

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

ZKUŠENOSTI OSOB S VYŠŠÍ
HMOTNOSTÍ SE STIGMATIZACÍ
STIGMA EXPERIENCES AMONG PERSONS WITH HIGHER
BODY WEIGHT



Magisterská diplomová práce

Autor: **Bc. Markéta Kostková**
Vedoucí práce: **Mgr. Miroslav Charvát, Ph.D.**

Olomouc

2022

Poděkování

Velmi bych chtěla poděkovat vedoucímu mé diplomové práce Mgr. Miroslavu Charvátovi, Ph.D. za jeho cenné rady, komentáře a vstřícný přístup při vedení této práce. Děkuji také statistikům za poskytnutí rad v oblasti statistického zpracování a analýzy dat. Velké díky patří mojí rodině, která mě podporovala po celou dobu studia. Děkuji své spolubydlící a svým spolužačkám za vzájemnou motivaci. V neposlední řadě bych ráda poděkovala kampani Moje tělo je moje a organizaci Stop obezitě, které ochotně sdílely můj inzerát k výzkumu, a všem respondentům a respondentkám, kteří se rozhodli výzkumu zúčastnit.

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma: „Zkušenosti osob s vyšší hmotností se stigmatizací“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 31. 3. 2022

Podpis

OBSAH

Číslo	Kapitola	Strana
	OBSAH	3
	ÚVOD	6
	TEORETICKÁ ČÁST	8
1	OBEZITA	9
1.1	Definice a klasifikace obezity	9
1.2	Epidemiologie.....	11
1.3	Etiologie obezity	13
1.3.1	Biologické faktory	13
1.3.2	Environmentální faktory.....	16
1.3.3	Behaviorální faktory	19
1.4	Důsledky obezity	22
1.5	Prevence	23
2	STIGMATIZACE NA ZÁKLADĚ VÁHY	26
2.1.	Postoje k obezitě.....	26
2.2.	Četnost výskytu stigmatizace na základě hmotnosti	28
2.3	Rozdíly ve zkušenostech se stigmatizací na základě hmotnosti.....	29
2.3.1	Pohlaví.....	29
2.3.2	Věk	30
2.3.3	BMI	30
2.4.	Oblasti výskytu hmotnostní stigmatizace	31
2.4.1	Zaměstnání	31
2.4.2	Vzdělání.....	32
2.4.3	Zdravotní služby.....	34
2.4.4	Rodina	35
2.4.5	Navazování vztahů a sexuální zkušenosti	35
2.4.6	Média.....	36
2.4.7	Zjišťování zdrojů hmotnostní stigmatizace ve výzkumech.....	37
2.5.	Nástroje zlepšení negativních postojů k obezitě	38
2.5.1	Organizace věnující se boji proti stigmatizaci a diskriminaci na základě hmotnosti	40
2.5.2	Legislativní ustanovení zákazu diskriminace na základě váhy	40
2.6	Sebepojetí	41
3	DOPADY STIGMATIZACE NA ZÁKLADĚ VÁHY A VYROVNÁVÁNÍ SE S TĚMITO ZKUŠENOSTMI	43
3.1.	Dopad na duševní zdraví	43
3.2.	Internalizace předpojatosti spojené s váhou	44

3.3.	Vyrovňávání se s prožitou stigmatizací na základě hmotnosti.....	46
3.3.1	Definice	46
3.3.2	Copingové strategie v souvislosti s hmotnostní stigmatizací.....	47
3.3.3	Rozdíly v užívání copingových strategií.....	49
VÝZKUMNÁ ČÁST.....		51
4	Výzkumný problém.....	52
5	Typ výzkumu a použité metody	56
5.1	Testové metody	56
5.1.1	Krátká verze inventáře stigmatizujících situací (Krátká verze SSI).....	56
5.1.2	Krátký inventář copingových strategií (Krátký CRI).....	57
5.1.3	Modifikovaná škála internalizace předpojatosti spojené s váhou (WBIS-M)	58
5.1.4	Interpersonální zdroje stigmatizace na základě hmotnosti.....	59
5.1.5	Beckova škála deprese (BDI-II).....	59
5.1.6	Základní olomoucká škála k posouzení postav (BOBR).....	60
5.1.7	BMI	61
6	Sběr dat a výběrový soubor.....	62
6.1	Sběr dat.....	62
6.2	Výběrový soubor	62
6.3	Etické hledisko a ochrana soukromí.....	65
7	Práce s daty a její výsledky	67
7.1	Metody zpracování a analýzy dat	67
7.2	Analýza použitých nástrojů	69
7.2.1	Krátká verze SSI.....	69
7.2.2	Krátký CRI	70
7.2.3	WBIS-M	72
7.2.4	BDI-II.....	74
7.2.5	BOBR.....	74
7.2.6	BMI	76
7.3	Deskriptivní část výzkumu	76
7.3.1	Krátká verze SSI.....	76
7.3.2	Copingové strategie.....	79
7.3.3	Interpersonální zdroje stigmatizace na základě hmotnosti.....	80
7.3.4	Hmotnostní stigmatizace v médiích	83
7.4	Výsledky ověření platnosti statistických hypotéz	83

8	Diskuse	108
9	Závěry.....	120
10	Souhrn	122
	LITERATURA.....	127
	SEZNAM GRAFŮ, OBRÁZKŮ A TABULEK	147
	SEZNAM ZKRATEK	149
	PŘÍLOHY.....	150

ÚVOD

Epidemie obezity postihuje mnoho zemí, Českou republiku nevyjímaje. Lidé s vyšší tělesnou hmotností čelí několika komplikacím, které zasahují jak fyzické, tak duševní zdraví. Setkávají se s mnohými negativními sociálními jevy včetně předsudků vůči obezitě, stereotypizaci, hmotnostní diskriminaci a stigmatizaci ze stran cizích lidí, ale také svých blízkých či lidí úplně nejbližších. Jako pomyslný řetězec se spouští vlna dalších potíží. Zasažení lidé mohou internalizovat zaujatost vůči obezitě. Toto zvnitřnění negativně působí na jejich duševní zdraví a v konečném důsledku zhoršuje kvalitu života. K vyrovnání se s těmito negativními zkušenostmi slouží copingové strategie. Ne vždy se však jedná o strategie adaptivní, které by mohly snižovat důsledky stigmatizujících situací.

Tato práce částečně navazuje na mou bakalářskou práci *Postoje vůči obezitě u českých adolescentů* (Kostková, 2020), která mapovala zmíněné postoje respondentů u všech hmotnostních skupin dle BMI ve věkové kategorii 15–19 let. Ve své magisterské diplomové práci bych se chtěla podívat na toto téma z druhé strany a zaměřit se především na obézní jedince a jedince s nadváhou. Touto prací bych chtěla rozšířit pohled na problematiku stigmatizace na základě hmotnosti, chtěla bych zjistit, jaké mají lidé v České republice zkušenosti s hmotnostní stigmatizací, jak se s ní vyrovnávají, a podívat se na různé souvislosti včetně výskytu deprese.

Teoretická část je členěná do tří kapitol, které se zabývají obezitou, stigmatizací na základě hmotnosti, jejími souvislostmi s duševním zdravím a vyrovnávacími strategiemi. Více je rozpracována podkapitola etiologie obezity zdůrazňující multifaktoriální podmínění tohoto onemocnění a jeho komplexnost. Druhá kapitola nabízí informace o zkušenostech s hmotnostní stigmatizací. Poskytuje pohled na oblasti výskytu stigmatizace, její četnost, rozdíly v těchto zkušenostech a možné intervence. Třetí kapitola se pak zaměřuje na dopady zažité stigmatizace na duševní zdraví a vyrovnávání se s těmito zkušenostmi.

Pro blízkost tématu jsem některé části kapitol převzala z bakalářské diplomové práce. Konkrétně se jedná o kapitolu obezita, jejíž aktuální členění odpovídá původnímu dělení. Kapitola je doplněná o nové informace a aktualizovaná data. Druhá kapitola také přejímá některé části obsažené v bakalářské práci, je však více rozpracováno aktuální téma. Třetí kapitola je až na malé výjimky nově zpracovaná.

Výzkum této práce je inspirovaný americkou studií Puhlové a Brownella (2006) zkoumající zkušenosti s hmotnostní stigmatizací, užívané copingové strategie, zdroje stigmatizace, psychologické fungování a stravovací chování u obézních jedinců a jedinců s nadváhou. Ve výzkumu mé diplomové práce byly použity některé metody objevující se také ve zmíněné studii.

Výzkumná část se skládá ze dvou částí. V první, deskriptivní, je podán výčet nejvíce se objevujících stigmatizujících situací v České republice, nejčastěji užívaných copingových strategií a nejhojněji se vyskytujících zdrojů hmotnostní stigmatizace, který je vždy doplněn o srovnání mezi muži a ženami. Následně je uvedeno shrnutí názorů na hmotnostní stigmatizaci v médiích. Druhá část se zaměřuje na vymezení rozdílů u vybraných metod mezi různými proměnnými. Jsou zjišťovány souvislosti mezi zažitou hmotnostní stigmatizací, copingovými strategiemi, internalizací předpojatosti spojenou s hmotností a výskytem deprese. Z důvodu absence oficiálních českých metod je uveden převod zvolených zahraničních metod a psychometrické vlastnosti našich českých verzí.

TEORETICKÁ ČÁST

1 OBEZITA

S obezitou se potýká stále více lidí v různých zemích světa. Její prevalence se od roku 1975 ztrojnásobila (World Population Review, b). V dnešní době není na obezitu nahlíženo jako na pouhou kosmetickou nedokonalost. Naopak je vnímána jako nemoc, jež se objevuje v tak velké míře, že nahrazuje kdysi nejrozšířenější hrozby – podvýživu a infekční onemocnění (Kopelman, 2000). V roce 1997 Světová zdravotnická organizace prohlásila obezitu za celosvětový problém (WHO, 2000). Již na začátku tisíciletí byla označována jako epidemie 21. století (Islam, 2005). Obezita spadá do kategorie tzv. non-communicable diseases – neinfekčních nemocí vznikajících kombinací genetiky, fyziologie, prostředí a chování. Může přispívat k několika dalším chorobám, které se taktéž zařazují mezi neinfekční onemocnění. Jde například o kardiovaskulární onemocnění, rakovinu, potíže s dýcháním či cukrovku (WHO, 2018b).

1.1 Definice a klasifikace obezity

Původ podstatného jména obezita lze vidět v latinském „obesitas“. Přídavné jméno „obesus“ se pak do českého jazyka překládá jako otlý či vypasený (Rejzek, 2012). Definice lze nalézt v různé literatuře hned několik.

Podle Světové zdravotnické organizace (WHO, 2018a, odst. 1) je za obezitu považováno „nezvyklé či nadměrné hromadění tuku, které může poškodit zdraví“. Aldhoon Hainerová (2009, s. 15) předkládá následující definici: „obezita je multifaktoriálně podmíněná metabolická porucha charakterizována zmnožením tělesného tuku. Je důsledkem interakce genetických dispozic s faktory zevního prostředí.“ V literatuře je možné narazit i na poněkud neobvyklé vymezení této nemoci. Málková a Málková (2014, s. 12) podávají psychologickou, na rozdíl od medicínského pojetí komplexnější definici obezity, ve které se uvádí následující: „obezita je porucha v myšlení a emocích“. Ke klasickému pojetí tedy navíc přidávají postoj osob trpících obezitou k jejich tělu, který je v porovnání s lidmi s normální váhou rozdílný. Český obezitolog Rajko Doleček v definici, kterou propagoval, tvrdí, že si ke vzniku obezity člověk dopomohl sám: „je to nevhodná adaptace na prostředí s dostatkem potravy“ (Doleček et al., 2013).

Nejčastěji se nadváha a obezita stanovují na základě indexu tělesné hmotnosti – tzv. BMI (Body Mass Index), který počítá se dvěma tělesnými parametry – hmotností a výškou. Pro výpočet se používá vzorec: $BMI = \text{hmotnost v kg} / (\text{výška v m})^2$ (WHO, 2000). Z tabulky 1 lze zjistit, jaké kategorii odpovídá vypočtená hodnota BMI (platí pro dospělé jedince nad 20 let).

Tabulka 1: Klasifikace hmotnosti na základě hodnoty BMI

Klasifikace	BMI	Zdravotní rizika
Podvýživa	< 18,50	Nízká (jiné klinické problémy)
Normální váha	18,50–24,99	Průměrná
Nadváha	25,00– 29,99	Zvýšená
Obezita 1. stupně	30,00–34,99	Mírná
Obezita 2. stupně	35,00–39,99	Vysoká
Obezita 3. stupně	≥40,00	Velmi vysoká

Zdroj: (WHO, 2000)

Kategorie obezita 3. stupně někdy bývá nahrazena termínem morbidní **obezita** (Doleček et al., 2013).

Je potřeba brát v potaz limity BMI, mezi které patří nerozlišování pohlaví (je dáno, že ženy mají větší podíl tukové hmoty – do 30 %, muži do 20 %) a věku (s věkem roste i podíl tuku v organismu). Vypočtené BMI u kulturistů, bodyfitness mužů a žen či vzpěračů nepřičítá vyšší výsledek nárůstu svalové hmoty, nýbrž vyššímu podílu tělesného tuku. Nesmí se také opomíjet rozdíly v poměru tuků u různých etnik (Málková & Málková, 2014). Některé státy a regiony si přizpůsobily hodnoty BMI. Například pro určité země v Asii je tato mezní hodnota 23 namísto 25 (Caballero, 2007).

Vedle stanovení hodnoty BMI existují i další možnosti zjišťování přítomnosti obezity či nadváhy. Jedná se například o měření obvodu pasu (Málková & Málková, 2014). U mužů je při více jak 94 centimetrech, včetně této hodnoty, zvýšené riziko metabolických komplikací. Při obvodu pasu větším než 102 centimetrů se výrazně zvyšuje uvedené riziko. U žen jsou tyto hodnoty stanoveny na 80 centimetrů, včetně, a 88 centimetrů (WHO, 2000). Další možnou metodou je bioelektrická impedance, pomocí níž lze určit tělesné složení a obsah tuku. Obezitu lze stanovit také na základě měření kožních řas nástrojem zvaným kaliper (Souček, 2011). Také by měla být provedena důsledná rodinná anamnéza, která zmapuje rodinnou situaci a výskyt obezity v rodinné historii (Aldhoon Hainerová, 2009).

1.2 Epidemiologie

Tělesná váha a výška se postupně zvyšovaly zejména během 19. století (Caballero, 2007). Američané se se svým životním stylem a stravovacími návyky dostali na vedoucí místa v žebříčku zemí s největším počtem obézních lidí na světě. Bohužel se jejich způsob stravování rozšířil i na ostatní kontinenty (Abelson & Kennedy, 2004). V rozmezí let 1981–1990, 1990–1999, 1999–2008 a 1981–2008 byly sledovány změny v průměrném BMI mužů a žen ve světě. U žen byl nalezen značný rozdíl v každém zkoumaném období, u mužů především v letech 1981–1990 (Bhurosy & Jeewon, 2014).

Na světě se momentálně pohybuje více než 1 miliarda lidí, kteří se potýkají s obezitou. U dospělých osob se jedná o počet 650 miliónů, u dospívajících 340 miliónů a u dětí 39 miliónů. Bohužel čísla nadále rostou (WHO, 2022). The European Association for the Study of Obesity (EASO, Evropská asociace pro studium obezity) uvádí, že v Evropě trpí nadváhou 20 % dětí školního věku, přičemž každé páté dítě je obézní a existuje velká pravděpodobnost, že se u něj rozvinou některé z neinfekčních nemocí (EASO, a). Kromě rizika výskytu různých onemocnění může u lidí trpících obezitou dojít i k předčasnému úmrtí (Aldhoon Hainerová, 2009). Obezita u dětí mnohdy přetrvává až do pozdějšího věku – potýkají se s ní i jako dospělí jedinci, zvláště když byla diagnostikována v pozdějším dětství nebo v době dospívání a jednalo se o těžkou obezitu (WHO, 2000).

Český statistický úřad (2020) zveřejnil výsledky zjišťování životních podmínek v domácnostech, které uvádějí, že v Česku trpělo mírnou nadváhou 47 % mužů a 32 % žen, obezitou pak 21 % mužů a 18 % žen. V roce 2017 bylo průměrné BMI u české populace rovno hodnotě 25,2 (Český statistický úřad, 2018).

Prevalence obezity se stále zvyšuje i u adolescentů (Sigmund et al., 2020). V České republice ohrožuje obezita 6 % a nadváha 15 % dospívajících ve věku 11–15 let. Nárůst obezity je častější u chlapců, nadváha ve větší míře postihuje dívky (Zdravá generace, 2018). Data pochází z výzkumu Zdravá generace, který spadá pod HBSC studii (The Health Behavior in School-aged Children) zahrnující kromě České republiky dalších 47 států. Zaměřuje se na životní styl a chování včetně výskytu obezity u dětí a dospívajících (HBSC, n.d.).

Pro porovnání je v tabulkách 2 a 3 uveden přehled 10 nejvíce obezitou postižených zemí ve světě a v Evropě (Český statistický úřad, 2018; World Population Review, a; World Population Review, b).

Tabulka 2: Přehled 12 celosvětově nejvíce postižených zemí obezitou dle populace

Země	Míra obezity	BMI	Populace (2021)
Nauru	61,0 %	32,5	10 903
Cookovy ostrovy	55,9 %	32,9	17 571
Palau	55,3 %	29,5	18 233
Marshallovy ostrovy	52,9 %	29,6	60 057
Tuvalu	51,6 %	30,8	12 066
Niue	50,0 %	32,4	1 622
Tonga	48,2 %	32,2	107 749
Samoa	47,3 %	32,2	202 239
Kiribati	46,0 %	30,1	123 419
Mikronésie	45,8 %	29,7	117 489
Kuwait	37,9 %	29,6	4 380 326
Spojené státy	36,2 %	28,9	334 805 269

Tabulka 3: Přehled 10 evropských zemí bojujících s obezitou dle populace

Země	Míra obezity	BMI	Populace (2021)
Turecko	32,1 %	27,9	85 561 976
Malta	28,9 %	27,1	444 033
Spojené království	27,8 %	27,1	68 497 907
Maďarsko	26,4 %	27,3	9 606 259
Litva	26,3 %	26,4	2 661 708
Česká republika	26,0 %	25,2	10 736 008
Andorra	25,6 %	26,7	77 463
Irsko	25,3 %	27,5	5 020 199
Bulharsko	25,0 %	26,4	6 844 597
Řecko	24,9 %	27,1	10 316 637

Mezi země s nejmenším počtem obézních lidí patří Indie, Východní Timor a Bangladéš (World Population Review, b). V České republice žije dle World Population review (a) 26 % obézních jedinců. Pro srovnání uvádíme také sousední státy. Na Slovensku

se množství lidí trpících obezitou pohybuje kolem 20,5 %, v Rakousku je to 20,1 %, v Německu 22,3 % a v Polsku 23,1 %.

