE |
| 15. Přejídáte se, když jste smutní? | ANO | NE |
| 16. Máte problém hlídat si množství snědeného jídla, když se cítíte dobře? | ANO | NE |
| 17. Vyrazili byste na společenskou akci, která Vás příliš neoslovuje, jen proto, že je součástí bohatý raut? | ANO | NE |
| 18. Patří k dobrému posezení s přáteli bezpodmínečně také dobré jídlo? | ANO | NE |
| 19. S vypitým alkoholem se u Vás zvyšuje množství snědeného jídla? | ANO | NE |
| 20. Když máte špatnou náladu máte tendenci se přejíst? | ANO | NE |
| 21. Cítíte setrvale neodolatelnou touhu po jídle? | ANO | NE |
| 22. Odměňujete se jídlem, které máte rádi? | ANO | NE |
| 23. Stává se Vám často, že jdete po ulici a neodoláte rychlému občerstvení, pekařství či supermarketu a něco dobrého si koupíte? | ANO | NE |

Příloha 2: Dotazník NEQ

Dotazník nočního jídla

(Night eating questionnaire, 2006, K.C. Allison, A.J. Stunkard. Česká pracovní verze: J. Herlesová, Š. Slabá, J. Žmolíková.)

Prosíme, zakroužkujte JEDNU odpověď na každou otázku.

1. Jak hodně býváte po ránu hladový/á?

0	1	2	3	4
Vůbec ne	Málo	Středně	Hodně	Velmi

2. V kolik hodin obvykle jíte své první jídlo?

0	1	2	3	4
Před 9:00hod	9:01-12:00hod	12:01-15:00hod	15:00-18:00hod	Od 18:01hod a později

3. Máte chuť nebo nutkání dát si něco k jídlu po večeři, než jdete spát?

0	1	2	3	4
Vůbec ne	Málo	Středně	Hodně	Extremně

4. Jak velkou kontrolu máte nad jídlom mezi večeří a dobou, kdy jdete spát?

0	1	2	3	4
Žádnou	Malou	Střední	Silnou	Naprostou

5. Jaké množství svého denního příjmu jídla konzumujete po večeři?

0	1	2	3	4
0% (žádné)	1-25 % (méně než čtvrtinu)	26-50% (asi polovinu)	51-75% (více než polovinu)	76-100% (téměř vše)

6. Cítíte se v současné době sklíčený nebo rozladěný?

0	1	2	3	4
Vůbec ne	Málo	Středně	Hodně	Extremně

7. Když se cítíte sklíčený, je vaše nálada horší:

0	1	2	3	4
Časně ráno	Dopoledne	Odpoledne	V podvečer	Pozdě večer/v noci

7.A. Je vaše nálada během dne stabilní?

Ano (náladu mám celý den stejnou) - Ne (nálada se mi během dne mění)

8. Jak často míváte obtíže s usínáním?

0	1	2	3	4
Nikdy	Občas	Asi v polovině případů	Obvykle	Vždy

9. Jak často nejméně jednou za noc vstanete z jiných důvodů než kvůli použití toalety?

0	1	2	3	4
Nikdy	Méně než jednou týdně	Asi jednou týdně	Více než jednou týdně	Každou noc

Pokud jste v otázce číslo 9 odpověděl/a 0 (nikdy), prosíme, ukončete test zde.

10. Máte chuť nebo nutkání něco sníst, když se v noci probudíte?

0	1	2	3	4
Vůbec ne	Málo	Středně	Hodně	Extrémně

11. Když se v noci probudíte, potřebujete se najíst, abyste mohl/a znovu usnout?

0	1	2	3	4
Vůbec ne	Málo	Středně	Hodně	Extrémně

12. Když během noci vstanete, jak často si dáte něco k jídlu?

0	1	2	3	4
Nikdy	Občas	Asi v polovině případů	Obvykle	Vždy

Pokud jste v otázce číslo 12 odpověděl/a pokaždé 0, prosíme, ukončete test zde.

