

VÝBĚR JÍDLA MLADÝCH ŽEN VE VZTAHU K ONEMOCNĚNÍ DIABETES MELLITUS 1. TYPU A PORUCHOU PŘÍJMU POTRAVY

PhDr. Tamara Hrachovinová, CSc.

Katedra psychologie FF UK Praha, Centrum diabetologie IKEM Praha

Byly zjišťovány jídelní preference tří skupin mladých žen a možný vliv základního onemocnění souvisejícího s jídlem DM 1. typu a porucha příjmu potravy (PPP) na výběr jídla respondentky. Skupiny se statisticky významně odlišovaly ve frekvenci konzumace všech námi sledovaných druhů potravin, kromě ovoce, dále v preferenci typu kuchyně i vynechávání některého z hlavních jídel. Byla nalezena vysoká konzumace čokolády u všech tří skupin mladých žen, kdy denně jí čokoládu čtvrtina zdravých žen i pacientek s poruchou příjmu jídla. Zjistili jsme, že sledovaná základní onemocnění – DM 1. typu či porucha příjmu potravy mají vliv na jídelní preference respondentky. Skupina pacientek s PPP vykazuje homogennější tendence než skupina diabetiček, u kterých jsme našli velké interindividuální rozdíly.

Klíčová slova: Výběr jídla, jídelní preference, diabetes mellitus 1. typu, poruchy příjmu potravy

Pokud může, člověk si jídlo více či méně vybírá. V průběhu vývoje se člověk začal spontánně rozhodovat o kombinaci živin v souvislosti se zvyšující se variabilitou a nabídkou. Fraňková (4) hovoří o evoluci potravního chování, kdy původně instinktivní chování se stále více měnilo na vědomou činnost s převahou aktivit, které jsou závislé na poznávacích procesech a na učení, kde se uplatňují rozhodovací procesy, návyky, experiment, ale také tvořící se a upevňující se kulturní tradice a způsob sociálního života. V potravním chování a ve vztahu k výživě se postupně vytvářely rozdíly mezi pohlavími. Ženy se začaly více specializovat na činnosti, spojené s manipulací s potravou. Podle této autorky plasticita chování, zvyšující se v průběhu evoluce, je zřejmě i v oblasti potravního chování.

Na volbě jídelníčku se podílí značné množství faktorů nejrůznější povahy a to nikoli izolovaně, ale ve vzájemné složité interakci. Některé níže uvedené faktory jsou značně proměnlivé v čase a velmi dynamické, jiné jsou poměrně stabilní, další až rigidní, odolávající i žádoucí změně.

Nepochybně zde hraje roli ekonomická situace, dostupnost potravin (a to jak dostupnost základních druhů potravin na trhu celkově a lokálně, tak některých druhů speciálně, např. mořských ryb), sezónnost v nabídce potravin, informace o výživě a osvěta (co je doporučované, vhodné, zdravé či nikoliv), kulturní vlivy a tradice, společenské konvence i různé zvyklosti při podávání jídel, předsudky, vliv masmédií a reklamy, rodiny a sociálního okolí, zkušenost, zdravotní hledisko (včetně doporučované diety ze zdravotní indikace), nutriční preference a averze jedince, chuťové specifčnosti, jeho životní styl, výživové zvyklosti a jídelní návyky

a v neposlední řadě faktory psychologické. Mezi ně můžeme zařadit např. místo jídla v hodnotové hierarchii jedince a individuální zvláštnosti v jídelním chování jako celku. Škála postojů k jídlu je velmi bohatá, od deklarovaného či skutečného nezájmu o jídlo („jím, protože musím“) až ke gurmánství či požitkářství. Jídlo může být nejdůležitějším a někdy i jediným požitkem (slastí i odměnou), nejoblíbenějším způsobem trávení volného času jedince i celé rodiny. Klinické zkušenosti z léčby nemocných s řadou diagnóz ukazují (obezita, onemocnění trávicího traktu, kardiovaskulární onemocnění, diabetes mellitus 1. a 2. typu atd.), že tyto postoje a tendence si jedinec často ponechává i navzdory lékařským doporučením a možným dopadům na zdravotní stav.