1.3 Etiologie obezity

Definice, které jsme pro ilustraci zmínili na řádcích výše, naznačovaly, že je obezita způsobená či ovlivněná mnoha faktory. V následující podkapitole poskytneme výčet možných příčin tohoto onemocnění. Tato podkapitola je poměrně obsáhlá. Důvodem je poukázání na multifaktoriální podmíněnost a pestrost příčin obezity. Obézní lidé čelící stigmatizaci vidí jako jednu z cest vedoucí ke změně negativních postojů vůči obezitě větší informovanost veřejnosti o příčinách tohoto onemocnění (Puhl et al., 2017; Puhl, Moss-Racusin et al., 2008). Znalost konkrétní příčiny obezity může následně ovlivnit postoje k obézním lidem či lidem s nadváhou (McClure et al., 2011). Považujeme tedy za důležité čtenářům přiblížit etiologii obezity.

1.3.1 Biologické faktory

Biologické faktory přispívající ke vzniku obezity zahrnují například genetiku, osu mozek–střevo, hormonální vlivy, farmakologické vlivy a vlivy perinatální (Kadouh & Acosta, 2017).

Genetické faktory

Obezitu lze z hlediska genetiky dělit na tři typy – monogenní, syndromickou a polygenní. Vznik monogenní obezity je podmíněn mutací jednoho genu. Jsou tedy vyhledávány tzv. kandidátní geny. Mutace v těchto genech způsobují těžké, poměrně vzácné formy obezity s časným začátkem (Kadouh & Acosta, 2017). Syndromická obezita je spojena s geneticky podmíněnými syndromy, například s Prader-Williho syndromem, Bardet-Biedlovým syndromem, mentální retardací a dalšími (Aldhoon Hainerová, 2009; Kadouh & Acosta, 2017). Polygenní obezita vzniká na základě interakce genových variant s prostředím. Nedochozí k dědění samotné nemoci, spíše se hovoří o dědění náchylnosti k nemoci (Aldhoon Hainerová, 2010). Identifikací genových variant, které jsou spojeny s častějším výskytem obezity, se zabývají celogenomové asociační studie a studie sekvenování exomů/genomů (Schwartz et al., 2017).

V organismu existuje tzv. úsporný gen (ang. *thrifty gene*), který se podílí na zpracování vyššího množství energie. Na základě hypotézy o úsporném genu se

předpokládá, že různá onemocnění, včetně obezity v dospělosti, vznikají v důsledku adaptace plodu v těle matky na nedostatek potravy během nitroděložního života. To znamená, že plod přizpůsobuje svůj růst a metabolismus očekávání, že nedostatkem potravy bude trpět i nadále – postnatálně. Tato adaptace je vhodná v prenatálním období, jelikož dochází k transportu dostupných živin předně do životně důležitých orgánů. V postnatálním období jsou také zřetelné jisté výhody, a to v podobě zvýšené schopnosti ukládat tuk, jenž se poté využije v době nedostatku přísunu potravy. Jestliže ale žijeme v době dostatku či přebytku potravy, ztrácí tuto funkci a tuk pouze ukládá (Kopelman, 2000). V letech 1944–1945 postihnul Nizozemí hladomor. U 300 000 devatenáctiletých mužů bylo poté zkoumáno, jaký vliv měl nedostatek potravy v prenatálním či postnatálním stadiu na jejich možný budoucí výskyt obezity. Ukázalo se, že u těch jedinců, již byli hladomoru vystaveni během prvních dvou trimestrů, byla zaznamenána častější četnost obezity. Oproti tomu u jedinců, kteří hladomor zažili krátce po narození nebo během třetího trimestru, byla míra obezity signifikantně nižší (Ravelli et al., 1976). Pohledy na přítomnost úsporného genu se ovšem rozcházejí. V nedávné minulosti byly provedeny výzkumy, které hypotézu úsporného genu podpořily. Jedná se například o studii mezi Samoany, u nichž byly nalezeny úsporné varianty genu (Minster et al., 2016). Na druhou stranu některé studie důkazy o této hypotéze nenašly (Wang & Speakman, 2016). Kritika hypotézy o úsporném genu často míří na její zjednodušení a neschopnost vyjádřit komplexnost genetické predispozice (Qasim et al., 2017).

Osa mozek–střevo

Osa mozek–střevo funguje jako řídicí systém energetické homeostázy, kde interagují periferní a centrální systémy. Výsledkem je stav, v němž je energie neustále k dispozici organismu. Tato osa v souvislosti s energetickým stavem, podněty z vnějšího prostředí, chováním a dalšími potřebami organismu ovlivňuje vnímání hladu a sytosti. V mozku zastává v této souvislosti podstatnou roli především hypothalamus jakožto centrum hladu a sytosti. Mnoho střevních hormonů má důležitou úlohu v rámci koordinace trávicích procesů v gastrointestinálním traktu. Díky svým endokrinním účinkům působí také na mozek. Mezi tyto střevní hormony patří například cholecystokinin, ghrelin, peptid YY, pankreatický polypeptid, glukagon, amylin a další (Hussain & Bloom, 2013; Pařízková & Lisá, 2007).

Hormonální vlivy

Významným hormonem produkovaným tukovou tkání je rovněž leptin, jehož hlavní role spočívá v navozování pocitu sytosti (Svačina & Bretšnajdrová, 2008). Leptin má vliv na hypothalamus. V centrálním nervovém systému podává informaci o stavu výživy organismu. V hypothalamu aktivuje určité neurony, které způsobí snížení příjmu potravy, a naopak zvýšení energetického výdeje (Pařízková & Lisá, 2007). Obezita ve většině případů nevzniká kvůli nedostatku leptinu. Obecně mají obézní lidé koncentraci leptinu v krvi zvýšenou. Možnou příčinou obezity může být rezistence na tento hormon (tzv. leptinová rezistence), jejímž důsledkem se lidé cítí méně nasycení (Hainer, 2011; Schwartz et al., 2017). V některých případech se opravdu může stát, že člověk podlehne svým choutkám a přijímá více potravy, ať už z mlsnosti nebo z nudy či kvůli jiným podnětům. Důvod vzniku obezity však lze shledat také v nesprávné funkci signálů pocitu chutě k jídlu, hladu a pocitu sytosti (Doleček et al., 2013).

Farmakologické vlivy

Přibývání na váze a následný vznik obezity mohou podporovat některé léky. Jedná se například o léky ze skupiny antipsychotik, tricyklických antidepresiv či antidepresiv ze skupiny SSRI, antiepileptik nebo antihistaminik (Park, 2019). V minulosti podmiňovala přibírání na váze antikoncepce a hormonální léčba, dnešní nové formy však většinou neobsahují látky, které by vedly k obezitě (Svačina & Bretšnajdrová, 2008). Při indikaci léků u obézních pacientů se musí brát v potaz jejich tělesná hmotnost (Souček, 2011).

Perinatální vlivy

Určité riziko komplikací se může vyskytnout v případě těhotenství obézní ženy či ženy s nadváhou. Jedná se jak o předporodní obtíže, tak obtíže poporodní a fetální. U obézních matek se během těhotenství častěji vyskytuje těhotenská cukrovka, preeklampsie, indukce porodu, císařský řez, porodní asfyxie či přijetí novorozence na jednotku intenzivní péče (Ajmani et al., 2021). Obezita matky může ovlivnit vývoj embrya a v konečném důsledku způsobit defekty či různé abnormality. Typické je poškození nervové trubice, srdce či výskyt pupečnickové kýly. Hrozí nebezpečí přehlédnutí strukturálních zvláštností při ultrazvukovém vyšetření z důvodu množství nahromaděného tuku u matky. Další komplikace spočívají ve vysoké porodní váze dítěte či potížích při porodu, kdy se často volí varianta císařského řezu. S obezitou u matek bývá také spojována smrt plodu (Ramachenderan et al., 2008). Nohr et al. (2005) provedli v Dánsku rozsáhlou prospektivní kohortovou studii zaměřenou

na vztah mezi obezitou v době před těhotenstvím a rizikem smrti plodu. Byla zohledněna délka těhotenství od početí (gestační věk), hmotnostní přírůstek během těhotenství a nemoci matky během těhotenství. Autoři se zaměřili na smrt plodu (ať už se jednalo o spontánní potrat či narození mrtvého dítěte) způsobené potížemi s placentou, které, jak se ukázalo, skutečně mohou být příčinou smrti plodu. U žen s obezitou a nadváhou bylo od 14. gestačního týdne vyzorováno statisticky významné zvýšení rizika úmrtí plodu v závislosti na gestačním věku, přičemž největší riziko narození mrtvého plodu hrozilo po 40. týdnu. Přírůstek na váze během těhotenství nebyl spojen se smrtí plodu u žádné ze skupin BMI.

Dalším rizikový faktorem vzniku obezity jsou infekční onemocnění v době těhotenství matky. Tyto infekce mohou způsobit změny v buňkách, metabolické přeprogramování a v konečném důsledku zapříčinit rozvoj obezity u potomka (Fernandez-Twinn et al., 2019). Jako škodlivý se jeví také prenatálně zažívaný stres, který se může podílet na vzniku nadváhy nebo obezity potomka (Lamichhane et al., 2019).

Existuje také vztah mezi obezitou či nadváhou u obou rodičů kolem doby početí a výskytem obezity nebo nadváhy u potomka v dětství a v pozdějším věku. Záměrně je zde zmíněna nejen matka, ale také otec, jelikož novější data poukazují na přispívání otce k zdravotnímu vývoji svých dětí (Hieronimus & Ensenauer, 2021).

1.3.2 Environmentální faktory

Obecně zde můžeme hovořit o tzv. obezitogenním prostředí. Tímto pojmem se označuje prostředí, které svým charakterem podporuje rozvoj obezity. Opačný efekt má tzv. leptogenní prostředí, které brání vzniku tohoto onemocnění (Souček, 2011). Aby nedocházelo k akumulování tuku, je nutná rovnováha mezi příjmem a výdejem energie. Platí jednoduchý vzorec:

$$\text{Změny v zásobách energie} = \text{energetický příjem} - \text{energetický výdej}$$

Z tohoto vztahu logicky vyplývá, že pokud příjem převyšuje výdej energie (hovoříme o pozitivní energetické bilanci), dochází ke zvýšení energie v těle a narůstání tělesné váhy. V opačném případě, tedy pokud je příjem menší než výdej energie (záporná energetická bilance), zásoby energie těla i hmotnost klesají (WHO, 2000). Tělo získává energii prostřednictvím příjmu živin, které obsahují kalorie. Příkladem jsou bílkoviny, sacharidy, tuky či alkohol (Kadouh & Acosta, 2017).

Přebytek potravin

Současné prostředí lidí v podstatě vybízí k tomu, aby konzumovali větší množství potravin, než by potřebovali. Děje se tak skrze několik mechanismů, včetně umělého vytváření pocitu hladu způsobeného obklopením velkého množství jídla a reklam na jídlo či různých podprahových podnětů. Z tohoto důvodu může být o něco náročnější dlouhodobé kontrolování příjmu potravy (Cohen, 2008).

Pro lidi jsou často atraktivní nízké ceny potravin. U mnoha z nich lze ovšem tvrdit, že nízká cena odpovídá nízké kvalitě. Tyto potraviny obsahují spoustu kalorií, jednoduchých sacharidů a tuků (Aldhoon Hainerová, 2009). Právě tuk je nejvýznamnějším nutričním faktorem, který se podílí na přírůstku váhy a následném možném vzniku obezity. Tučné pokrmy se staly mezi lidmi oblíbené, vyznačují se však nízkou sytivostí – k pocitu nasycení jich potřebuje lidský organismus přijmout větší množství na rozdíl například od bílkovin (Kunešová, 2016). Ke zlepšení stravování rozhodně nepřispívají ani fastfoodové řetězce. Důvodem návštěv těchto nezdravých restaurací může být dnešní uhoněná doba či lenost (Aldhoon Hainerová, 2009).

Zastavěné prostředí a pohybová aktivita

Výdej energie se snižuje mimo jiné v souvislosti s poklesem fyzické aktivity. V minulosti byli lidé více fyzicky aktivní, čemuž pomáhalo například starání se o svá hospodářství. Dnes je v tomto směru mnohem jednodušší doba, která ovšem lidi o tolik nutný pohyb okrádá. Pohodlně cestují autem, téměř vše si vyřídí přes počítač, častěji pracují v sedavých zaměstnáních s minimálním pohybem (Owen, 2012).

Americké ministerstvo zdravotnictví a lidských služeb doporučuje dospělým jedincům vykonávat minimálně 2 a půl hodiny pohybu mírné intenzity za týden nebo minimálně 1 hodinu a čtvrt intenzivní aerobní aktivity za týden (U.S. Department of Health & Human Services, 2019). V roce 2019 se v České republice pravidelnému sportu, fitness nebo rekreační pohybové aktivitě věnovalo 38,4 % mužů a 33,1 % žen (Český statistický úřad, 2020).

Rubín (2018) se zabýval tématem pohybové aktivity v kontextu zastavěného prostředí u českých adolescentů. Ukázalo se, že největší část dne stráví dospívající sedavým chováním, které tvořilo 59,9 %. Nebyl přitom nalezen signifikantní rozdíl mezi sedavým chováním během všedních dnů a víkendem. Jen 8,7 % adolescentů vykazovalo v každém ze 7 dnů v týdnu pohybovou aktivitu 60 minut a více. Téměř 10 % dospívajících pak

vypovědělo, že tohoto počtu minut fyzické aktivity nedosahuje ani v jednom dni. Ve většině dnů (4 dny a více) splňovalo tuto podmínku přes 40 % adolescentů.

Lamová et al. (2021) poskytli přehled systematických přehledů zaměřených na hledání souvislostí mezi zastavěným prostředím a výskytem obezity či nadváhy. Byly objeveny určité rozdíly mezi rozšířením vyšší tělesné hmotnosti u lidí žijících na venkově a ve městě, přičemž směr asociací byl poměrně nesourodý. Závěry některých studií poukazují na vyšší hodnoty BMI u lidí v urbanizovaných oblastech.

Stigmatizace na základě hmotnosti

Jacksonová a Steptoe (2017) realizovali v Anglii studii na velkém populačním vzorku ve středním věku a starší dospělosti, která zjišťovala souvislost mezi zažitou diskriminací na základě váhy a fyzickou aktivitou. U diskriminovaných respondentů byla bezmála o 60 % vyšší pravděpodobnost, že nejsou příliš pohybově aktivní. Nižší pravděpodobnost byla také zpozorována u středně intenzivního nebo intenzivního pohybu minimálně jednou za týden, konkrétně šlo o 30 %. Překážkou ve větším zapojení se do pohybové aktivity mohou být také internalizované předsudky vůči obezitě (Mensinger & Meadows, 2017). Výsledky studie Mensingerové a Meadowsové (2017) ukázaly, že program zdravého životního stylu měl pozitivní vliv v rámci středně intenzivní pohybové aktivity především na ženy s vyšší tělesnou hmotností, ovšem s nižší mírou zvnitřněných předsudků vůči obezitě.

Studie Jacksona et al. (2014) dokládá, že výsměchy mířené na obézní osoby nevedou k jejich přesvědčení, že by měli zhubnout. Naopak u diskriminovaných obézních osob dochází ke zvýšené konzumaci kalorií (Carr & Friedman, 2005; Major et al., 2014) a polotovarů (Sutin et al., 2016).

Socioekonomické faktory

Německá studie Kuntze a Lamperta (2010) odhalila, že obezita postihuje především ženy s nižším vzděláním, nižším profesním statusem a nižším příjmem. U mužů nebyla souvislost prevalence obezity a příjmu tolik zřetelná. Tyto poznatky potvrzuje finská studie Sarlio-Lähteenkorvové et al. (2004), jejíž výsledky ukazují, že vzdělanější ženy a muži obvykle netrpí obezitou. Na druhou stranu mezi manuálními dělnicemi, nikoli dělníky, byl výskyt tohoto onemocnění poměrně běžný.

Systematický přehled a metaanalýza výzkumů z průběhu let 1990-2015 autorů Newtonové et al. (2017) informuje o vyšší pravděpodobnosti, že u žen s nižším socioekonomickým statusem během života budou identifikovány vyšší hodnoty BMI. U mužského pohlaví však podobná signifikantní diference nebyla nalezena. Je nutno podotknout, že tyto více méně konzistentní výsledky byly vysledovány zejména v rozvinutých státech. O situaci v rozvojových zemích existuje jen malé množství informací.

Kim a Knesebeck (2018) se zaměřili na možný opačný směr kauzality, který tvrdí, že příčinu nižšího příjmu lze vidět v obezitě. Tento jev je spojený se zažívanou diskriminací a stigmatizací v pracovní oblasti, v důsledku čehož lidé trpící obezitou přechází na hůře placená pracovní místa. Autoři skutečně našli důkazy o obrácené kauzalitě.

Ve Spojených státech amerických zkoumali Ogden et al. (2018) výskyt obezity mezi mládeží na základě příjmu domácnosti a nejvyšší dosažené úrovně vzdělání dominantního rodiče. Mezi lety 2011–2014 byla největší četnost obezity zaznamenaná u dětí a dospívajících (2–19 let) v rodině se středním příjmem (19,9 %), dále u skupiny s nízkým příjmem (18,9 %) a nejméně se obezita vyskytovala u skupiny s vysokým příjmem (10,9 %). V případě středního či základního vzdělání hlavního člena domácnosti trpělo obezitou 21,6 % osob. V rodinách s absolventem vysoké školy v čele rodiny klesly problémy s obezitou na 9,6 %.