13. Když si během noci dáte něco k jídlu, jak hodně si to uvědomujete?

0	1	2	3	4
Vůbec ne	Málo	Středně	Hodně	Zcela

14. Jak velkou kontrolu máte nad jídlem, když jste v noci vzhůru?

0	1	2	3	4
Žádnou	Malou	Střední	Velkou	Naprostou

****Jak dlouho trvají vaše současné obtíže s nočním jídlem?***

_____ měsíců _____ let

15. Jak hodně vás zneklidňuje noční konzumace jídla?

0	1	2	3	4
Vůbec ne	Málo	Středně	Hodně	Extrémně

16. Jak hodně noční konzumace jídla ovlivňuje váš život?

0	1	2	3	4
Vůbec ne	Málo	Středně	Hodně	Extrémně

Příloha 3: Dotazník EDE-Q

JÍDELNÍ DOTAZNÍK

Následující otázky se týkají pouze předchozích čtyř týdnů (28 dní). Každou otázku si, prosíme, pozorně přečtěte. Odpovězte, prosím, na všechny otázky. Děkujeme.

Otázky 1 až 12: Zakroužkujte odpovídající číslici na pravé straně. Pamatujte, že otázka se vztahuje pouze na minulých 4 týdny (28 dní).

Jak často za posledních 28 dní...	Nikdy	1-5 dnů	6-12 dnů	13-15 dnů	16-22 dnů	23-27 dnů	Každý den
1 Snažil/a jste se <u>záměrně</u> omezit množství jídla, které jíte, abyste ovlivnil/a svou váhu nebo postavu (ať už se Vám to dařilo nebo ne)?	0	1	2	3	4	5	6
2 Delší dobu (alespoň 8 hodin za dobu, kdy jste byl/a vzhůru) jste vůbec nic nejedl/a, abyste ovlivnil/a svou váhu nebo postavu?	0	1	2	3	4	5	6
3 <u>Snažil/a jste se</u> ze své stravy vyloučit některá jídla, které máte rád/a, abyste ovlivnil/a svou váhu nebo postavu (ať už se Vám to podařilo nebo ne)?	0	1	2	3	4	5	6
4 <u>Snažil/a jste se</u> v jídle dodržovat určitá pravidla (například: nepřekročit určité množství kalorií/kJ), abyste ovlivnil/a svou váhu nebo postavu (ať už se Vám to podařilo nebo ne)?	0	1	2	3	4	5	6
5 Velice jste si přál/a mít <u>prázdný</u> žaludek, abyste ovlivnil/a svou postavu nebo váhu?	0	1	2	3	4	5	6
6 Velice jste si přál/a, aby Vaše břicho bylo <u>úplně ploché</u> ?	0	1	2	3	4	5	6
7 Zaměstnávaly Vás myšlenky na <u>jídlo, jedení</u> nebo na <u>kalorie</u> natolik, že jste se nemohl/a soustředit na činnosti, které Vás zajímají (například práci, rozhovor nebo čtení)?	0	1	2	3	4	5	6
8 Zaměstnávaly Vás myšlenky na Vaši <u>postavu nebo tělesnou hmotnost</u> natolik, že jste se nemohl/a soustředit na činnosti, které Vás zajímají (například práci, rozhovor nebo čtení)?	0	1	2	3	4	5	6
9 Intenzivně jste se obával/a, že ztratíte kontrolu nad jídlem?	0	1	2	3	4	5	6
10 Intenzivně jste se obával/a, že byste mohl/a přibrat na váze?	0	1	2	3	4	5	6
11 Pripadal/a jste si tlustá?	0	1	2	3	4	5	6
12 Velice jste si přál/a zhubnout?	0	1	2	3	4	5	6

Otázky 13-18: Vyplňte, prosím, do mezery vpravo náležitou číslici. Nezapomeňte, že se otázky týkají pouze předchozích čtyř týdnů (28 dní).

Během posledních čtyř týdnů (28 dnů)....