Ve společnosti se ve zvýšené míře objevují tendence modulovat náladu jídlem, či přímo „zajídání“ stresu, nejčastěji konzumací vysoce energeticky bohatých jídel, především sladkostí, na druhé straně je masově rozšířen strach z obezity vedoucí k dodržování nejrůznějších diet a s tím související preference tzv. light potravin atd.

Schopnost vybírat spontánně jednotlivé živiny z větší nabídky byla v minulosti zkoumána zejména u zvířat a u malých dětí. Systematické studie selekce živin se datují od konce 30. let. Např. již v padesátých a šedesátých letech zkoumal u nás Lát (6) na zvířatech, konkrétně u laboratorního potkana, spontánní příjem bílkovin, sacharidů a tuků. Z dnešního pohledu (7) zahrnuje výběr jídla několik postupných kroků: vznik zájmu o jídlo nebo o specifický druh jídla, vyhledávání vhodného jídla, rozpoznání jídla a rozhodnutí ho konzumovat.

Vzhledem k častým referencím z klinické praxe v diabetologii o opakovaných chybách

ve stravování a o nedodržování dietních doporučení ze strany nemocných (i přes opakovanou edukaci a následnou zhoršenou kompenzaci diabetu) jsme podrobně sledovali jídelní chování našich respondentů v širším kontextu, včetně vynechávání hlavních jídel, preference typu kuchyně a výběru potravin (food choice). V našich podmínkách nebyl dosud realizován výzkumný projekt týkající se tohoto tématu. Výjimečné je i srovnání diabetiček se stejně starými pacientkami s diagnózou poruchy příjmu potravy, které jsou v současnosti pro tuto nemoc léčené a se zdravými mladými ženami.

Cíl

Byly sledovány potravinové preference mladých žen s diagnózou diabetes mellitus 1. typu a žen s poruchou příjmu potravy. Srovnávací skupinu tvořily mladé zdravé ženy. Při výběru jídel jsme sledovali speciálně některé rizikové potraviny, zejména čokoládu, koláče a dorty. Dále jsme se zajímali o podvádění s jídlem a o typ kuchyně, kterou mladé ženy preferují.

Soubor a metodika

S ohledem na vyšší incidenci poruch příjmu potravy u mladých žen (ve srovnání se staršími ženami nebo muži) a na odlišné výživové standardy u žen a mužů rozhodli jsme se zaměřit na ženy diabetičky 1. typu ve věku 18-35 let. Vylučujícím kritériem byla přítomnost chronického renálního selhání léčeného dialýzou nebo transplantací ledviny, dodržování nízkobílkovinné diety, transplantace pankreatu v anamnéze, amaurosa či natolik zhoršený visus, že by respondentka nemohla sama vyplnit dotazník. První srovnávací skupinu tvořily zdravé ženy, tj. zdravotní sestry a studentky medicíny. Podmínkou pro zařazení do skupiny bylo, aby respondentka nedržela žádnou dietu ze zdravotní indikace.

Tabulka 1. Základní charakteristiky sledovaných skupin

	Zdravé ženy (Skup. 1)	Pacientky s diabetes (Skup. 2)	Pacientky s PPP (Skup. 3)	Statisticky významné rozdíly mezi skupinami
Počet osob ve skupině (N)	136	118	85	339
Průměrný věk (roky)	24,3 (5,0)	25,4 (5,4)	22,3 (4,9)	1-3, 2-3 (ANOVA P<0,001)
BMI	22,1 (3,7)	23,2 (3,1)	18,0 (3,2)	1-2, 2-3, 1-3 (ANOVA P<0,001)
Výška (cm)	167 (6,0)	166 (6,5)	167 (6,5)	1-2, 2-3 (ANOVA P<0,05)
Váha (kg)	62,1 (11,4)	64,1 (9,9)	50,5 (10,5)	1-3, 2-3 (ANOVA P<0,001)

Druhou srovnávací skupinu tvořily pacientky s diagnózou poruchy příjmu potravy (PPP) a pro tuto diagnózu v současnosti léčené na Psychiatrické klinice 1. LF UK.