1.3.3 Behaviorální faktory

Životní styl jedince může mít zásadní podíl na přibírání na váze. Akcentuje a podporuje faktory biologické a environmentální, jejichž souhra poté ústí do vzniku obezity. Faktory prostředí například zdůrazní jedinec rozhodnutím využití hojnosti potravin a jejich snadné dostupnosti. Z toho vyplývá, že vliv obezitogenního prostředí je bezesporný, člověk však sám určí, do jaké míry nechá tyto faktory působit. Už výše byly v rámci zastavěného prostředí zmíněny příčiny obezity ve snížené fyzické aktivitě. Prevalence obezity je vedle toho dána také nedostatečným spánkem, špatnými stravovacími návyky či odvykáním kouření (Kadouh & Acosta, 2017).

Stravovací návyky

Nezdravé stravovací návyky bezpochyby přispívají k nárůstu tělesné hmotnosti. Jedná se o zvýšenou konzumaci jídel z rychlého občerstvení, sladkých nápojů, alkoholických nápojů či průmyslově zpracovaných potravin (NHS, 2019). Souvislost mezi vyšší konzumací

ultrazpracovaných potravin a obezitou potvrdila například studie Rauberové et al. (2020). U reprezentativního vzorku dospělé populace UK bylo zjištěno, že zvýšení konzumace tohoto druhu potravin o 10 % znamenalo 18% nárůst obezity u mužů a 17% nárůst obezity u žen. Špatné stravovací zvyklosti zahrnují též jezení velkých porcí jídla či jezení sloužící k zahánění smutku nebo špatné nálady. Je potřeba mít na paměti, že děti přebírají jídelní vzorce od svých rodičů, tudíž je podstatné, aby se rodiče vyvarovali špatných stravovacích zvyklostí (NHS, 2019).

Na rozvoji obezity v pozdějším věku se může podílet strava po narození dítěte. Zvýšeným rizikem vývoje tohoto onemocnění jsou ohroženy kojené děti, u kterých byl zaznamenán rychlý přírůstek tělesné hmotnosti v kojeneckém období. Ukázalo se, že u kojenců, kteří byli kojeni po dobu 4–6 měsíců nebo jejich následná strava obsahovala jen nízké množství bílkovin, byl růst v prvních 2–3 letech pomalejší oproti kojencům, kteří měli dostatečný přísun bílkovin. V 5–6 letech byly těmto dětem naměřeny nižší hodnoty BMI a méně častý výskyt obezity. Konzumace potravy bohaté na bílkoviny během prvních 2 let života byla spojena s vyššími hodnotami BMI ve věku 9 let a v dospělosti (Haschke et al., 2019).

Přibývání na váze bývá způsobeno také syndromem nočního přejídání. V rámci jeho identifikování je zapotřebí zmapovat stravovací vzorce ve večerních a nočních hodinách. Vedle syndromu nočního přejídání se objevuje další porucha – záchvatovité přejídání, při němž dochází ke ztrátě kontroly nad konzumací potravin a ke spotřebě velkého množství jídla (McCuen-Wurst et al., 2017).

Na druhou stranu dnešní doba nabízí spoustu rozmanitých stravovacích směrů od vegetariánství, veganství, přes syrovou stravu (raw food), paleo stravu po makrobiotiku a další (Slimáková, 2018). Aktuální je také užívání tzv. Nutri-Score neboli nutričního hodnocení, které využívá 5písmenkové kódy od A po E. Každé písmeno je jinak barevné, od zelené do červené. Na základě tohoto skóru lze na první pohled rozlišit, který produkt je co do složení zdravější (Státní zdravotní ústav, n.d.).

Závislost na jídle

Další možnou příčinou obezity či nadváhy může být závislost na jídle. Tučné, sladké a slané potraviny v sobě nesou návykový potenciál (Lerma-Cabrera et al., 2016). Jedná se chování, při němž jsou v množství přesahujícím homeostatické energetické potřeby organismu konzumovány potraviny s vysokým obsahem soli, tuku a cukru (Kalon et al., 2016). Stejně

jako u závislosti na jiných látkách i u jídla lze shledat obdobné vzorce chování, jako je bažení, odvykání, ztráta kontroly či pokračování navzdory přetrvávajícím negativním důsledkům (Lerma-Cabrera et al., 2016).

Jestliže je potrava konzumována přes absenci pocitu hladu, bez usměrňování metabolickou zpětnou vazbou a při spojení s emočními faktory a odměnou, lze hovořit o hédonickém stravování. Při něm se uplatňují určité mozkové části včetně dopaminergních drah, které souvisí se systémem odměny, amygdaly, hipokampu podílejícím se na učení, přední inzulý, jejíž funkce spočívá ve smyslovém rozhodování, a orbitofrontální kůry spojené s rozhodováním či výkonnou kontrolou, souhrnně nazvané jako kortiko-limbické oblasti. Vysvětlení velkého nárůstu počtů případů obezity (nebo alespoň jejich část) by mohla přinést hypotéza o interakci mezi výše popsaným hédonickým systémem a systémem, který usiluje o homeostázu, za současného vlivu obezitogenního prostředí. Homeostatický systém je tvořen především hypotalamem, který reguluje příjem a výdej potravy. Aby došlo k udržení stability tělesné hmotnosti, je zapotřebí dlouhodobě přesná energetická bilance. Na základě těchto poznatků byla vytvořena hypotéza o tzv. set pointu regulace tělesné hmotnosti, u něž se uplatňuje aktivní zpětná vazba. Tento jev lze shledat například tehdy, když dojde k neurohormonálním změnám po snížení hmotnosti. Kvůli obezitogennímu prostředí (levné jídlo, výživově chudé potraviny) dochází k odbourávání kognitivních zábran, jsou narušeny homeostatické mechanismy a v konečném důsledku se objevuje nárůst hmotnosti. Vyšší příjem jídla je poté udržován právě na základě zvýšení onoho set pointu (Lee & Dixon, 2017).

Spánek

Špatné spánkové návyky nejsou v dnešním světě výjimkou. Objevují se u dospělých, nevyhýbají se jim však ani děti. Ukazuje se, že by nedostatečně dlouhý spánek mohl zvyšovat riziko obezity. Na druhou stranu se může jednat i o opačný vztah. Obezita obnáší řadu obtíží, včetně narušení spánku jako důsledku spánkové apnoe (Ogilvie & Patel, 2017).

Některé výzkumy zjistily, že také dlouhá doba spánku může vést k rozvoji obezity skrze zhoršený metabolismus organismu, k němuž dochází v důsledku delšího spaní. Mechanismy tohoto jevu mohou spočívat například v poruchách spánku, na které si lidé s dlouhým spánkem stěžují a které mohou způsobit narůstání hmotnosti. Dalším možným vysvětlením souvislosti mezi delším spánkem a přibýváním na váze je sedavé chování a špatné stravování, taktéž často vysledované u lidí s dlouhým spánkem, s nimiž se pojí

citlivost na inzulín a nárůst hmotnosti. V neposlední řadě může kvůli dlouhé době spánku a jeho opožděnému nástupu dojít k narušení synchronizace mezi vnějšími a vnitřními časovými signály. Hodiny v tukové tkáni či kosterním svalstvu a hodiny v mozku nefungují synchronizovaně, což podporuje vznik obezity (Tan et al., 2018).

1.4 Důsledky obezity

Obezita nepochybně zasahuje do všech oblastí lidského života. Samotný život dokonce může také zkrátit. Bylo zjištěno, že se lidé s vyšším BMI dožívají nižšího věku (Vítek, 2008). Důsledky obezity lze zjistit z tzv. ztracených let života. Jedná se o hodnoty vyjadřující rozdíl mezi délkou života, u které se předpokládá, že se jí dožijí jedinci v různých kategoriích BMI (Kunešová et al., 2011).

Dopad obezity na fyzické zdraví je dalekosáhlý. Toto onemocnění se může podílet na vzniku mnoha dalších nemocí, přičemž důsledky dosahují různé závažnosti. V první řadě je obezita nepochybně spojena s cukrovkou 2. typu (diabetes mellitus), která spadá do metabolických poruch. Do skupiny metabolických komplikací se dále řadí rezistence na inzulín nebo zvýšená hladina krevních lipidů (Hainer, 2011). Byla také popsána souvislost obezity s kardiovaskulárními nemocemi – ischemickou poruchou srdeční, poruchou srdečního rytmu či onemocněním cév, které vyživují a zásobují mozek, což v konečném důsledku může vést k mozkové mrtvici (Vítek, 2008). U obézních osob není výjimkou výskyt hypertenze. Objevuje se tzv. metabolický syndrom, při němž lidé trpí abdominální obezitou, dochází ke zvýšení krevního tlaku, snížení HDL cholesterolu, zvýšení triglyceridů, necitlivosti na inzulín a zvyšování hodnot glykémie, která vyúsťuje v cukrovku 2. typu (Svačina & Bretšnajdrová, 2008).

Otylost negativně působí na žaludek, žlučník a játra, následkem čehož mají obézní lidé s jmenovanými orgány problémy (Vítek, 2008). U mužů trpících obezitou je zaznamenán vyšší výskyt zhoubného nádoru tlustého střeva a prostaty. Obézní ženy se častěji potýkají s nádory děložního hrdla, pochvy, vaječníků či vejcovodů (Svačina & Bretšnajdrová, 2008) a prožívají obtíže během těhotenství a při porodu. Mimo jiné dochází k narušení pravidelnosti menstruačního cyklu (Hainer, 2011).

Mezi další komorbidity obezity patří respirační potíže (například syndrom spánkové apnoe), endokrinní poruchy (například snížená sekrece růstového hormonu,

hyperandrogenní syndrom u žen, hypogonadismus u mužů) či kožní problémy (ekzémy, celulitida, hypertrichóza) (Souček, 2011).

Kombinace pandemie obezity a pandemie COVID-19 může být pro člověka velkou komplikací a příčinou závažných potíží. Osoby s obezitou 2. a 3. stupně zažívají závažný průběh onemocnění COVID-19, který je často řešen napojením na plicní ventilátor na JIP odděleních. Komplikovaný průběh nastává v důsledku vyšších kardiometabolických rizik, respiračních problémů či chronického zánětu. Jako nutnost se jeví vytvoření příslušné intervence soustředící se na zdravý životní styl v době restrikcí vyvolaných koronavirovou situací (Hainer et al., 2020).

Obezita nezpůsobuje potíže jen ve fyzické rovině. Její důsledky zasahují i oblast psychosociální. Jedinci s vyšší tělesnou hmotností se setkávají s posměchem, s předsudky vůči obezitě, se stereotypy, diskriminací a stigmatizací na základě hmotnosti, která může vést mimo jiné vést k pocitům osamělosti (Jung & Luck-Sikorski, 2019; Pearl, 2018; Puhl et al., 2018; Puhl et al., 2021). Jelikož zmíněná problematika tvoří ústřední téma této práce, je podrobněji rozebrána v následujících kapitolách.

1.5 Prevence

Obezitě lze předejít, je ale nutné, aby byli lidé ochotní změnit svůj styl chování a žili zdravějším způsobem. Obecně se prevence obezity soustředí na prvky životního prostředí, které se podílejí na rostoucí hmotnosti u obyvatelstva. V jejich středu zájmu jsou jedinci nebo skupiny osob, kterých se daná problematika přímo týká nebo jim hrozí velké riziko vzniku této nemoci (WHO, 2000).

Existuje několik organizací, které si kladou za cíl prevenci nadváhy a obezity. Jmenovat lze například již zmíněnou asociaci EASO, jejíž cílem je vytvořit v Evropě síť expertů v oblasti veřejného zdraví a následně zapojit tyto odborníky do různých evropských institucí včetně Evropské Unie, úřadu Světové zdravotnické organizace pro Evropu či Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj. Povolání odborníci vzdělávají veřejnost o zdraví prostřednictvím e-learningů nebo formou kurzů. Snaží se poskytovat informace týkající se obezity a veřejného zdraví a v neposlední řadě chtějí podporovat výzkum obezity v Evropě (EASO, b). Obezitu dále sleduje WHO, jejíž klíčové strategie jsou rozděleny do 4 oblastí – prevence hmotnostního přírůstku, podpora udržování hmotnosti, řízení komorbidit obezity a podpora hubnutí (WHO, 2000). Dalšími institucemi, které upozorňují na tuto

nemoc a provádí prevenci, jsou World Obesity Federation, International Obesity Task Force, Obesity Action Coalition, Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj, Mezinárodní asociace pro studium obezity nebo Evropská skupina pro dětskou obezitu.

V České republice působí Česká obezitologická společnost STOB (Stop obezitě), která se zaměřuje na změnu špatných stravovacích a pohybových návyků prostřednictvím metod vycházejících z kognitivně-behaviorální psychoterapie. Nepředepisují drastické diety, ale pracují s lidským myšlením, emocemi a chováním. Nabízejí rozmanité kurzy, semináře, workshopy a školení pro laiky i odborníky (STOB, n.d.).

Konkrétní kroky prevence

Mezi kroky vedoucí k prevenci obezity patří zlepšení znalostí a dovedností komunity za využití médií, rozmanitých programů, tréninků a komunitních projektů. Ovšem samotná WHO si je vědoma faktu, že tento způsob nemusí být zcela efektivní. Daleko účinnější se podle WHO jeví strategie zaměřená přímo na obezitogenní prostředí – jinými slovy snížení vystavení jedinců tomuto nezdravému stylu života vedoucího ke vzniku obezity. K tomuto cíli slouží zařazení vícero pohybových aktivit do programu dne a zlepšení kvality stravy. WHO se kromě povzbuzování k častějšímu cvičení snaží o celkovou změnu prostředí, která by nenásilnou formou zvyšovala a udržovala denní aktivity nenáročné na fyzickou sílu. Těmito činnostmi jsou myšleny například procházky se psem, zahradničení, využívání pěších zón a upřednostňování práce ve stoje spíše než v sedě. Je dokázáno, že u dětí zvyklých na pohyb v raném věku přetrvává tento stav i v dospělosti. Nemusí se přitom vyloženě jednat o sport jako takový (WHO, 2000). Puhlová a Heuerová (2010) navrhuje zahrnutí informací proti stigmatizaci na základě hmotnosti do kampaní věnujících se prevenci obezity.

Při prevenci dětské obezity se jeví velmi podstatným zapojení celé rodiny. Dítě bere své rodiče jako vzor a přebírá od nich jejich životní styl. Důležité je správné poučení rodičů o dětské výživě. Děti následují své rodiče také v oblasti pohybové aktivity (Marinov et al., 2011). Kromě rodiny se dítě stýká se svými kamarády a spolužáky, proto k osvětě musí docházet také ve škole, v různých komunitách a ve společnosti celkově, jelikož je vůle dítěte poměrně poddajná a snadněji podlehe vlivu okolí (EASO, a). Pozornosti by neměly unikat ani média, billboardy a jiné typy reklam prezentující pokrmy, které lze jen těžko zařadit do kategorie zdravá strava. Velmi často v nich dochází k propagaci jídla a sladkých nápojů, jejichž koneční spotřebitelé jsou děti a mladiství. V několika zemích byly zavedeny zákazy či omezení na tento druh reklam běžících v televizi a v rádiu (například v Chile, na Islandu,

v Irsku). Země jako Polsko, Španělsko nebo Turecko rozšířily tyto zákazy do škol a Austrálie i do veřejné dopravy. V Dánsku byl v roce 2008 zaveden zákaz propagování výrobků obsahujících velké množství cukru, tuku a soli jak v televizi a na internetu, tak v tištěných prostředcích komunikace. V Lotyšsku platí od roku 2016 zákaz prodeje energetických nápojů dětem do 18 let, které se nesmí objevit ani během televizního programu pro děti do 18 let (OECD, 2017). V roce 2016 vyšla v platnost tzv. pamlsková vyhláška neboli *Vyhláška o požadavcích na potraviny, pro které je přípustná reklama a které lze nabízet k prodeji a prodávat ve školách a školských zařízeních* (č. 282/2016 Sb.). Od září 2018 platí novela této vyhlášky, která snížila požadavky na zákaz prodeje nezdravého jídla na školách (MŠMT, n.d.).

2 STIGMATIZACE NA ZÁKLADĚ VÁHY

Jak již bylo zmíněno, tato kapitola navazuje na předešlou kapitolu, v níž bylo otevřeno téma psychosociálních důsledků obezity. Na tomto místě budou uvedeny základní definice negativních sociálních jevů, které se objevují v souvislosti s obezitou či nadváhou. Pozornost bude zaměřena zejména na stigmatizaci na základě hmotnosti, její četnost, rozdíly ve zkušenostech mezi pohlavím, věkem a kategoriemi BMI, oblasti výskytu, zdroje stigmatizace a nástroje, které by mohly být užity v prevenci tohoto jevu.

2.1. Postoje k obezitě

Napříč celou kapitolou, potažmo celou prací, budou zmiňovány pojmy předsudky, stereotypy, diskriminace a stigmatizace. Považujeme tedy za účelné je nejprve řádně představit.

Klasickou definici předsudku zformuloval Gorgon Allport. Ta říká, že předsudek je „odmítavý až nepřátelský postoj vůči člověku, který patří do určité skupiny, jen proto, že do této skupiny patří, a má se tudíž za to, že má nežádoucí vlastnosti připisované této skupině“ (Allport, 2004, s. 38). Na obézní jedince či jedince s nadváhou se nezřídka kdy nahlíží jako na líné, bez vůle, se špatnou sebekontrolou, neaktivní, slabé, nejisté a s nízkým sebevědomím (Kim et al., 2019). Objevuje se přesvědčení, že nedodrží lékařskou léčbu a že jsou zodpovědní za svou vyšší tělesnou hmotnost (Puhl & Heuer, 2009).

Stereotypy Stangor (2009, s. 2) definuje jako „rysy, které považujeme za charakteristické pro sociální skupiny či členy těchto skupin, zejména pak ty rysy, které odlišují skupiny od sebe navzájem“. Ačkoli se lze setkat i s pozitivními stereotypy, převažují především ty negativní (Stangor, 2009). Lidé je přejímají z médií a literatury, inspirují se vrstevníky či rodiči. Každý jednotlivec si je může upravit k obrazu svému, nicméně většinou se na daných stereotypech shodne celá skupina. Od Allportovy definice se novější liší domněnkou, že všechny stereotypy nemusí být nutně chybné. Stereotypy si lidé utváří na základě pozorování sociálního světa, proto nemůže být vyloučena možnost, že některé z nich obsahují alespoň zrno pravdy. Stereotypy mohou popisovat charakteristiky členů skupiny, o nichž lidé věří, že je členové skupiny mají (popisné stereotypy), nebo které by měli mít (předepisující) (Kite & Whitley, 2016).