13	<u>Kolikrát</u> se Vám za posledních 28 dnů stalo, že jste snědl/a takové množství jídla, které by jiní lidé za daných okolností považovali za <u>neobvykle velké</u> ?
14	Při kolika z těchto příležitostí jste cítil/a, že jste nad jídlem ztratil/a kontrolu (ve chvíli, když jste jedl/a)?
15	V kolika DNECH jste se za posledních 28 dnů tímto způsobem přejedl/a (t.zn. snědl/a jste neobvykle velké množství jídla a měl/a pocit, že jste nad jídlem ztratil/a kontrolu)?
16	<u>Kolikrát</u> za posledních 28 dnů jste si přivodil/a zvracení za účelem kontroly tělesné hmotnosti a postavy?
17	<u>Kolikrát</u> za posledních 28 dnů jste si vzal/a projímadlo jako prostředek ke kontrole tělesné hmotnosti a postavy?
18	<u>Kolikrát</u> za posledních 28 dnů jste „nutkavě“ cvičil/a za účelem kontroly tělesné hmotnosti a postavy nebo aby jste spálil/a kalorie?

Otázky 19-21: Prosím, zakroužkujte vpravo náležitou číslici. **Pozor: Výraz „záchvaty přejídání“ znamená jedení takového množství jídla, které by ostatní pokládali za daných okolností za neobvykle velké, doprovázené pocitem, že jste nad jídlem ztratil/a kontrolu.**

19	V kolika dnech z posledních 28 dnů jste jedl/a potají? (Mimo záchvaty přejídání.)	Nikdy	1-5 dnů	6-12 dnů	13-15 dnů	16-22 dnů	23-27 dnů	Každý den
		0	1	2	3	4	5	6
20	20. Jak často se Vám při jídle stalo, že jste cítil/a vinu (pocit, že jste udělal/a něco špatného) za následky, které to bude mít pro Vaši postavu nebo váhu? (Mimo záchvaty přejídání.)	Nikdy	Několikrát	V méně než polovině případů	V polovině případů	Více než v polovině případů	Většinou	Pokaždé
		0	1	2	3	4	5	6
21	Nakolik Vás během posledních 28 dnů znepokojovalo, že by Vás ostatní viděli jíst? (Mimo záchvaty přejídání)	Vůbec ne		Málo	Mírně		Výrazně	
		0	1	2	3	4	5	6

Otázky 22 – 28: Prosím, zakroužkujte vpravo náležitou číslici. Nezapomeňte, že se otázky týkají pouze předchozích čtyř týdnů (28 dnů).

Během posledních čtyř týdnů (28 dnů)....		Vůbec ne	Málo	Mírně	Výrazně			
22	Měla Vaše <u>tělesná hmotnost</u> vliv na to, jak sám/sama sebe vnímáte a hodnotíte?	0	1	2	3	4	5	6
23	Měla Vaše <u>postava</u> vliv na to, jak sám/sama sebe vnímáte a hodnotíte?	0	1	2	3	4	5	6
24	Do jaké míry by Vás znepokojilo, kdybyste se měl/a vážit jednou týdně (ne víckrát, ne méněkrát) po následující čtyři týdny?	0	1	2	3	4	5	6
25	Nakolik jste byl/a nespokojený/á se svou <u>váhou</u> ?	0	1	2	3	4	5	6
26	Nakolik jste byl/a nespokojený/á se svou <u>postavou</u> ?	0	1	2	3	4	5	6
27	Nakolik Vás znepokojovalo, když jste viděl/a vlastní tělo (například jste viděl/a svoji postavu v zrcadle, odraz ve výloze, nebo při převlékání, při koupání nebo ve sprše?)	0	1	2	3	4	5	6
28	Nakolik Vás znepokojovalo, že by někdo <u>jiný</u> viděl Vaše tělo (například ve veřejných šatnách, na plovárně nebo v přiléhavých šatech)?	0	1	2	3	4	5	6