Soubor tvořilo 339 osob; diabetičky 1. typu (118 osob, průměrný věk: 25,4 let), zdravé ženy (136 osob, věk: 24,3 let) a pacientky léčené pro poruchu příjmu potravy (85 osob, věk: 22,3 let). Ve skupině pacientek s poruchou příjmu potravy bylo 32 (tj. 38% souboru) nemocných s diagnózou mentální anorexie a 53 (tj. 62%) pacientek s diagnózou mentální bulimie. Průměrná doba trvání poruchy příjmu potravy byla čtyři a půl roku.

Průměrný věk skupiny diabetiček je 25,4 let (\pm 5,4), průměrný věk zdravých 24,3 (\pm 5) a PPP 22,3 (\pm 4,9). Rozdíl je statisticky významný $p<0,001$ (oneway ANOVA). Rozdíl ve věku mezi diabetičkami a zdravými ženami není významný, výsledek je ovlivněn nižším věkem PPP než u ostatních dvou skupin. Nižší věk pacientek s dg. PPP je dán charakterem poruchy a jejím výskytem zejména u mladých dívek. Při dalším členění skupiny PPP podle diagnózy jsme zjistili, že rozdíl mezi průměrným věkem mentálních anorektiček a průměrným věkem bulimiček není signifikantní.

Průměrná výška skupiny diabetiček je 166 cm (\pm 6,5), průměrná výška skupiny zdravých 167 cm (\pm 6) a PPP 167,4 cm (\pm 6,5). Rozdíl je statisticky významný $p<0,05$ (oneway ANOVA). Diabetičky jsou v průměru menšího vzrůstu než ženy ostatních dvou skupin.

Průměrná hmotnost skupiny diabetiček je 64,1 kg (\pm 9,9), průměrná hmotnost skupiny zdravých 62,1 kg (\pm 11,4) a PPP 50,5 kg (\pm 10,5). Rozdíl je statisticky významný $p<0,001$ (oneway ANOVA). Rozdíl v hmotnosti mezi diabetičkami a zdravými není významný, výsledek je ovlivněn podstatně nižší hmotností PPP než u ostatních dvou skupin.

Průměrný BMI (Body Mass Index, BMI = kg/m²) skupiny diabetiček je 23,2 (\pm 3,1), průměrný BMI zdravých 22,1 (\pm 3,7) a PPP 18 (\pm 3,2). Rozdíl je statisticky významný $p<0,001$ (oneway ANOVA). Průměrný BMI diabetiček je vyšší nejen než BMI skupiny pacientek s dg.

Tabulka 2. Početní a procentuální zastoupení respondentek v pásmech BMI

Skupina	Diabetičky		PPP		Zdravé	
	N	%	n	%	n	%
< 17,5	5	4,2	34	41	2	1,5
17,5 – 25	80	67,2	48	57,8	117	87,3
> 25	34	28,6	1	1,2	15	11,2

Tabulka 3. Průměrné hodnoty základních charakteristik skupiny diabetiček

Veličina	Průměrná hodnota	Minimální hodnota	Maximální hodnota
Věk	25,4 \pm 5,4	18	35
Výška	165,6 \pm 6,5	146	180
Hmotnost	64,2 \pm 9,9	40	86
BMI	23,3 \pm 3,3	16,23	30,48
Věk v době dg. DM	14,9 \pm 7,2	4	28
Délka trvání DM	10,4 \pm 6,2	0,3	29
HbA1c	8,8 \pm 2,6	4,3	18,9

PPP, ale i než zdravých žen (viz tabulka 1). Při analýze skupiny PPP jsme zjistili, že průměrný BMI mentálních anorektiček je signifikantně nižší ($p<0,001$, t-test) než průměrný BMI bulimiček.