Pojem diskriminace dle Corrella et al. (2010, s. 46) znamená „chování směřující k členům skupiny, které je důsledkem jejich výsledků a které je k nim mířeno nikoli z důvodů zvláštního zasloužení nebo reciprocity, ale jen proto, že jsou členy dané skupiny“. V rámci tématu obezity se užívá významově užší termín, tzv. weight discrimination, tedy diskriminace na základě váhy. Toto chování zahrnuje „jakékoli omezování individuálních práv, pracovních nebo akademických příležitostí u jedinců s nadváhou či obezitou“ („Weight discrimination“, n.d.). Jedinci s vyšší tělesnou hmotností se potýkají s vyhrožováním, urážením nebo posmíváním se kvůli váze (Potter et al., 2020). Mnozí diskriminující lidé zastávají názor, že mají obézní jedinci vlastní podíl na jejich hmotnosti, a své diskriminační chování si tímto ospravedlňují (Puhl & Heuer, 2010).

Známa a používaná Goffmanova definice stigmatu (1986, s. 3) jej popisuje jako „atribut, který je hluboce diskreditující“. Společnost, která se neodchyluje od očekávání, je Goffmanem považována za normální. Tito „normální“ lidé pak uplatňují různé formy diskriminace, čímž snižují životní šance odlišného jedince. Stigmatizací se označuje přisouzení negativních skupinových nebo společenských znaků nebo vlastností nějaké osobě (Jandourek, 2009). V kontextu obezity či nadváhy hovoříme o tzv. weight stigma neboli stigmatizaci na základě váhy. Tomiyamaová (2014, s. 8) ji definuje jako „sociální devalvací a hanobení lidí s nadváhou či obezitou, která vede k předsudkům, negativním stereotypům a diskriminaci těchto lidí.“ Je doprovázena řadou emocí. V důsledku této zkušenosti nastávají změny v několika rovinách zahrnující kognitivní, biochemické, fyziologické a behaviorální oblasti (Tomiyama, 2014). Někteří autoři řadí mezi formy hmotnostního stigmatu posmívání se, škádlení, šikanu, vyhýbání se lidem, nespravedlivé zacházení a diskriminaci (Pearl, 2018; Puhl et al., 2021).

Rozšířeným pojmem se stalo weight bias, který lze do češtiny přeložit jako zaujatost vůči nadměrné hmotnosti. Jedná se o velice častý druh diskriminace, který s sebou nese pestrou paletu nepříznivých vlivů a který přispívá ke stigmatizaci obézních lidí. (Pearl, 2018).

Jestliže jedinci zvnitřní negativní stereotypy spojované s jejich hmotností a sami zneváží vlastní hodnotu na základě své tělesné váhy, hovoříme o tzv. weight bias internalization (WBI), někdy též self-directed weight stigma (Durso & Latner, 2008).

S tématem stigmatizace na základě váhy se dále pojí pojem „phantom fat“ jakožto možný důsledek zažité stigmatizace. Dříve obézní člověk se i přes markantní zhubnutí stále

vnímá jako obézni (Mazurkiewicz et al., 2021) a body shaming a fat shaming. Body shaming oxfordský slovník definuje jako „mít poznámky vztahující se k tvaru nebo velikosti těla člověka“ („Body shaming“, n.d.). Lidé, kteří body shaming prožívají, mají na své tělo negativní náhled. Tento postoj vede například k zahalování a skrývání své postavy (Schooler et al., 2005). Užší termín fat shaming znamená „kritizování někoho za jeho tloušťku a upozorňování na ni, aby se cítil trapně nebo zahanbeně“ („Fat shaming“, n.d.).

V anglickém jazyce existuje několik dalších výrazů popisujících zaujatost, stigmatizaci, předsudky a diskriminaci obézních lidí. V literatuře se používají, kromě výše zmíněných, pojmy sizeism (Chrisler & Barney, 2016), antifat attitudes (Crandall, 1994) či anti-fat bias (Fontana et al., 2016). Užívá se též pojem fat phobia znamenající „patologický strach z tloušťky, jenž se projevuje jako negativní postoj vůči obézním osobám“ (Robinson et al., 1993, s. 468).

2.2. Četnost výskytu stigmatizace na základě hmotnosti

Stigmatizaci lidí s vyšší tělesnou hmotností se věnovalo mnoho výzkumů, které prokázaly její výskyt (Himmelstein & Puhl, 2018; Jung & Luck-Sikorski, 2019; Puhl et al., 2017; Puhl et al., 2021; Sikorski et al., 2015). Ukázalo se, že zaujatost vůči obézním lidem a lidem s nadváhou je oproti zaujatosti vůči gayům a muslimům signifikantně rozšířenější (Latner et al., 2008).

Ve studii Puhlové et al. (2018) se projeví jako nejčastější typy hmotnostní stigmatizace v sestupném pořadí posmívání se / popichování, nespravedlivé zacházení a diskriminace. Další výzkum Puhlové et al. (2017) prováděný u obézních žen a žen s nadváhou potvrdil stejné pořadí forem stigmatizace na základě váhy. Posmívání se zažilo 88,4 % žen, nespravedlivé zacházení celkem 78,3 % respondentek a diskriminaci kvůli hmotnosti 65,1 % žen. Himmelsteinová a Puhlová (2018) zjistily, že nejčastější formou tělesné stigmatizace je slovní napadání, dále pak nespravedlivé zacházení a diskriminace.

Andreyevová et al. (2008) realizovali výzkum, v němž použili data z Národního průzkumu vývoje středního věku ve Spojených státech (MIDUS) prováděného nejprve v letech 1995–1996 a poté v letech 2004–2006. Výsledky poukázaly na hojnější výskyt diskriminace na základě váhy. Z původní hodnoty 7 % vzrostla četnost této zkušenosti téměř na dvojnásobek – 12 %. Ve studii Jungové & Luck-Sikorskiové (2019) respondenti uváděli, že se s diskriminací na základě hmotnosti setkali v téměř 40 % případů.

Ve výzkumném heterogenním vzorku studie Puhlové et al. (2018) ($n_1 = 456$, $n_2 = 519$, $n_3 = 2529$) vypovědělo bezmála 50 % respondentů o zkušenosti se stigmatizací na základě váhy. Diskriminaci kvůli tělesné hmotnosti pak zažilo necelých 30 % participantů. Puhlová et al. (2021) provedli mezinárodní srovnávací studii, která odhalila, že určitou zkušenost se stigmatizací na základě váhy má více než polovina osob z celého výzkumného vzorku ($n = 13\,966$, osoby, které se aktivně zabývají regulací hmotnosti). Participantů pocházeli z Austrálie, Kanady, Francie, Německa, ze Spojeného království a Spojených států. Dle výsledků se nejvíce stigmatizace na základě tělesné hmotnosti vyskytuje v Kanadě, kde má tuto zkušenost 61,3 % jedinců. Ze zemí zapojených do srovnávací studie mají pak nejmenší zkušenost s tímto druhem stigmatizace respondenti z Francie a Německa, kde se s ní potkalo 55,6 % osob.

Puhlová et al. (2017) identifikovali ve svém výzkumném vzorku tvořeném ženami s nadváhou a obezitou ($n = 461$) 91,5 % případů, kdy ženy zažily nějakou formu stigmatizace na základě hmotnosti. V rozsáhlém vzorku výzkumu Jacksonové a Steptoea (2017) ($n = 5480$) identifikovali 4,9 % respondentů zažívající diskriminaci na základě hmotnosti.

2.3 Rozdíly ve zkušenostech se stigmatizací na základě hmotnosti

Určité skupiny lidí jsou vůči hmotnostní stigmatizaci více zranitelné. Jedná se například o osoby, které vyhledávají bariatrickou operaci, či o dospívající a děti obecně (Puhl et al., 2020; Puhl et al., 2021). Mnohými výzkumy byly identifikovány také další difference mezi pohlavím, věkem a hodnotami BMI (Himmelstein & Puhl, 2018; Jackson & Steptoe, 2017; Puhl et al., 2021; Sikorski et al., 2015).

2.3.1 Pohlaví

Některé studie zabývající se problematikou stigmatizace na základě hmotnosti se zaměřují na genderové rozdíly v této oblasti. Hmotnostní stigmatizace se netýká jen žen, ale také mužů. Himmelsteinová a Puhlová (2018) uvádí, že se až 40 % respondentů mužského pohlaví potýká se zážitky stigmatizace na základě váhy. Stigmatizace se objevuje zejména u mladších mužů, doposud neženatých, s vyšším vzděláním, nižším příjmem a u mužů, kteří se během posledního roku pokusili hubnout.

Existují výzkumy, které nenalezly významné rozdíly v zažívaných stigmatizujících situacích (Puhl & Brownell, 2006). Jiné studie však došly k závěru, že se se stigmatizací, potažmo diskriminací na základě hmotnosti setkávají spíše ženy (Sikorski et al., 2015). Jak lze vyvodit, výsledky těchto studií jsou poměrně nesourodé. Obecně bylo prováděno spoustu výzkumů zaměřujících se převážně na ženy (Himmelstein et al., 2019; Seacat et al., 2016). Někteří autoři se snaží tuto mezeru vyplnit a svou pozornost zaměřují na mužskou část populace (Himmelstein & Puhl, 2018; Himmelstein et al., 2019). Důvody těchto prázdných míst ve výzkumné oblasti mohou spočívat v panujícím přesvědčení, že je na ženy vyvíjen v oblasti body image větší nátlak a hmotnostní stigmatizace se jich tedy dotýká více (Himmelstein et al., 2019).

2.3.2 Věk

Závěry studie Puhlové a Brownella (2006) ukazují, že se oproti starším osobám mladší jedinci častěji setkávají se stigmatizací na základě hmotnosti ze strany spolužáků, učitelů, zdravotních sester. Novější výzkumy potvrdily hojnější výskyt stigmatizace a diskriminace u mladších jedinců (Himmelstein & Puhl, 2018; Jackson & Steptoe, 2017; Puhl et al., 2021; Sikorski et al., 2015).

Stigmatizace na základě hmotnosti je patrná dokonce již ve velmi mladém věku. Respondenti v mezinárodní srovnávací studii Puhlové et al. (2021) udávali, že se s hmotnostní stigmatizací potýkali již v dětství. Minimálně 1 z 5 participantů ji zažil ve věku 10 let a méně. Za počátek problémů se stigmatizací označovali participanti nejčastěji období dospívání.

2.3.3 BMI

Častější zkušenosti se stigmatizací jsou shledány u lidí s vyššími hodnotami BMI (Himmelstein & Puhl, 2018; Jung & Luck-Sikorski, 2019; Puhl & Brownell, 2006; Puhl et al., 2021; Sikorski et al., 2015). Některé výzkumy však tento vztah nepotvrdily (Puhl & Brownell, 2006). Myers a Rosen (1999) zjistili, že v případě těžké obezity spolu dále hmotnost a stigmatizace nijak zvlášť nesouvisí. Když člověk s těžkým stupněm obezity přibere další kila navíc, nemá to významný dopad na celkovou zkušenost se stigmatizací na základě váhy.

Dle Carrové a Friedmana (2005) se u obézních osob vyskytuje o 40 až 50 % vyšší pravděpodobnost, že se potýkaly či potýkají se závažnou diskriminací. Z rozsáhlého

německého reprezentativního průzkumu Sikorskiové et al. (2015) vyplývá, že se s diskriminací na základě hmotnosti setkala 5,6 % lidí spadajících do hmotnostní kategorie normální váha a nadváha, 10,2 % osob s obezitou prvního stupně, 18,7 % u osob s obezitou druhého stupně a 38,0 % jedinců s obezitou třetího stupně.

Ve výzkumném vzorku Jacksonové a Steptoea (2017) byl taktéž nalezen rozdíl v zažívané diskriminaci na základě váhy. U skupiny jedinců spadajících do kategorie normální váha a podváha se jednalo o 0,8 %. Osoby s nadváhou ji zažívaly v 0,9 % případů a obézní osoby v 13,4 % případů.

2.4. Oblasti výskytu hmotnostní stigmatizace

Puhlová a Heuer (2009) popisují 5 oblastí života, v nichž se projevují zkušenosti obézních osob a lidí s nadváhou s předsudky, diskriminací a stigmatizací na základě váhy. Jedinci s nadváhou a obezitou se potýkají s nepříznivým postojem vůči svojí osobě v zaměstnání, vzdělání, zdravotní péči, interpersonálních vztazích a médiích.

Stigmatizace má své interpersonální zdroje, ale taktéž zdroje ve fyzickém prostředí. Myers a Rosen (1999) zahrnují do svého Inventáře stigmatizujících situací také kategorii fyzické bariéry, do níž spadají položky jako: nemožnost najít vhodné oblečení či problém vejít se na sedadla v restauracích, divadlech a v jiných veřejných místech. Například ve výzkumu Seacata et al. (2014) se u 50 obézních žen či žen s nadváhou objevily v průběhu jednoho týdne hojné potíže právě s fyzickými bariérami (84 %).

2.4.1 Zaměstnání

Diskriminace na základě hmotnosti v oblasti zaměstnání pokrývá celý pracovní cyklus počínaje přijímáním zaměstnanců, přes otázky platu k možnostem povýšení (Pearl, 2018). Posměšků či dotazů na váhu se lidem s vyšší tělesnou hmotností dostává jak od spolupracovníků, tak od zaměstnavatelů. Již ve studii Rothblumové et al. z roku 1990 byly z 453 probandů ve 26 % případů velmi obézním jedincům odepřeny výhody či povýšení, 17 % jedinců s těžkou obezitou uvádělo propuštění z důvodu vyšší hmotnosti nebo nucení podat výpověď. Nebyl odhalen signifikantní rozdíl v platech a v prestiži zaměstnání mezi lidmi s normální váhou a obézními osobami. Doporučení o nástupním platu se nelišila u lidí s nadváhou a lidí s normální hmotností ani ve výzkumu Kutchera a Braggerové (2004). Naopak ve studii Sarlio-Lähteenkorvové et al. (2004) vyšly najevo rozdíly v příjmech

obézních žen, které dosáhly vyššího vzdělání, a pracovnic s normální váhou stejného vzdělání. Ženám s obezitou byly vypláceny nižší částky. Podobná situace panovala v případě vyššího postavení obézní ženy a stejného postavení muže s normální váhou. Nižší plat byl zaznamenán také u žen s nadváhou se středním vzděláním a u žen manuálně pracujících. U mužů nebyly tyto nevýhody pramenící z vyšší tělesné hmotnosti přítomny. Také novější výzkumy potvrdily nižší výdělky u obézních osob v porovnání s lidmi, kteří obezitou netrpí (Böckerman et al., 2018; Vanhove & Gordon, 2014).

Výsledky studie Kutchera a Braggerové (2004) prokazují, že bylo na žadatele o zaměstnání s nadváhou nahlíženo negativněji než na žadatele o zaměstnání s normální váhou. Vedle toho zkoumali autoři rozdíl mezi nestrukturovaným a strukturovaným rozhovorem. Na rozdíl od nestrukturovaného rozhovoru nenalezli v případě strukturovaného rozhovoru žádné významné odlišnosti mezi hodnocením uchazečů s normální váhou a nadváhou.

Studie Flinta et al. (2016), do které byla mimo Slovinska a Spojeného království zapojena i Česká republika, také odhalila diskriminaci obézních osob při žádosti o zaměstnání, přičemž ženy zažívaly váhovou diskriminaci častěji oproti mužům. Keramat et al. (2021) zjistili, že u australského vzorku zakusilo diskriminaci při ucházení se o zaměstnání 12,7 % osob. V roce 2008 se jednalo o 13,9 % obézních lidí. O deset let později se procento lidí potýkajících se s diskriminací na základě hmotnosti v zaměstnání zvýšilo na 15,6 %.

Ve výzkumu Carrové a Friedmana (2005) byla pravděpodobnost ohlášení diskriminace na pracovišti o 26 % vyšší u osob s nadváhou než u osob s normální váhou, o 50 % vyšší u osob s prvním stupněm obezity a o 84 % vyšší u osob s druhým a třetím stupněm obezity.

2.4.2 Vzdělání

Systematický přehled Nutterové et al. (2019) dokládá, že se u vyučujících vyskytují explicitní i implicitní předsudky vůči obezitě, přičemž se tyto postoje objevují jak u učitelů nespécializujících se na tělesnou výchovu, tak u učitelů s touto specializací. Objevuje se také tendence vnímat obézní jedince jako studijně problémové a málo pohybově nadané.

Přes 50 % učitelů ve výzkumu Neumark-Sztainerové et al. (1999) bylo přesvědčeno, že si za obezitu člověk může sám, jelikož se přejídá, má špatné stravovací zvyklosti a málo

sportuje. Přes 20 % vyučujících považovalo žáky trpící obezitou za více emocionální. Předpokládali, že mají menší šanci uspět v práci a že se se svými osobnostmi odlišují od dětí s normální váhou. Téměř dvě třetiny učitelů tvrdily, že obezitou často trpí osoby, které jsou závislé na jídle. Jedna třetina pak zastávala názor, že existuje rozdíl mezi množstvím jídla, které konzumují obézní lidé a lidé s normální váhou. Na druhou stranu více než 50 % účastníků výzkumu věřilo, že svůj podíl na nemoci mají i biologické faktory.

Na vyučující tělesné výchovy se soustředila studie Fontana et al. (2016). Převahovala zde především implicitní forma zaujatosti vůči hmotnosti, která může mít za následek nízká očekávání vyučujících vůči obézním studentům. Kdyby se tato očekávání naopak zvýšila, mohla by se objevit větší pravděpodobnost, že učitel obézního žáka motivuje a nasměruje k aktivnímu životnímu stylu. Výsledky však odhalily i přítomnost explicitní pro-fat bias (jev opačný postoji proti obezitě), což může poukazovat na pozitivní, tedy nediskriminující chování ze strany vyučujících k obézním žákům.