Dále jsme podrobněji analyzovali BMI našich respondentek a hodnoty BMI jsme rozdělili do tří pásem (viz tabulka 2). První pásmo bylo do 17,5 BMI včetně (hranice pro mentální anorexii). Druhé pásmo bylo ohraničeno hodnotami BMI 17,6 až 25 a třetí vyšší než 25. Zjistili jsme, že rozdíl mezi skupinami je statisticky vysoce významný $p<0,001$. Rozdíly jsou dány zejména jiným početním zastoupením respondentek v obou krajních pásmech BMI, kdy v 1. pásmu \leq 17,5 je nejvíce PPP (41%) a nejméně zdravých žen (pouze 1,5%). V prostředním pásmu BMI: 17,5 až 25 je nejvíce respondentek ve všech skupinách. Nejvyšší BMI > 25 je nejčastější u diabetiček (ve 28,6%), naproti tomu u PPP pouze 1,2%.

Je třeba uvést, že pacientky s mentální bulimií mohou mít i normální hmotnost, nejen podváhu či nadváhu, což se projevilo i v naší skupině pacientek v současnosti léčených pro PPP (resp. léčbu zahajujících), které měly normální BMI v 57,8% případů.

Můžeme říci, že nejvíce diabetiček (67,2%) má BMI v pásmu normy. Pět diabetiček (4,2% skupiny diabetiček) má o 15% nižší tělesnou hmotnost než je minimální tělesná hmotnost pro danou věkovou skupinu (BMI nižší než 17,5) a splňovala by tak hmotnostní kritérium pro mentální anorexii. Téměř třetina našich diabetiček (28,6%) má nadváhu.

Základní charakteristiky skupiny diabetiček jsou uvedeny v tabulce číslo 3. Jako nejdůležitější parametr zhodnocení stavu metabolického vyrovnání nemoci jsme posuzovali hodnotu glykovaného hemoglobinu (dále HbA1c v %). Průměrný HbA1c souboru diabetiček byl 8,8% \pm 2,6, průměrná délka trvání diabetu 10,4 let \pm 6,2.

Sledovali jsme deset druhů potravin a slazené nápoje: čokoláda a čokoládové výrobky; chipsy; hamburger a párek v rohlíku; ovoce; zelenina; mléko a mléčné výrobky; maso a masné výrobky; light potraviny; dorty a koláče; sušenky. Respondentky vypovídaly, jak často konzumují daný typ potravin ev. nápojů na šestibodové škále (od frekvence – denně až nikdy). Dále jsme se zajímali o podvádění s jídlem a o typ kuchyně, kterou mladé ženy

Tabulka 4. Způsob léčby diabetu u našich respondentek

N	léčba
62%	intenzifikovaná inzulínová terapie, 4 denní dávky
16,5%	léčba inzulínovou pumpou
11%	5 denních dávek
7%	3 denní dávky
3,5%	méně než 3 denní dávky

preferují. Respondentky měly na výběr: tradiční, exotickou, vegetariánskou, makrobiotickou, stravu bufetového typu a racionální výživu.

Výsledky

Při testování rozdílů distribuce četností chí-kvadrát testem se ukázalo, že skupiny se signifikantně ($p < 0,001$) odlišují ve frekvenci držení diet a ve frekvenci konzumace všech námi sledovaných druhů potravin, kromě ovoce (viz grafy číslo 1 a číslo 2), dále v preferenci typu kuchyně (diabetičky a zdravé ženy preferují tradiční kuchyni, pacientky s PPP racionální výživu) a ve vynechávání některého z hlavních jídel (viz graf číslo 4) s významností ve všech případech na $p < 0,001$. Ukázalo se, že třetina diabetiček (33,6%) nikdy nedrží dietu a další více než třetina (36,2%) 1x za měsíc či ještě méně často. Což je jistě zajímavé zjištění vzhledem k onemocnění diabetem 1. typu a intenzivní edukaci nemocných.

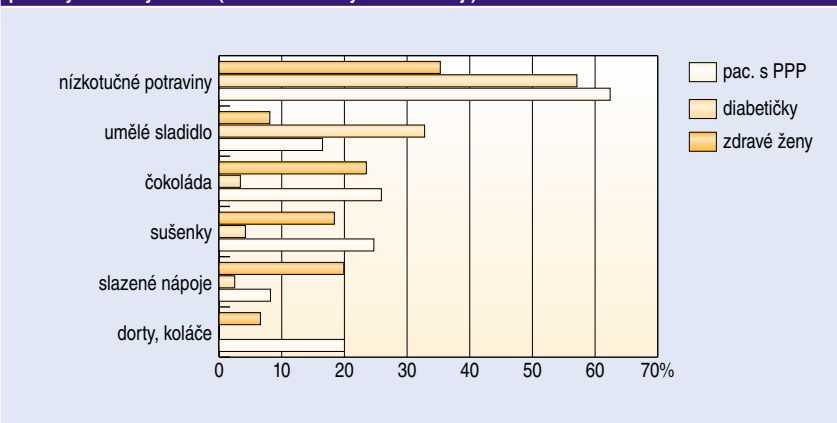
Frekvence spotřeby vybraných „rizikových“ druhů potravin u diabetiček podává graf číslo 3. Graf číslo 5 ilustruje výskyt jídelních problémů (vynechání některého z hlavních jídel a výskyt podvádění s jídlem) v souvislosti s ukazatelem metabolické kompenzace diabetu (HbA1c). U pacientek s vyšším výskytem jídelních problémů je horší kompenzace diabetu.

Závěr

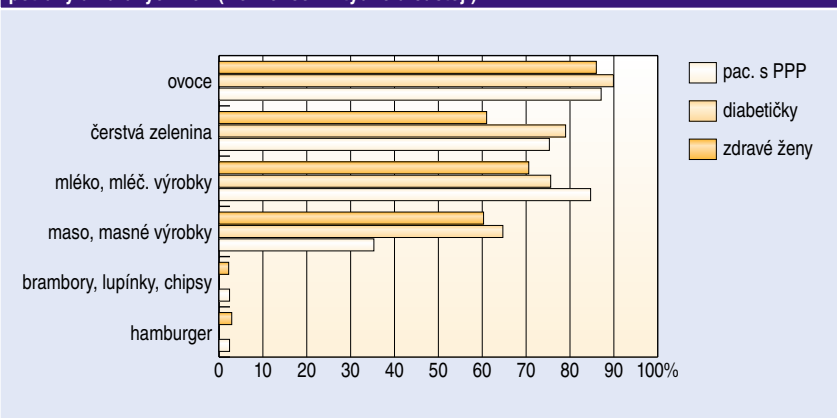
Zjistili jsme, že sledovaná základní onemocnění – DM 1. typu či porucha příjmu potravy – mají vliv na jídelní preference respondentek. Skupina pacientek s poruchou příjmu potravy vykazuje homogennější tendence než skupina diabetiček, u kterých jsme našli velké interindividuální rozdíly. Značné procento mladých diabetiček udává jídelní preference (především preference a konzumaci sladkostí), které nejsou v souladu s dietními doporučeními, resp. v některých případech jsou s nimi v zásadním rozporu. Neuspokojivé je i vysoké procento mladých diabetiček 1. typu v našem souboru s nadváhou.

Práce vznikla za podpory Výzkumného záměru VZ/CEZ:L 17/98:00023001.