Předsudky vůči obézním lidem se u vyučujících mohou promítnout i do hodnocení obézních studentů. Ve studii MacCannové a Robertse (2012) bylo zjištěno, že obézní studenti byli skutečně klasifikováni hůře než studenti s normální hmotností, a to jak na středních školách, tak na univerzitách. Role přitom nehrála inteligence, socioekonomický status ani odlišný vztah žáka ke škole.

Děti s vyšší tělesnou hmotností jsou často šikanovány, jak potvrzuje například průřezový výzkum Puhlové, Latnerové et al. (2016), do kterého byli zapojeni lidé ze Spojených států, Kanady, Islandu a Austrálie. Tento výzkum poskytl výsledky o míře rozsahu šikany na základě hmotnosti u mládeže. Šikana kvůli hmotnosti se ukázala jako nejrozšířenější ve všech zmíněných zemích, přičemž mezi výskytem šikany kvůli hmotnosti a ostatními typy šikany, jako je šikana založená na rase, etnicitě, sexuální orientaci či náboženství, byl patrný velký rozdíl. Jako běžný až velmi běžný problém vnímalo šikanu na základě hmotnosti nejméně 70 % účastníků v každé ze čtyř zemí. Na tento druh šikany jako na vážný až velmi vážný problém pohlíželi nejméně 69 % účastníků ve všech zemích.

Systematický přehled Nutterové et al. (2019) prokazuje, že se u obézních dětí či dospívajících vyskytuje vyšší frekvence setkávání se s šikanou kvůli tělesné hmotnosti. Její podoba odpovídá škádlení, výhrůžkám, fyzickým útokům nebo vyloučení z kolektivu. Na děti a dospívající trpící obezitou bývá nahlíženo jako na citlivější, méně atraktivní, méně oblíbené, a ne příliš fyzicky zdatné.

Výsledky studie Himmesteinové a Puhlové (2018) potvrdily, že primárním důvodem k šikaně byla s velkým náskokem hmotnost (58,8 % participantů). Dalšími rozšířenými důvody k šikaně byla sexualita (18,2 %) a rasa nebo etnicita (12,8 %).

2.4.3 Zdravotní služby

Mnohé výzkumy dokládají stigmatizaci a diskriminaci lidí s vyšší tělesnou hmotností ve zdravotnickém prostředí (Carr & Friedman, 2005; Pearl, 2018; Tomiyama et al., 2015). Respondentky ve studii Puhlové a Brownella (2006) uváděly lékaře jako nejčastější zdroj hmotnostní stigmatizace. U mužů se zdravotníci v tomto ohledu umístili na druhém místě. První příčky v rámci stigmatizace na základě váhy zabrali zdravotníci také ve výzkumu Pearlové et al. (2018).

Výsledky Carrové a Friedmana (2005) ukazují, že jedinci trpící druhým a třetím stupněm obezity hlásí omezování v tomto prostředí bezmála třikrát častěji než lidé s normální váhou.

Negativní postoje vůči obezitě se vyskytují již u studentů medicíny a dietologie. V porovnání se studenty architektury interiérů byla zaznamenána vyšší míra negativních postojů u studentů výživy a dietologie (Hayran et al., 2013). Ačkoli si jsou studenti medicíny vědomi závažnosti nadváhy a obezity, i přesto se domnívají, že si za svůj zdravotní stav lidé mohou v mnoha případech sami. Zastávají názor, že se jedná o důsledek pozitivní energetické bilance (nedostatek aktivity, nadbytek jídla) ve spojení s nudou, slabou vůlí či psychickými problémy. Věří, že mimo zmíněné příčiny napomáhá obezitě i dnešní společnost (klamavá reklama, kulturní vlivy, přebytek jídla). Nejmenší důraz kladou paradoxně na biomedicínské příčiny (endokrinní a metabolické poruchy, genetické faktory (Pantenburg et al., 2012).

U lékařů byla zjištěná silná implicitní i explicitní zaujatost proti tloušťce bez rozdílu pohlaví (Sabin et al., 2012). Tomiyama et al. (2015) zjistili výrazné předsudky vůči vyšší hmotnosti také u výzkumníků v oblasti obezity, klinických lékařů a odborníků na obezitu. V porovnání s rokem 2001, vykazovali v roce 2013 nižší míru implicitní zaujatosti, ovšem úroveň explicitní zaujatosti vůči tloušťce se zvýšila. Obézní jedince vnímali jako línější, hloupější a bezcenné oproti lidem s normální váhou. Ani v tomto výzkumu nebyl nalezen rozdíl mezi předsudky u mužů a žen.

Negativní postoje k obézním osobám mohou v konečném důsledku způsobovat, že se tito lidé vyhýbají lékařům a zdravotním prohlídkám, což má zpětně dopad na jejich zdraví (Mensing et al., 2018; Puhl & Brownell, 2001).

2.4.4 Rodina

Ani odlišné chování vlastní rodiny k jejím obézním členům a členům s normální váhou není výjimkou. Otlé jedince nazývají posměšnými přezdívkami směřujícími na jejich tělesné rozměry (Cossrow et al., 2001; Puhl, Moss-Racusin et al., 2008). Často na ně míří negativní komentáře týkající se vyšší váhy (Puhl & Himmelstein, 2018). Friedmanová et al. (2005) uskutečnili studii s 93 obézními jedinci vyhledávajícími léčbu. V 98 % se tito lidé setkali s pohrdavými poznámkami ze strany svých rodin a 86 % věřilo, že se jejich blízcí cítí trapně kvůli jejich váze.

Kromě rodičů a jiných členů rodiny se lze s negativními komentáři a posměšky vůči obézním lidem setkat u manželů/manželek a přátel (Puhl, Moss-Racusin et al., 2008). Dalšími zdroji stigmatizace na základě hmotnosti mohou být vrstevníci a kamarádi (Himmelstein & Puhl, 2018). Ve studii Neumark-Sztainerové et al. (2002) uvedlo 63 % dívek s nadváhou a 58 % chlapců bojujících s nadváhou, že mají tuto zkušenost ze strany svých vrstevníků. Ve výzkumném souboru Himmelsteinové a Puhlové (2018) se se stigmatizací na základě hmotnosti ze strany vrstevníků a kamarádů setkávali častěji chlapci.

2.4.5 Navazování vztahů a sexuální zkušenosti

Problémy v sexuálním životě u obézních žen dokládá studie Gaileyové (2012), ve které 34 obézních či morbidně obézních žen (94 % vzorku) potvrdilo, že výsměch mířený na jejich tělo negativně ovlivňuje jejich vztahy a sexuální život. Uváděly, že byly některými muži využívány jenom kvůli pohlavnímu styku. Velice záleží, jak se na sebe obézní ženy dívají. Jestliže se za své tělo nestydí a dají tento pohled na sebe sama najevo, bývají se svým sexuálním životem zpravidla spokojenější.

Becnelová et al. (2016) zjistili u adolescentních dívek s těžkou obezitou nižší míru romantického a sexuálního chování v porovnání se skupinou adolescentních dívek se zdravou hmotností. Navíc se ukázalo, že část silně obézních děvčat častěji vykazovala prvky rizikového sexuálního chování (těhotenství, sexuálně přenosné nemoci). Grabovac et al. (2019) sledovali u reprezentativního amerického vzorku dospělých jedinců mimo jiné vztah mezi hmotnostním stavem a sexuální aktivitou a počtem předchozích sexuálních partnerů.

Data pocházela z cyklu Národní průzkum zdraví a výživy 2007 až 2016. U mužů souvisela nadváha s častější sexuální aktivitou v posledním roce nezávisle na tom, zda žili sami či s někým, zatímco u žen byly výsledky opačné. Nejnižší pravděpodobnost častě sexuální aktivity měly především ženy s nadváhou žijící s někým dalším. Obézní muži žijící sami také vykazovali častější sexuální aktivitu v posledním roce. Pro obě pohlaví platil vztah, v němž bylo vyšší BMI spojeno s nižší pravděpodobností nalezení minimálně jednoho sexuálního partnera za poslední rok.

S tímto tématem se pojí termín „hogging“, jenž označuje jednání mužů, obvykle v prostředí baru, kteří se vsází o to, kdo nějakým způsobem zkontaktuje obézní ženu, ženu s nadváhou nebo neatraktivní ženu (tančení, získání telefonního čísla, pozvání domů, sexuální styk). Důvodem bývá také uspokojení sexuální touhy. Tito muži zastávají názor, že ženy s větší hmotností si zmíněné jednání zaslouží a že si o takový způsob chování sami říkají, protože z nich vyzařuje zoufalost. Někteří tvrdí, že je tento druh „zábavy“ normální a humorný. Jiní využívají hogging k zamaskování oblíbenosti obézních žen, čímž se vyhýbají posměchu ze strany ostatních mužů, kteří volí kontakt raději se štíhlými ženami či s ženami s normální váhou (Gailey & Prohaska, 2006).

2.4.6 Média

McClurová et al. (2011) realizovali studii na téma, zda fotografie v novinových člancích ovlivňují postoje vůči obezitě. Respondentům byl předložen emočně nezabarvený článek o této nemoci s příloženou fotografií ženy. Fotografie neobdržela jen kontrolní skupina. Tato žena byla vyobrazena buď stereotypně (jedla nezdravé jídlo), nestereotypně (cvičila), lichotivě (měla hezké oblečení), nebo nelichotivě (důraz byl kladen na její obezitu). Poté byli respondenti vyzváni, aby zodpověděli několik obecných otázek týkajících se jejich postojů vůči obézním osobám. Více negativních postojů vůči obézním lidem zaznamenali u negativních fotografií (nelichotivých a stereotypních). U nestereotypních a lichotivých fotografií byl počet takto zabarvených postojů menší.

Do studie Claytona et al. (2017) se zapojilo 49 žen, jejichž úkolem bylo prohlížení obrázků mediálních módních modelů s různými tvary a velikostmi těla a následné srovnání prezentovaného modelu se sebou a sdělení spokojenosti s vlastním tělem. Bylo zjištěno, že v případě předložení modelů s větší hmotností a velikostí vykazovaly ženy nejvyšší spokojenost a nejmenší srovnávání. Zatímco v opačném případě, tedy při prezentování štíhlých modelů, se spokojenost snížila a sociální srovnání zvýšilo.

Burmeister a Robert (2014) uskutečnili studii zkoumající postoj diváků k humornému zobrazení obézních lidí na obrazovkách. Soustředili se na případné rozdíly v reakcích na humor v souvislosti s osobními postoji, které jedinci obecně zaujímají vůči obezitě. Účastníci hodnotili v několika kategoriích sedm videoklipů, které jim byly promítány. Podle očekávání výsledky informovaly o tom, že humor mířený proti obézním osobám oceňují spíše lidé se silnějším přesvědčením o stereotypech spojených s obezitou a lidé přesvědčení o kontrolovatelnosti stavu závislejícím na vůli jedince. Autoři také našli nepřímo úměrnou spojitost mezi BMI a oceňováním humoru mířícího na lidi s vyšší tělesnou hmotností.

Scény s obézními lidmi mající stigmatizující charakter můžou spustit řetězec reakcí, počínaje možným ohrožením sociální identity, pokračující zvnitřňováním předsudků vůči obezitě po zdravotní důsledky s tím související (Pearl, 2018).

2.4.7 Zjišťování zdrojů hmotnostní stigmatizace ve výzkumech

Himmelsteinová a Puhlová (2018) jako nejčastější zdroje stigmatizace na základě váhy identifikovali právě vrstevníky, členy rodiny a cizí lidi. Z výsledků studie Pearlové et al. (2018) vyplývá, že čtená stigmatizace na základě váhy pochází ze strany původní rodiny, školy, kamarádů, zdravotníků, členů komunity a ostatních jedinců. Nejméně stigmatizujících zážitků pak pochází ze zaměstnání a od členů rodiny manžela/manželky.

Puhlová a Brownell (2006) identifikovali jako nejhojněji se vyskytující zdroje hmotnostní stigmatizace členy rodiny, lékaře, spolužáky, prodavače v obchodech, kamarády a spolupracovníky. Při srovnávání mezi pohlavími v jejich druhém výzkumném vzorku zjistili, že ženy byly stigmatizovány především lékaři, rodinnými příslušníky, spolužáky a prodavači. Muži se se stigmatizací setkávali hlavně u spolužáků, lékařů a rodinných příslušníků, zvláště pak u matek.

V mezinárodní srovnávací studii Puhlové et al. (2021) označili účastníci jako nejčastější zdroje stigmatizace rodinné příslušníky, přičemž minimálně jednou mělo tuto zkušenost 87,8 % Američanů. Nejnižší výskyt byl zaznamenán ve Francii a v Německu. Přesto se jedná o vysoké číslo, konkrétně o 76,0 %. Druhým nejčastěji se objevujícím zdrojem byli spolužáci, kde se procenta výskytu pohybovala mezi 72,0–80,9. Následovali lékaři (62,6–73,5 %) spolupracovníci (54,1–61,7 %), přátelé (48,8–66,2 %) a členové komunity (49,2–71,5 %). Mezi nejméně časté zdroje stigmatizace na základě hmotnosti

se zařadili odborníci na duševní zdraví včetně psychologů (11,0–13,0 %) a blíže nespecifikované osoby spadající do kategorie ostatní (8,6–15,8 %).

2.5. Nástroje zlepšení negativních postojů k obezitě

Mnoho autorů vyjádřilo potřebu zaměření více pozornosti na stigmatizaci na základě váhy. Lepší pochopení a zmapování tohoto jevu a jeho důsledků pak může být využito jak v rámci prevence, tak léčby obezity (Pearl, 2018; Puhl et al., 2020, Sikorski et al., 2015). Jako velmi užitečná se jeví práce s psychologickými teoriemi vysvětlujícími příčiny předsudků a hmotnostní stigmatizace. Na jejich základě by se měly stavět intervence snižující výskyt těchto jevů či intervence sloužící k prevenci těchto fenoménů (Pearl, 2018). Zároveň je nutné zahrnout co největší množství jedinců z různých prostředí, včetně lékařů, rodinných příslušníků, prodavačů apod., protože ve všech těchto oblastech je výskyt stigmatizace na základě váhy zaznamenán (Puhl & Brownell, 2006).

Výzkumu zaměřeného na strategie redukce výskytu hmotnostní stigmatizace by se měly účastnit samotné osoby zažívající stigmatizaci na vlastní kůži. Stanovení dle jejich názoru účinných intervencí se jeví jako cenné a podnětné. V souboru obézních žen ($n = 461$) se například zjistilo, že velkou váhu přikládají intervencím prováděným ve školním a zdravotnickém prostředí. Konkrétní formy zahrnují školení pracovníků školy o postupech, které pomáhají řešit šikanu dětí kvůli jejich tělesné váze či změnu školní politiky, do které by měly být implementovány zásady sloužící k ochraně dětí před zmíněnou šikanou. Ve zdravotnické oblasti by se mělo s intervencemi začít již na středních zdravotnických školách, kde by měla probíhat komplexní edukace studentů o obezitě. Vhodné se zdá být poučení zdravotníků o respektující péči, se kterou by měli přistupovat k lidem trpícím obezitou či nadváhou. Za nejúčinnější a nejlépe realizovatelnou strategii považovaly participantky zařazení tématu stigmatizace na základě hmotnosti do školení v zaměstnání, které by upozorňovalo na obtěžování v pracovním prostředí. Následovalo podání jasnějších informací veřejnosti o komplexních příčinách obezity. Vysoké hodnoty důležitosti získala rovněž intervence mezi členy rodiny a změny v médiích včetně citlivějšího zobrazování obézních osob na obrazovkách (Puhl et al., 2017).

Znalost konkrétní příčiny obezity může mít jistou souvislost s vyjádřenými postoji vůči obézním lidem. Jestliže člověk vnímá obezitu jako důsledek vlastního chování, jsou jeho postoje negativní. V případě, kdy je obezita považována za biologické onemocnění nebo je ovlivněna sociologickými faktory, se objevují negativní postoje v menší míře

(McClure et al., 2011). Puhlová, Latnerová, O'Brien, Luedicke, Danielsdottirová a Forhanová (2015) studovali 4 země (Spojené státy, Island, Kanada, Austrálie) v souvislosti se zaujatostí proti obezitě. U dospělé populace platilo na všech místech, že v případě příčiny obezity spočívající ve vlastním chování byly postoje vůči obézním lidem negativnější. U vzorku studentů byly tyto postoje silnější, jestliže příčiny obezity přisuzovali nedostatku vůle.

Své místo ve zlepšení situace ohledně stigmatizace na základě váhy má bezpochyby politika týkající se obezity a veřejného zdraví, která může odsunout pozornost od obviňování těchto osob (Tomiyaama, 2014). Je nutné společnost upozornit na vážnost stigmatizování obézních lidí a na možné důsledky, kterým tyto osoby musí čelit (Wu & Berry, 2017).

Další způsob, který by mohl pomoci zredukovat předsudky vůči obezitě a s tím spojenou diskriminaci a stigmatizaci, spočívá ve změně pohledu na lidi s nadváhou či obezitou v médiích. Jestliže média nezobrazují obézní jedince v negativních stereotypních situacích, ale naopak je na ně pohlíženo pozitivně, stoupá sociální preference obézního jedince (Pearl et al., 2012). Mohlo by se tedy užít velkého dosahu médií ve prospěch destigmatizačních tendencí (Pearl, 2018).

Mazurkiewiczová et al. (2021) podávají návrh týkající se ideálního začátku prevence. Ten by měl být časově umístěn do nejranějšího věku. Prevence by měla probíhat doma a ve škole, kde by byly děti seznámeny s výchovou ke zdraví a správnou pohybovou aktivitou. Lidem s nadváhou by se mělo dostávat podpory a komplexní pomoci, která zahrnuje jak psychologickou péči, tak péči lékařskou.