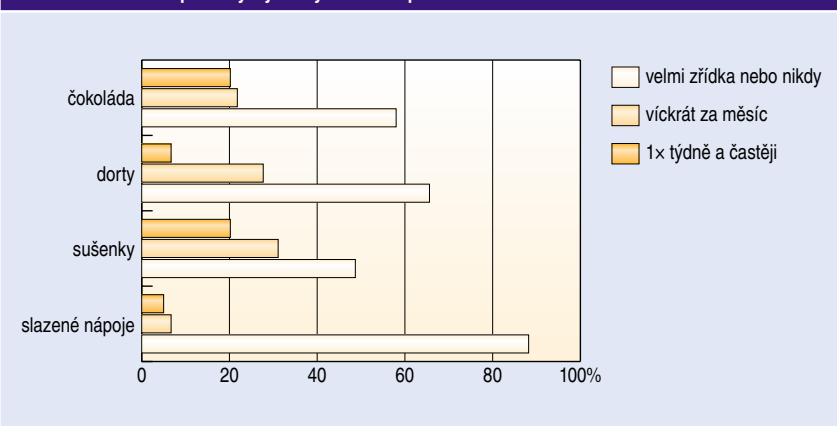
Graf 1. Spotřeba vybraných druhů potravin u diabetiček, pacientek s poruchami příjmu potravy a zdravých žen (frekvence 1x týdně a častěji)



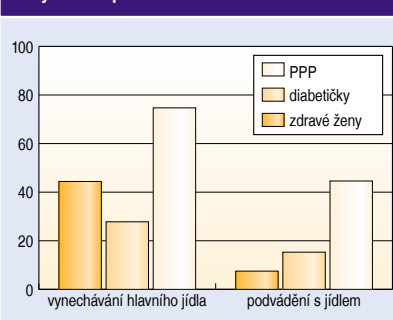
Graf 2. Spotřeba vybraných druhů potravin u diabetiček, pacientek s poruchami příjmu potravy a zdravých žen (frekvence 1x týdně a častěji)



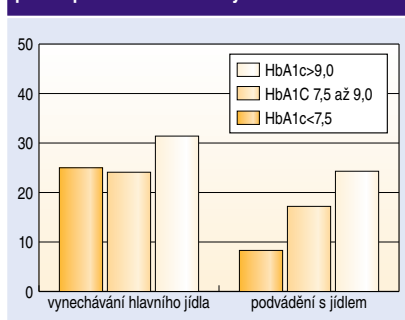
Graf 3. Frekvence spotřeby vybraných druhů potravin u diabetiček



Graf 4. Vynechávání některého z hlavních jídel a podvádění s jídlem podle 3 sledovaných skupin



Graf 5. Vynechávání některého z hlavních jídel a podvádění s jídlem u diabetiček podle průměrné hodnoty HbA1c



Poděkování

Sběr dat probíhal na v řadě diabetologických ambulancí a v diabetologických centrech, dále na Psychiatrické klinice 1. LF UK. Poděkování za participaci na sběru dat patří mnoha diabetologům (zejména MUDr. D. Bartáškové, doc. MUDr. A. Jirkovské, CSc., MUDr. L. Dohnalové a řadě dalším), PhDr. D. Krchovi (pacientky s poruchou příjmu potravy) a za statistické zpracování PhDr. L. Csémymu.

Literatura

1. Hrachovinová T, Csémy L, Krch FD. Jídelní preference pacientek s poruchou příjmu potravy Česká a Slovenská psychiatrie, roč. 99, 2003; (Suppl. 1): 21–23.
2. Hrachovinová T, Csémy L, Krch FD, Jirkovská A. Food choice of young female Type 1 diabetic patients Diabetes and Metabolism, 29, 2003; 4S391
3. Hrachovinová T. Poruchy příjmu potravy u dospívajících dívek s diabetem 1. typu Psychiatrie pro praxi, roč. 3, 2002; 1: 25–28.
4. Fraňková S. Výživa a psychické zdraví. Nakladatelství ISV, Praha 1996.
5. Fraňková S, Dvořáková-Janů V. Psychologie výživy a sociální aspekty jídla Karolinum, Praha 2003.
6. Lát J. Self-selection of dietary components. In: Handbook of Physiology. Alimentary canal, 27. kap. Amer. Phys. Society, 1967: 367–386.
7. Rozin P. Towards a psychology of food choice Institut Danone, 1998.