Tomiyaamaová et al. (2018) shrnují strategie vedoucí ke snížení stigmatizace na základě hmotnosti, přičemž klasické přístupy označují jako neúčinné. Typickou radou je převzetí zodpovědnosti za svou tělesnou hmotnost a vyvinutí úsilí svou váhu změnit. Tím se ovšem, byť nevědomě, stigmatizace posiluje, jelikož klade na obézní lidi tlak promítající se do sebeobviňování. U přístupů směřujících ke snížení stigmatizace by neměl být kladen důraz na samotné obézní lidi nebo osoby s nadváhou (stigmatizované), ale stigmatizující, u nichž by mělo docházet ke změně v jejich postojích, chování a jednání. Pozornost by měla být věnována především zdravotnickým pracovníkům. Ti by měli být blíže seznámeni s jevy stigmatizace, předsudky a mechanismy jejich vzniku, fungování a udržování.

2.5.1 Organizace věnující se boji proti stigmatizaci a diskriminaci na základě hmotnosti

S diskriminací na základě tělesné hmotnosti bojuje například nezisková organizace The National Association to Advance Fat Acceptance (Národní asociace pro podpoření přijetí obézních lidí) (n.d.) založená již v roce 1969. Snaží se o rovný přístup a zajištění důstojnosti k lidem všech velikostí. Tohoto cíle chtějí dosáhnout prostřednictvím veřejného vzdělávání, rozšiřování povědomí o tomto druhu diskriminace, podpory a obhajování stejných práv pro lidi s nadváhou či obezitou. Podporují také zásady přístupu Health At Every Size (zdraví v každé velikosti), který klade důraz na celkové well being, jež se nesoustředí jen na štíhlé osoby, nýbrž na osoby s tělem různých tvarů a velikostí.

National Eating Disorder Association (Národní asociace poruch příjmu potravy) (n.d.) se ujalo (po spojení s Binge Eating Disorder Association) pořádání Weight Stigma Awareness Week. Jedná se o každoroční týdenní akci, jejímž cílem je poukázat na závažnost stigmatizace lidí s různou velikostí a tvarem těla, mimo jiné v souvislosti s poruchami příjmu potravy, a dosáhnout odstranění tohoto běžně se vyskytujícího jevu.

Téma tělesné stigmatizace je náplní české kampaně Moje tělo je moje, která pracuje s pojmem body neutrality usilujícím o respekt k jakémukoli tělu, s cílem, aby nedocházelo k ponižování lidí kvůli jejich vzhledu. Pod záštitou této kampaně jsou vedeny workshopy pro školy i veřejnost. Webové stránky nabízí příběhy lidí, kteří sdílejí zkušenosti se svým tělesným vzhledem. Kampaň zastává hesla: Každý člověk si zaslouží respekt bez ohledu na to, jak vypadá. A není mojí povinností vyhovovat představám toho, kdo ke mně vyše nevyžádané hodnocení mého vzhledu (Moje tělo je moje, n.d.).

2.5.2 Legislativní ustanovení zákazu diskriminace na základě váhy

V okrese Kolumbie je platný zákon o lidských právech, který zakazuje diskriminaci osob na základě 21 vlastností včetně vzhledu, jenž zahrnuje i hmotnost (Office of Human Rights, n.d.). V San Franciscu existuje také zákon zakazující diskriminování osob kvůli hmotnosti (American Legal Publishing, n.d.). Podobné zákony se objevují také ve městech Santa Cruz v Kalifornii, ve Washingtonu, Urbaně, Illinoisu, Binghamtonu a Madisonu. V jiných částech Ameriky je tato diskriminace legální. Zakázáno je pouze omezování osob na základě rasy, barvy pleti, náboženství, pohlaví a původu (Puhl, Latner, O'Brien, Luedicke, Danielsdottir, & Salas, 2015).

O zákaz diskriminace zaměstnanců se zdravotním postižením se jako první pokoušel rehabilitační zákon pocházející z roku 1973. Mezi zdravotně či mentálně postižené zaměstnance ovšem neřadil osoby trpící obezitou (Employer Assistance and Resource Network on Disability Inclusion, 2020). Rovné podmínky pro osoby s postižením řeší také zákon z roku 1990 – The Americans with Disabilities Act (2020). Ten se zaměřuje na všechny oblasti veřejného života (zaměstnání, škola, veřejná doprava). Tímto druhem diskriminace se zabývá také Equal Employment Opportunity Commission (Komise pro rovné pracovní příležitosti) (n.d.), která považuje za postižení i obezitu, ale pouze její nejtěžší formu. Je však vhodné zamyslet se nad tím, zda se obezita může pokládat za postižení (Puhl & Brownell, 2012).

Existuje pouze jediný stát, který zakazuje diskriminaci obézních lidí na pracovišti. Jedná se o americký stát Michigan, v němž zákon Elliott-Larsen Civil Rights Act nepřipouští odmítnutí obézního žadatele o práci, zaměstnavatel nemůže odříct obéznímu zaměstnanci odměny či privilegia spojená s daným zaměstnáním a nemá dovoleno jakýmkoli způsobem omezit zaměstnance s vyšší hmotností v jeho možnostech (Act, E. L. C. R., 453 of 1976; Puhl et al., 2001).

Ukazuje se, že obyvatelé různých států souhlasí se zavedením právních antidiskriminačních předpisů. Puhlová, Suhová et al. (2016) zjistili, že v USA v rámci národního reprezentativního vzorku dospělých jedinců vyjádřilo tuto podporu 70–80 % osob. Vedle toho byl mezi lety 2011–2013 a 2014–2015 zaznamenán nárůst podpory pro zákony zakazující diskriminaci na základě hmotnosti a přidání obézní osoby mezi zdravotně postižené lidi. Velký zájem o ustanovení antidiskriminačních zákonů projevují především lidé zažívající stigmatizaci na základě váhy a akademicky a klinicky orientovaní jedinci snažící se snížit výskyt tohoto jevu (Pearl, 2018).

2.6 Sebepojetí

Krátce se zmíníme o termínu sebepojetí, který se s tématem stigmatizace úzce pojí.

Jedná se postoj k vlastnímu já (Fialová & Krch, 2012). Díky uvědomování si sebe sama v situacích, v nichž o něco vědomě a záměrně usilujeme, a při zapojení vlastní vůle vzniká tzv. jáská zkušenost neboli zážitek vlastní jedinečnosti. Tímto procesem si k sobě člověk vytváří vztah, který je ovlivněn jak přítomností, tak minulostí a budoucností (Macek, 2008). Tělesné sebepojetí je velmi podstatnou složkou celkového sebepojetí. Definovat jej

můžeme jako postoj k vlastnímu tělu, který se ustavičně vyvíjí. Skládá se ze třech složek. Kognitivní složka poukazuje na znalost svého těla, jeho proporcí, tvaru a velikosti. Druhá komponenta – emocionální, udává, jak své tělo člověk hodnotí (spokojenost či nespokojenost, výkonnost). Činnostně regulativní složka zahrnuje životní styl jedince, stravovací a pohybové zvyklosti. Od roku 1950 se běžně používá pojem body image, který znamená „způsob, jakým člověk přemýšlí o svém těle, jak ho vnímá a cítí“ (Grogan, 2000, s. 11). Jestliže jedinec přijímá své tělo a vykazuje s ním spokojenost, odpovídá tomu jeho zdravé sebevědomí a sebekontrola (Fialová & Krch, 2012).

Lidé trpící obezitou mohou projevat nespokojenost se svým tělem a pohlížet na něj s odporem. Takový problém řeší především mladé ženy se středním a vyšším socioekonomickým statusem a jedinci, kteří trpí obezitou od dětství (WHO, 2000). Objevuje se negativní pohled na své tělo. Osoby, které mají zkušenosti se stigmatizací, mohou mít problémy i se sebevědomím (Friedman et al., 2005).

3 DOPADY STIGMATIZACE NA ZÁKLADĚ VÁHY A VYROVNÁVÁNÍ SE S TĚMITO ZKUŠENOSTMI

Zažívané stigmatizující situace, výsměch a diskriminace způsobují celou řadu potíží. Tyto zážitky s sebou přináší stres, který je dle studie Puhlové et al. (2021) největší během dětství a dospívání. Důsledky zažité hmotnostní stigmatizace zasahují, stejně jako obezita samotná, jak tělesnou rovinu, tak rovinu duševní (Hayward et al., 2018; Sutinová et al., 2015; WHO, 2000; Wu & Berry, 2017).

Oběti těchto zážitků mohou ztratit chuť hubnout a žít zdravě (Cossrow et al., 2001). Diskriminace na základě hmotnosti též souvisí s vyšším rizikem úmrtí. Sutinová et al. (2015) zjistili, že se může jednat až o téměř 60% zvýšení tohoto rizika, což je srovnatelné například se škodlivými vlivy a riziky kouření nebo výskytem jiných nemocí. Vedle toho se také objevuje vyšší výskyt diabetu a poruch příjmu potravy (Wu & Berry, 2017).

Ukazuje se, že určitou úlohu hraje vnímání sebe sama. Jestliže se daná osoba s BMI odpovídajícím obezitě či nadváze sama takto necítí, nemusí být účinky hmotnostní stigmatizace tak škodlivé, jelikož zážitky stigmatizace nevnímá jako ohrožující identitu (Major et al., 2014). Mazurkiewiczová et al. (2021) zjistili, že čím větší je rozdíl mezi aktuální tělesnou hmotností a ideální váhou, tím častěji respondentky vnímaly stigmatizaci na základě hmotnosti.

K vyrovnávání se s váhovou stigmatizací pak lidé s vyšší tělesnou hmotností využívají různé copingové strategie (Puhl & Brownell, 2006), které budou popsány níže.

3.1. Dopad na duševní zdraví

Schmitt et al. (2014) zaznamenali užší souvislost diskriminace na základě váhy s duševní pohodou než u diskriminace na základě pohlaví a rasy. Mnoho výzkumů zjistilo souvislost mezi stigmatizací na základě hmotnosti a zvýšeným výskytem deprese. Jeden výzkum tohoto zaměření uskutečnili například Friedmanová et al. (2005). V jejich studii zkoumali u 93 obézních participantů vyhledávajících léčbu četnost stigmatizujících situací a výskyt depresivních symptomů k zjištění frekvence stigmatizace obézních osob Inventář

stigmatizujících situací, k vymezení depresivních symptomů byla použita Beckova stupnice pro posuzování závažnosti deprese. Čím častěji se obézní lidé setkávali se stigmatizací, tím u nich byla rozpoznána vyšší míra depresivity. Z výzkumu také vyplývá, že se s depresemi častěji potýkaly ženy a že byl větší výskyt této psychické nemoci patrný mezi participanty, kteří častěji řešili problémy v běžném životě (například potíže s úzkými sedadly v autobuse nebo s nepadnoucím oblečením), kteří zažívali posměchy již v dětství, nebo byli diskriminováni v práci. Ti jedinci, kteří sami zaujímali negativní postoje vůči lidem s nadváhou, trpěli vyšší úrovní deprese, ale také narušením obrazu svého těla a nízkým sebevědomím.

Častější výskyt deprese, úzkostí a stresových symptomů v důsledku tělesné stigmatizace potvrdili také Haywardová et al. (2018). Ve studii Puhlové a Brownella (2006) se ukázalo, že ženy i muži vykazovali podobně vysoké průměrné skóre v BDI-II odpovídající mírným depresivním symptomům.

3.2. Internalizace předpojatosti spojené s váhou

Definice internalizace předpojatosti spojené s váhou zazněla již v předešlé kapitole. Toto zvnitřnění předsudků a stereotypů týkající se hmotnosti je doprovázeno zvýšenou psychopatií a nižší kvalitou života. Je popsána souvislost s vyšším výskytem deprese, úzkostí, poruch příjmu potravy a nižším sebevědomím. WBI bývá také spojována s vyšší závažností obezity, s nižší motivací k chování, jež podporuje zdraví, a s nedůsledným dodržováním diety (Pearl & Puhl, 2018).

Některé výzkumy poukazují na vyšší vulnerabilitu žen vůči internalizaci zaujatosti vůči hmotnosti (Puhl et al., 2018). Himmelsteinová et al. (2019) došli k závěru, že také u mužů souvisí zážitky stigmatizace na základě váhy a zvnitřněná zaujatost vůči váze s větším množstvím depresivních symptomů, diet a zvýšené pravděpodobnosti přejídání se. Ovšem výsledky studie Himmelsteinová et al. (2018), do níž byli zapojeni jak muži, tak ženy, poukázaly na menší dopad negativních zážitků spojených s hmotností u mužů. Muži vykazovali méně depresivních symptomů, vyšší sebevědomí, lepší fyzické zdraví a vyšší psychickou pohodu.

V Americe internalizovalo předpojatost spojenou s váhou více než 40 % dospělých. Nejvyšších stupňů této internalizace dosahovali jedinci, kteří v minulosti zažili stigmatizaci na základě váhy, osoby, které dosahovaly vyšších hodnot BMI, které vnímaly svou hmotnost

jako vyšší, lidé bílé pleti a lidé snažící se zhubnout (Puhl et al., 2018). Také studie Puhlové a Himmelsteinové (2018) ukazuje, že je zmíněná internalizace více patrná u osob s vyšší hmotností. WBI bylo významně vyšší u chlapců a dívek trpících záchvatovitým přejídáním nebo jezením z důvodu vyrovnání se se stresem, kteří se ale zároveň snažili zhubnout.

Ze studie Hilbertové et al. (2014) vyplývá, že vyšší míru internalizace předpojatosti vůči obezitě mají ženy, opět osoby trpící obezitou (více než osoby s nadváhou) a osoby s nižším vzděláním nebo platem. Ve studii Jungové a Luck-Sikorskiové (2019) vyšlo shodně najevo, že se vyšší míra internalizace předsudků týkajících se tělesné váhy vyskytuje u respondentů s vyšším BMI. U těchto jedinců je zmapován častější výskyt deprese.

Haywardová et al. (2018) zjistili, že vyšší frekvence zážitků hmotnostní stigmatizace souvisí s větší internalizací. Toto zvnitřnění může vést k uchýlení se k maladaptivním formám copingových strategií, konkrétně například k odpojení se, namísto adaptivních reakcí na zátěž, jako je přehodnocení.

Pearlová et al. (2021) ve své studii, která zahrnovala respondenty zapojené do programu regulace hmotnosti, našli negativní asociaci mezi internalizovanými váhovými předsudky a úbytkem hmotnosti, sebekontrolou, self-efficacy v oblasti konzumace jídla, body image a duševní kvalitou života. Na druhou stranu se ukázala pozitivní spojitost s přibíráním na váze a kolísáním tělesné hmotnosti, s vnímaným stresem a využíváním copingové strategie konzumace jídla.

K zjištění míry internalizace předpojatosti vůči hmotnosti byla vyvinuta metoda Weight bias internalization Scale (WBIS, Škála internalizace předpojatosti spojené s váhou), která koreluje se sebeúctou, s úsilím být štíhlý a se zájmem o obraz vlastního těla (Durso & Latner, 2008). Tato metoda má také své modifikované verze, které představili Pearlová a Puhlová (2014) a Leeová a Dedrick (2016). Pearlová a Puhlová (2014) rozšířily využití metody i pro ostatní hmotnostní kategorie, tedy nejen pro kategorie nadváha a obezita, ale také normální váha a podvýživa. Leeová a Dedrick (2014) odstranili první položku, čímž zlepšili psychometrické vlastnosti tohoto nástroje.

Druhou užívanou metodou je Weight Self-Stigma Questionnaire (WSSQ, Dotazník hmotnostní sebestigmatizace), která hodnotí sebestigmatizaci související s hmotností. Metoda se zaměřuje na lidi spadající do kategorie nadváha nebo obezita. Dvě subškály postihují sebeznehodnocování a strach z uzákoněné stigmatizace (Lillis et al., 2010).

3.3. Vyrovnávání se s prožitou stigmatizací na základě hmotnosti

V této podkapitole nejprve obecně definujeme termín coping a pojmy s ním související. Následně se zaměříme na strategie zvládání, které využívají lidé s nadváhou či obezitou k vypořádání se se zažitou stigmatizací.

3.3.1 Definice

Obecně coping neboli zvládání stresu či zátěže definují Lazarus a Folkmanová (1984, s. 141) jako „neustále se měnící kognitivní a behaviorální snahy o zvládnutí specifických vnějších a vnitřních požadavků, které jsou hodnoceny jako zatěžující nebo přesahující zdroje osoby“. V této definici se za zátěž považuje něco, co svou povahou převyšuje limity člověka. Mareš (2001) upozorňuje na to, že se od dob zveřejnění definice Lazaruse a Folkmanové rozšířilo pojetí zátěže. Nyní se zátěží rozumí i běžné potíže, se kterými se člověk může setkávat každodenně. Byť se jedná o zdánlivě drobné překážky či nepříjemnosti, jejich negativní účinek se vlivem dlouhodobého působení může postupně hromadit. Pojem zvládání zátěže v sobě neobsahuje informaci, zda jde o adaptivní způsob zvládání stresu, či způsob, který se jeví jako nežádoucí.

Do procesu zvládání stresu vstupují mnohé osobnostní charakteristiky, které ovlivňují, jak danou situaci člověk zvládne, či naopak. Obecně se ukázalo, že nápomocnou charakteristikou v boji proti stresu je nezdolnost. Ta se dává do spojitosti s různými psychologickými teoriemi a následně se rozlišuje například nezdolnost v pojetí resilience, v pojetí koherence nebo nezdolnost v pojetí hardiness. Vliv na zvládání těžkostí má také vnímaná osobní zdatnost, anglicky nazývaná self-efficacy. Jistý podíl v boji s těžkostmi může mít optimismus, smysluplnost života, smysl pro humor, kladné sebehodnocení, sebedůvěra, síla vlastního já, svědomitost, naučený zdroj síly a negativní afektivita. Tyto koncepty jsou blíže specifikovány v četné psychologické literatuře. My zde pro úplnost podáváme pouhý výčet (Křivohlavý, 2009).

Na řádcích výše jsou prezentovány vnitřní zdroje zvládání stresu. Člověk však může pomoc nacházet i vně. V této souvislosti se hovoří o vnějších zdrojích zvládání stresu. Jednoznačně zde patří sociální opora a její materiální a nemateriální část. Podrobnější dělení zahrnuje emocionální podporu, podporu sebehodnocení, podporu sociální sítě, informační podporu a materiální podporu (Kliment, 2014).

Mnozí autoři rozlišují několik stylů zvládnání těžkostí. Zvládacím stylem se rozumí „zobecněné charakteristické relativně neměnné vzorce prožívání a chování jedince v zátěžové situaci, a zejména jeho tendence hodnotit situaci určitým způsobem a reagovat na ni v obecném smyslu“ (Paulík, 2017, s. 121). Známé je dělení na dva základní styly. První z nich bývá označován jako vyhýbání se stresu (avoidant style). V takovém případě člověk koná tak, aby co nejvíce redukoval střet se stresem. Druhý z nich je nazýván stavění se na odpor stresu (confrontive style, vigilant style). Člověk se nesnaží stresu unikát, naopak se mu pokouší čelit (Křivohlavý, 2009).

O něco užší a specifitější skupinu tvoří strategie zvládnání stresu (Křivohlavý, 2009). V literatuře lze často narazit na tři typy strategií. První z nich je zaměření se na emoce (emotion-focused coping), druhá ze strategií se zaměřuje na problém (problem-focused coping). K tomuto základnímu dělení Lazaruse a Folkmanové (1984) se může přidat ještě jedna strategie, orientace na únik (Baumgartner, 2001). Pod zvládnáním zaměřeným na emoce si čtenář může představit vyhýbání se, hledání pozitivní stránky negativních událostí, držení si odstupů, reinterpetaci jevů či expresivní vyjadřování emocí. Zvládnání zaměřené na problém spočívá v tom, že se jedinec snaží pozměnit okolí, nějakým způsobem ho modifikuje. Tyto strategie využívají stejné principy používané i u řešení problému. Na začátku se definuje samotný problém, pokračuje se přes hledání alternativního řešení, zaměření se na výhody a nevýhody, vybrání vhodného řešení a tento řetězec postupů uzavírá jednání. Mimo to zvládnání zaměřené na problém obsahuje též další strategie nad rámec pouhého řešení problému (Lazarus & Folkman, 1984).

Vedle copingových strategií lze rozlišovat také copingové reakce (coping reactions), které probíhají automaticky, nevědomě a které jsou přirozené (Křivohlavý, 2009).

3.3.2 Copingové strategie v souvislosti s hmotnostní stigmatizací

Zkušenosti se stigmatizací vyvolávají u zasažených jedinců stres. Již v předchozí podkapitole jsme popisovali jistou souvislost mezi zážitky stigmatizace na základě váhy a jejich dopadem na duševní zdraví daných osob. Zvládnání stresu pomocí copingových strategií může figurovat ve vztahu zažitá stigmatizace – duševní zdraví jako jeho mediátor. Některé výzkumy potvrdily tuto roli jak u stigmatizace obecně (Partow et al., 2021), tak u užší skupiny stigmatizace na základě hmotnosti (Himmelstein et al., 2018). Jiné ukázaly, že tento vztah copingové strategie nezprostředkovaly (Himmelstein et al., 2020).

Při vyrovnávání se s hmotnostní stigmatizací se používá pestrá paleta copingových strategií (Puhl & Brownell, 2006). Je však nutno si uvědomit, že některé strategie zvládání mohou z dlouhodobějšího hlediska spíše škodit, i když primárně slouží k vyrovnání se s konkrétní stresovou událostí (Gerend et al., 2021). Mezi užívanými typy copingových strategií patří například potvrzení a sebezpřijetí stereotypů, ochrana sebe sama (ochrana sebevědomí), kompenzace, osobní atribuce, vyjednávání o identitě, konfrontace, sociální aktivismus, vyhýbání se a psychické odloučení, komunitní zvládání a hubnutí (Puhl & Brownell, 2003). Zažívaná stigmatizace může vyvolávat stres, který je následně zajídan. Jídlo zde figuruje jako prostředek k uklidnění a zvládání tohoto napětí, což lze považovat za copingovou strategii (Puhl & Brownell, 2006; Tomiyama, 2014). Konzumace potravy ale může být účinná pouze v krátkodobém měřítku. Při jejím dlouhodobém užívání se stává neúčinnou, jelikož vyvolává další pocity viny či úzkost (Gerend et al., 2021).

Některé copingové strategie se jeví jako adaptivní a jsou spojeny s vyšší kvalitou života, o některých však lze hovořit jako o maladaptivních a kvalitu života spíše snižují. Jelikož byl nalezen silný vztah mezi mírou setkávání se se stigmatizujícími situacemi a využíváním maladaptivních strategií, mohou lidé s bohatými zkušenostmi s hmotnostní stigmatizací tíhnout k využívání právě těchto spíše škodlivých zvládacích strategií a zafixovat si je jako běžný styl zvládání (Hayward et al., 2017).

Himmelsteinová a Puhlová (2018) prováděly výzkum s adolescenty, kteří se účastnili tábora na hubnutí. Participantů nejčastěji využívali jezení jakožto strategii zvládání zkušeností se stigmatizací, vyhýbavé chování a lhostejný postoj ke stigmatizaci. Jediný rozdíl mezi pohlavím byl nalezen u copingové strategie jezení, kterou častěji užívaly dívky. Jestliže posmívání kvůli hmotnosti pocházelo od členů rodiny, využívali účastníci vyhýbavé chování v menší míře. Jestliže se však jednalo o škádlení ze strany vrstevníků a kamarádů nebo šlo o internalizovanou zaujatost vůči hmotnosti a subjektivní váhový status, objevovalo se vyhýbavé chování čteněji.

Jako copingová strategie může sloužit také humor. Jedná se ovšem o jakousi dvousečnou zbraň. Může sloužit jako adaptivní, účinná copingová strategie. Stejně tak je možné zařadit jej mezi maladaptivní formy zvládání. Martin et al. (2003) identifikovali čtyři dimenze humoru, z nichž se první dvě řadí do adaptivních strategií. Jedná se o sebezposilující humor a humor k posílení vztahů s ostatními neboli afiliativní humor. Zbylé dvě dimenze odpovídají maladaptivním formám strategií zvládání. Zde spadá agresivní styl humoru, který je postavený na úkor ostatních, a sebedestruktivní humor, tedy humor na úkor sebe.

K identifikaci užívaných copingových strategií v kontextu váhového stigmatu byla sestrojena metoda Coping Responses Inventory (CRI, Inventář copingových strategií). Inventář obsahuje celkem 99 položek spadajících do 21 subškál (Myers & Rosen, 1999). Zkrácená verze inventáře řadí položky do dvou subškál, které odpovídají adaptivnímu a maladaptivnímu způsobu vyrovnávání se s prožitou hmotnostní stigmatizací (Hayward et al., 2017).

3.3.3 Rozdíly v užívání copingových strategií

Strategie zvládání jsou ovlivněny několika faktory. Puhlová a Brownell (2003) uvádí pohlaví, vnímanou kontrolu nad stigmatem, vlastní vnímání schopnosti řešit problémy, osobnost, očekávání negativní nálady (schopnost zmírnit negativní náladu), přesvědčení o spravedlivém světě, protestantskou etiku (přesvědčení, že tvrdá práce je cestou k úspěchu), sebevědomí, věk a sociální síť / skupinovou identitu.

Některé výzkumy zaměřily svou pozornost na rozdíly v pohlaví ve využívání různých typů copingových strategií. Studie Puhlové a Brownell (2006) s účastníky z národní podpůrné skupiny pro hubnutí ukázala, že ženy nejvíce používají pozitivní promlouvání ke své osobě, konzumaci jídla, vyhýbání se negativním poznámkám a hledání sociální podpory. U mužů se nejčastěji užívané zvládací strategie příliš nelišily. Jediný rozdíl bylo nahrazení vyhledávání sociální opory vírou, náboženstvím nebo modlitbou. Obecně nebyly nalezeny žádné signifikantní odlišnosti v typech zvládacích strategií mezi ženskými a mužskými účastníky.

Ve studii Puhlová a Brownell (2006) se mimo jiné soustředili na věk a výběr copingových strategií. Autoři zjistili, že lidé nižšího věku oproti starším lidem častěji volí negativní promlouvání k sobě samému, vyhýbání se stigmatizujícím situacím, negativní odpovědi a jzení většího množství jídla.

Další zkoumanou proměnnou bylo BMI. Některé výzkumy zjistily, že BMI nemá vliv na výběr zvládacích strategií (Puhl & Brownell, 2006). Ovšem Mazurkiewiczová et al. (2021) odhalila, že skupina žen s vyšší tělesnou hmotností častěji volily strategie plánování, popírání a využívání informační podpory ke zvládnutí stresových situací. Byl také nalezen vztah mezi velikostí rozdílu aktuální a ideální hmotnosti a využíváním maladaptivní strategie zvládání, konkrétně sebeobviňováním. S nárůstem tohoto rozdílu se sebeobviňování u žen s vyšší tělesnou váhou objevovalo častěji. Ženy spadající do kategorie normální váha používaly popírání a odklon od náboženství.

Mazurkiewiczová et al. (2021) zjistili, že ani v používání různého typu humoru u různých skupin dle tělesné váhy neexistuje výrazný rozdíl. U obézních respondentek však zjistili korelaci mezi procentem tělesného tuku a přikláněním se k agresivnímu a sebedestruktivnímu stylu humoru. V kategorii žen s vyšší tělesnou hmotností zaznamenali častější využívání humoru k redukci stresu, zvláště pak v situacích spojených se stigmatizací na základě váhy.

VÝZKUMNÁ ČÁST

4 VÝZKUMNÝ PROBLÉM

Obezita se stala velmi rozšířeným onemocněním, které postihuje děti i dospělé (WHO, 2022). Tato nemoc má dopad nejen na fyzické zdraví, ale zasahuje také oblast psychosociální. Obézní lidé či lidé s nadváhou se potýkají s předsudky, stereotypy, diskriminací a stigmatizací (Himmelstein et al., 2018; Jung & Luck-Sikorski, 2019; Puhl et al., 2021). Stigmatizaci na základě hmotnosti zažívají ženy i muži (Himmelstein et al., 2019; Sikorski et al., 2015). Častěji se objevuje u mladších jedinců (Jackson & Steptoe, 2017) a u lidí s vyšším BMI (Himmelstein et al., 2018). Obézní lidé jsou stigmatizováni v mnoha oblastech života. Jedná se o zaměstnání, kde se stigmatizace může objevit v kterékoli fázi pracovního cyklu (Pearl, 2018), vzdělání (Nutterové et al., 2019) či zdravotnictví, v němž stigmatizují studenti medicíny či výživy, lékaři i samotní odborníci zaměřující se na obezitu (Hayran et al., 2013; Tomiyama et al., 2015). Zkušenosti se stigmatizací na základě hmotnosti pochází také ze strany členů rodiny, kamarádů či vrstevníků (Himmelstein & Puhl, 2018; Puhl & Himmelstein, 2018) a médií (Pearl, 2018). Obézní lidé se s ní potýkají i při navazování vztahů a v sexuální oblasti (Gailey, 2012). Určité překážky vyvolává samotné fyzické prostředí (Myers & Rosen, 1999). Mnoho autorů podává návrhy intervencí a prevence tohoto negativního jevu (Pearl, 2018; Sikorski et al., 2015).

Zažitá zkušenost hmotnostní stigmatizace taktéž proniká do bio-psycho-sociálních oblastí (Hayward et al., 2018; Wu & Berry, 2017). Mnozí autoři výzkumů zabývajících se touto problematikou zaznamenali zvýšený výskyt deprese a úzkosti u lidí s vyšší tělesnou hmotností (Haywardová et al., 2018). Může dojít k internalizaci předpojatosti vůči obezitě, která obnáší řadu problémů včetně nižšího sebevědomí, vyššího výskytu poruch příjmu potravy, deprese a úzkosti. Tento balíček potíží poté snižuje celkovou kvalitu života obézních jedinců a jedinců s nadváhou (Pearl & Puhl, 2018). V této souvislosti prokazují větší náchylnost ženy (Puhl et al., 2018). K vyrovnání se s negativními zážitky spojenými s tělesnou hmotností využívají jedinci mnohé copingové strategie (Puhl & Brownell, 2006).

Ve světě se problematice stigmatizace na základě hmotnosti věnuje spousta studií (Himmelstein et al., 2018; Jung & Luck-Sikorski, 2019; Puhl et al., 2021). V České republice zatím nejsou na toto téma prováděné četné výzkumy. Věnuje se mu však několik diplomových prací (například Beníčková, 2019). Toto téma otevírají některé organizace či

kampaně. Příkladem jsou Moje tělo je moje nebo Stop obezitě. Prozatím nejsou k dispozici standardizované české verze nástrojů zjišťujících četnost hmotnostní stigmatizace, využívání copingových strategií týkající se přímo této problematiky či měřící míru internalizace předpojatosti spojené s váhou. Z tohoto důvodu bylo nutné jejich převedení do českého jazyka.

Inspirací našeho výzkumu se stala americká studie Puhlové a Brownella (2006), která měla za cíl zjistit a popsat zkušenosti s hmotnostní stigmatizací, zdroje stigmatizace, používané copingové strategie, související psychologické fungování a stravovací chování u lidí trpících obezitou a nadváhou.

Výzkumné cíle

Prvním cílem práce je z důvodu absence českých metod převedení zahraničních nástrojů zjišťujících četnost stigmatizujících situací (krátká verze SSI), copingové strategie (krátký CRI), zdroje tohoto druhu stigmatizace (Škála interpersonálních zdrojů stigmatizace na základě hmotnosti) a internalizaci předpojatosti spojené s váhou (WBIS-M) a stanovení jejich psychometrických vlastností.

Výzkumný problém jsme rozdělili na dvě části. V první části – deskriptivní, je naším cílem identifikovat nejhojněji se vyskytující stigmatizující situace, určit nejčastěji užívané copingové strategie, zdroje váhové stigmatizace a zjistit pohled respondentů na hmotnostní stigmatizaci v médiích. Tato část se bude soustředit pouze na lidi s vyšší tělesnou hmotností.

Cílem druhé části výzkumu je zjistit vztahy mezi četností zkušeností stigmatizace na základě hmotnosti, užívanými copingovými strategiemi, internalizací předpojatosti spojené s hmotností a vnímáním vlastního těla s důrazem na osoby s vyšší tělesnou hmotností. Bude také provedena komparace se zbylými váhovými kategoriemi. Za další cíl bylo stanoveno zjišťování rozdílů mezi stanovenými proměnnými (pohlaví, věk, kategorie BMI). Posledním cílem je určení proměnných podílejících se na psychickém stavu, zde se konkrétně jedná o přítomnost deprese.

Hypotézy

V návaznosti na výzkumné cíle jsme formulovali následující hypotézy, které jsou rozděleny do třech celků.

a) Hypotézy týkající se četnosti stigmatizujících situací (krátká verze SSI)

H1: Existuje rozdíl mezi participanty v kategoriích BMI v celkovém skóru hmotnostní stigmatizace v SSI.

H2: Ženy dosahují vyššího celkového skóru hmotnostní stigmatizace v SSI.

H3: Věk negativně koreluje se zažitou hmotnostní stigmatizací.

H4: Diskrepance mezi reálnou a ideální postavou zjištěná v BOBR pozitivně koreluje s celkovým skórem hmotnostní stigmatizace v SSI.

b) Hypotézy týkající se copingových strategií (metoda Krátký CRI)

H5: Existuje rozdíl mezi participanty v kategoriích BMI v hrubém skóru v subškále Přehodnocení metody Krátký CRI.

H6: Existuje rozdíl mezi participanty v kategoriích BMI v hrubém skóre v subškále Odpojení metody Krátký CRI.

H7: Celkové skóre hmotnostní stigmatizace v SSI negativně koreluje s hrubým skóre v subškále Přehodnocení metody Krátký CRI.

H8: Celkové skóre hmotnostní stigmatizace v metodě SSI pozitivně koreluje se skórem v subškále Odpojení metody Krátký CRI.

c) Hypotézy týkající se internalizace předpojatosti spojené s váhou (metoda WBIS-M)

H9: Existuje rozdíl mezi participanty v kategoriích BMI v celkovém skóre internalizace předpojatosti spojené s váhou ve WBIS-M.

H10: Ženy dosahují vyššího skóre internalizace předpojatosti spojené s váhou ve WBIS-M.

H11: Celkové skóre hmotnostní stigmatizace v SSI pozitivně koreluje s celkovým skóre internalizace předpojatosti spojené s váhou ve WBIS-M.

H12: Skóre v subškále Přehodnocení metody Krátký CRI negativně koreluje s celkovým skóre internalizace předpojatosti spojené s váhou ve WBIS-M.

H13: Skóre v subškále Odpojení metody Krátký CRI pozitivně koreluje s celkovým skóre internalizace předpojatosti spojené s váhou ve WBIS-M.

H14: Diskrepance mezi reálnou a ideální postavou zjištěná v BOBR pozitivně koreluje s celkovým skóre internalizace předpojatosti spojené s váhou ve WBIS-M.

Predikce výskytu deprese – v poslední části jsme zjišťovali, které proměnné predikují depresi. Jednalo se explorativní postup, v této části nebyly stanoveny hypotézy.

5 TYP VÝZKUMU A POUŽITÉ METODY

Vzhledem k výzkumnému problému a cílům jsme zvolili kvantitativní design výzkumu formou online dotazníkového šetření. U cílů deskriptivní části týkajících se zmapování nejhojnějších stigmatizujících situací, zdrojů stigmatizace kvůli hmotnosti, identifikace nejvíce používaných copingových strategií a zjištění pohledu na výskyt stigmatizace v médiích se jedná o deskriptivní design. U dalších cílů se bude jednat o korelační studii a studii prediktivní. Ke zjištění rozdílů mezi vybranými proměnnými slouží design diferenčních přehledů, jejichž záměrem je nalézt odlišnosti u dvou či více skupin mezi zvolenými proměnnými (Ferjenčík, 2010).

5.1 Testové metody

K získání dat jsme sestrojili online dotazníkovou baterii sestávající z 6 metod (SSI – krátká verze, Krátký CRI, Škála interpersonálních zdrojů stigmatizace na základě hmotnosti, WBIS-M, BOBR, BDI-II). Na začátku dotazníkové baterie respondenti vyplnili několik sociodemografických položek týkajících se na pohlaví, věk, národnost a spokojenost s tvarem těla a se svou hmotností. Do baterie byly také umístěny dvě otázky mířící na stigmatizaci na základě hmotnosti v médiích. V závěru respondenti uváděli svoji tělesnou výšku a hmotnost sloužící k výpočtu hodnoty BMI.

5.1.1 Krátká verze inventáře stigmatizujících situací (Krátká verze SSI)

Autory původní verze Stigmatizing Situations Inventory – Inventáře stigmatizujících situací jsou Myers a Rosen (1999). Tato verze obsahuje celkem 50 položek týkajících se situací, ve kterých mohou být obézní lidé či lidé s nadváhou stigmatizováni. SSI se skládá z 11 subškál, přičemž každá subškála reprezentuje různé oblasti váhového stigmatu (komentáře od dětí, ostatní o vás vyslovují negativní domněnky, fyzické překážky, upřený pohled, nevhodné komentáře lékařů, nepříjemné komentáře od rodiny, nepříjemné komentáře od ostatních, vyhýbání se / být vyloučen / být ignorován, milované osoby se stydí za vaši velikost, pracovní diskriminace a fyzické napadení). Položky jsou hodnoceny na 10bodové Likertově škále, kde 0 – nikdy, 1 – jednou v životě, 2 – několikrát v životě, 3 – přibližně jednou za rok,

4 – několikrát za rok, 5 – přibližně jednou za měsíc, 6 – několikrát za měsíc, 7 – přibližně jednou za týden, 8 – několikrát za týden, 9 – denně. Hrubé skóre se získá zprůměrováním položek. Metoda vykazuje výbornou vnitřní konzistenci, Cronbachova alfa = 0,95.

Do našeho výzkumu jsme zvolili zkrácenou verzi SSI, která byla vytvořena Vartanianem a uveřejněna v roce 2015. Z původních 50 položek bylo ponecháno 10 z nich. Byla vybrána vždy jedna položka z každé subškály kromě subškály fyzické napadení, která měla nejvyšší průměrnou korelací mezi položkou a součtem pro každou z 10 subškál SSI. Položky zůstávají hodnoceny na 10bodové škále. Hodnota Cronbachovy alfy se pohybovala od 0,84–0,85 (Vartanian, 2015).

Jako příklad uvádíme položku číslo 4, která se týká stigmatizace ze strany lékařů: *Lékař vám doporučil dietu, přestože jste za ním nepřišel/a kvůli hubnutí.*

5.1.2 Krátký inventář copingových strategií (Krátký CRI)

Původní dlouhou verzi Coping Responses Inventory – Inventáře copingových strategií sestavili Myers a Rosen (1999). Metoda slouží ke zjišťování způsobů, jak se lidé vyrovnávají s prožitou stigmatizací. Do inventáře je zahrnuto celkem 99 položek, které jsou rozřazeny do 21 subškál. Odpovědi je možné vybírat na 10bodové škále, kde 0 znamená nikdy a 9 denně. Strategie zvládnání stresu spojené se stigmatizací na základě váhy nazvali autoři pozitivní promlouvání k sobě samému, odvrácení negativních poznámek, užívání víry, náboženství nebo modlitby, sebeláska a sebezpřijetí, negativní promlouvání k sobě samému, konzumace jídla, sociální podpora, odmítnutí diety, vnímání situace jako problému ostatních, humor, odmítnutí zakrývání svého těla, ignorování situace, pláč a izolování se, pozitivní reagování, sociální podpora lidí s vyšší tělesnou hmotností, vyhýbání se situaci nebo odcházení z ní, dieta, vzdělávání sebe a ostatních o tématu stigmatizace obézních, negativní reagování a urážení nazpátek, vyhledávání terapie a fyzické násilí.

Stejně jako u předchozí metody jsme i v tomto případě zahrnuli do naší testové baterie zkrácenou verzi – Brief CRI, jejímiž autory jsou Haywardová et al. (2017). Zkrácený inventář copingových strategií zahrnuje 10 položek a 2 subškály s názvy Přehodnocení a Odpojení. Copingová strategie přehodnocení se považuje za adaptivní formu zvládnání situací pojící se s vyšší životní pohodou. Copingová strategie odpojení je příkladem maladaptivní formy zvládnání, pro kterou je typická nižší životní pohoda. Na rozdíl od původního Inventáře copingových strategií použili autoři zkrácené verze také zkrácenou, 5bodovou frekvenční škálu – 0 – nikdy, 1 – zřídka, 2 – někdy, 3 – často, 4 – vždy. Autoři dodávají, že zúžení

možností odpovědí nemělo zásadní vliv na výsledky. Cílem bylo posílit normalitu rozložení výzkumného souboru. Pro získání hrubého skóru z každé subškály se vypočítává průměr jejich položek (Hayward et al., 2017). Bližší popis subškál je k nalezení v tabulce 4.

Tabulka 4: Subškály a ukázkové položky metody Krátký CRI

Subškála	Popis subškály a ukázka položek	α
Přehodnocení (reappraisal coping)	Subškála Přehodnocení je zaměřena na pozitivní myšlení a schopnost přehodnotit situaci jako problém ostatních.	0,82
	- <i>Snažím se myslet na dobré věci, které se mi staly.</i> (položka č. 1)	–
	- <i>Pokud má někdo problém s tím, jak vypadám, je to podle mě jejich problém, ne můj.</i> (položka č. 3)	0,88
Odpojení (disengagement coping)	Subškála Odpojení zahrnuje negativní promlouvání k sobě samému, stažení se a vyhýbavé reakce.	0,83
	- <i>Myslím si, že mě kvůli mé váze nebude nikdo nikdy milovat.</i> (položka č. 9)	–
	- <i>Vyhýbám se chození na veřejnost, protože se bojím, že lidé budou komentovat moji postavu.</i> (položka č. 10)	0,87

5.1.3 Modifikovaná škála internalizace předpojatosti spojené s váhou (WBIS-M)

Autorkami původní verze Weight Bias Internalization Scale (WBIS) jsou Dursoová a Latnerová (2008). Nástroj slouží ke stanovování míry internalizace předpojatosti spojené s váhou u osob trpících nadváhou nebo obezitou. Tato verze obsahuje celkem 11 položek. Respondenti vyjadřují míru svého souhlasu s jednotlivými položkami na 7bodové Likertově stupnici od 1 (naprosto nesouhlasím) po 7 (naprosto souhlasím). První a devátá položka jsou skórovány inverzně. Hrubé skóre se získá zprůměrováním všech položek. Koeficient Cronbachova alfa vycházela 0,90.

Autorky Pearlová a Puhlová (2014) provedly u této metody změny a vytvořily tak Modified Weight Bias Internalization Scale, v níž byl pojem overweight nahrazen termínem weight, díky čemuž se tato škála stala použitelná pro všechny váhové kategorie. Byl ponechán stávající počet položek i možností odpovědí. Jelikož byly v našem vzorku zastoupeny i jiné váhové kategorie než nadváha a obezita, zvolili jsme modifikovanou verzi škály.

Leeová a Dedrick (2016) upozornili na lepší psychometrické vlastnosti škály při odstranění první položky původní verze WBIS. Před odstraněním této položky vycházela ve dvou výzkumných vzorcích Cronbachova alfa 0,90 a 0,91. Po jejím vyjmutí se tyto

hodnoty zvýšily na 0,92 a 0,94. Stejně jako například Pearlová et al. (2021) jsme nakonec pracovali s 10položkovou verzí WBIS-M.

Jako příklad uvádíme položku číslo 2: *Kvůli své váze jsem méně atraktivní než většina ostatních lidí.*

5.1.4 Interpersonální zdroje stigmatizace na základě hmotnosti

Tento seznam interpersonálních zdrojů stigmatizace na základě hmotnosti (Interpersonal Sources of Weight Stigma Scale) poprvé použili Puhlová a Brownell (2006). Ve 22 položkách zjišťuje, jaký je interpersonální původ váhové stigmatizace a jak často osoby ze seznamu stigmatizují jedince s nadváhou či obezitou. Vnitřní konzistence byla vysoká – Cronbachova alfa vyšla 0,90. Pearlová et al. (2018) roztřídili zdroje stigmatizace do 7 kategorií (původní rodina – matka atd., získaná rodina – manžel/ka atd., přátelé, škola, práce, zdravotní péče a komunita/ostatní).

Jelikož cílem našeho výzkumu není zjišťovat frekvenci stigmatizace ze stran různých osob, ale pouze zmapovat zdroje stigmatizace na základě hmotnosti, postačí nám informace, zda daní jedinci osoby stigmatizují či nikoli. Respondenti tedy dostali zmíněný seznam 22 možných zdrojů hmotnostní stigmatizace, v němž zaškrtovaly ty zdroje stigmatizace, se kterými se setkali.

Jako příklad předkládáme několik interpersonálních zdrojů stigmatizace uvedených v seznamu: *lékaři, spolužáci, prodavači v obchodech, přátelé, spolupracovníci nebo kolegové.*

5.1.5 Beckova škála deprese (BDI-II)

Jedná se o standardizovanou sebesposuzovací stupnici k stanovení intenzity deprese, kterou jako první vydal A. T. Beck v roce 1961. Postupem času došlo k revidování původní verze až do dnešní podoby škály, která pochází z roku 1996. Nástroj slouží ke stanovení aktuálního stavu jedince, zjišťuje přítomnost depresivních symptomů a jejich závažnost. Metoda se může užít u osob ve věku 13 až 80 let. Skládá se z 21 položek. Položky v BDI-II postihují afektivní, kognitivní, motivační a fyziologické symptomy deprese. Respondent vybírá odpověď nejlépe vypovídající o jeho psychickém stavu ze 4 možností (0–3). Výsledné skóre se získá sečtením všech skóre. Toto celkové skóre může nabývat hodnot od 0 do 63, přičemž 0–13 bodů značí minimální nebo žádnou depresi, 14–19 bodů mírnou depresi, 20–28 střední

depresi a 29–63 těžkou depresi. Jednotlivé cut-off skóry vychází ze standardizační studie. Hodnota Cronbachovy alfy metody BDI-II vyšla v rozsahu 0,83–0,96. Na základě faktorové analýzy byly nalezeny tři faktory – kognitivní, somatický a afektivní (Beck et al., 1999).

V České republice se používá přeložená verze BDI-II. Byla provedena studie ověřující validitu a reliabilitu české verze škály, do které bylo zapojeno 1027 probandů. Byla zjištěna vysoká vnitřní konzistence. Koeficient Cronbachova alfa se rovnala číslu 0,93. Konfirmační faktorová analýza potvrdila přítomnost 3 faktorů (Ptáček et al., 2016).

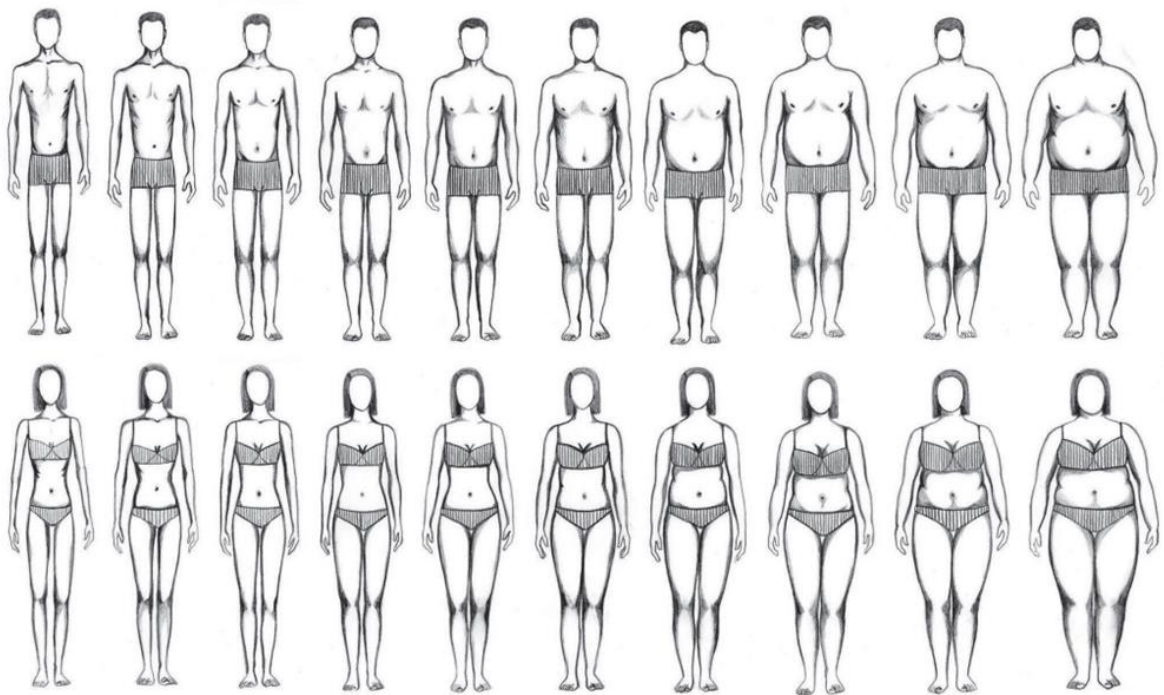
Zde pro ilustraci podáváme několik položek: *smutek, pesimismus, pocit viny, ztráta zájmu, změna spánku, koncentrace, únava*.

5.1.6 Základní olomoucká škála k posouzení postav (BOBR)

Metodu BOBR (Basic Olomouc Body Rating) vytvořili Šrámková a Cakirpaloglu (2015). BOBR se řadí mezi obrázkové škály postav sloužící k měření spokojenosti se svým fyzickým vzhledem, respektive měření fyzického sebepojetí. Metoda byla validována a byla také ověřena její reliabilita. Respondenti vybírají z 10 mužských nebo ženských postav na obrázku nejprve tu, která se nejvíce podobá jejich vysněnému tvaru postavy (ideální postava) a následně tu, která odráží současný vzhled (reálná postava). Vlevo je vždy umístěna nejštíhlejší postava, směrem doprava jsou zobrazovány postavy stále otlejší až po postavu nejvíce obézní. Všechny postavy jsou stejně vysoké, na sobě mají spodní prádlo, jsou nakresleny bez obličejových charakteristik a mají stejnou délku vlasů. Výsledný skór je dán porovnáním obou odpovědí probanda, tedy srovnání ideální postavy a té aktuální. Tyto dvě hodnoty se od sebe následně odečtou a jejich absolutní hodnota odpovídá diskrepanci mezi ideální postavou a reálnou postavou.

Při ověřování hypotéz budeme pracovat právě s uvedeným rozdílem mezi reálnou a ideální postavou.

Obrázek 1: Sebeposuzovací vizuální škála BOBR



5.1.7 BMI

Vedle testových metod jsme pracovali také s hodnotami BMI, které se vypočítají z údajů tělesné výšky a váhy. Dle WHO (2000) se tyto hodnoty řadí do šesti kategorií – podvýživa, normální váha, nadváha, obezita 1. stupně, obezita 2. stupně a obezita 3. stupně. Při posuzování rozdílů ve zkušenostech se stigmatizací na základě hmotnosti mezi hmotnostními kategoriemi jsme pracovali se všemi váhovými kategoriemi. V ostatních případech jsme se soustředili pouze na kategorie nadváha a obezita 1., 2. a 3. stupně, jelikož se naše práce orientuje především na osoby s vyšší tělesnou hmotností.

6 SBĚR DAT A VÝBĚROVÝ SOUBOR

V této části bude nejprve představen postup sběru dat včetně krátkého procesu, který sběru předcházel. Následně budou uvedeny charakteristiky výběrového souboru.

6.1 Sběr dat

Po vytvoření online dotazníkové baterie jsme v říjnu 2021 provedli pilotní ověření její srozumitelnosti, kterého se účastnilo sedm osob. Tyto osoby jednotlivě vyplnily dotazníky za přítomnosti výzkumníka, přičemž podávaly návrhy, nápady či myšlenky související s danou problematikou. Poté došlo k úpravě baterie do finální podoby. Výzkum probíhal od listopadu 2021 do ledna 2022 na webové stránce vyplnto.cz (<https://www.vyplnto.cz/>). Inzeráty s odkazem na výzkum a základními informacemi byly zavěšeny na různých facebookových skupinách. Cennou pomocí bylo ochotné sdílení inzerátů kampaní Moje tělo je moje a společností STOB. Veškeré instrukce měli respondenti k dispozici v úvodní části dotazníkové baterie a u jednotlivých metod. Průměrná délka vyplňování dotazníkové baterie byla rovna necelým 15 minutám.

Výzkumný soubor byl vybírán na základě příležitostného výběru, výběru založeném na dobrovolnících, kvótního výběru a metody sněhové koule, kdy docházelo k vyplnění dotazníkové baterie participanty na podnět již ve výzkumu zapojených osob. Co se týče kvótního výběru, snažili jsme se naplnit kvóty jednotlivých kategorií BMI, u kterých ovšem nebyly předem stanovené přesné velikosti. Vzhledem k uvedeným metodám výběru nelze zaručit reprezentativnost vzorku (Ferjenčík, 2010).

6.2 Výběrový soubor

Do výzkumu se zapojilo celkem 715 respondentů. Z tohoto počtu byly 3 respondenti z výzkumu vyřazeni pro udání pohlaví – jiné, 1 z důvodu věku, jenž nespadal do požadovaného rozpětí, 11 osob nepocházelo či nežilo v České republice, u 8 respondentů byl zaznamenán velmi krátký čas vyplňování dotazníkové baterie, 1 osoba udala neaktuální hmotnost (zjištěno z komentáře) a 1 osoba do kolonky tělesná hmotnost vyplnila nereálnou váhu (10 kg). Finální počet respondentů tedy odpovídá 690 jedincům, z nichž 602 jsou ženy (87,3 %) a 88 jsou muži (12,8 %) ve věkovém rozpětí 18–63 let.

Tabulka 5: Deskriptivní charakteristiky souboru mužů a žen z hlediska věku

Skupina	Počet	Průměr	SD	Minimum	Maximum
Ženy	602	30,0	9,9	18	63
Muži	88	26,2	7,6	19	57
Celý soubor	690	29,5	9,7	18	63

Tabulka 6: Rozložení BMI mezi respondenty (n = 690)

Kategorie dle BMI	Ženy	Muži	Celkem
Podvýživa	31	3	34
Normální váha	204	32	236
Nadváha	142	30	172
Obezita 1. stupně	113	16	129
Obezita 2. stupně	64	4	68
Obezita 3. stupně	48	3	51

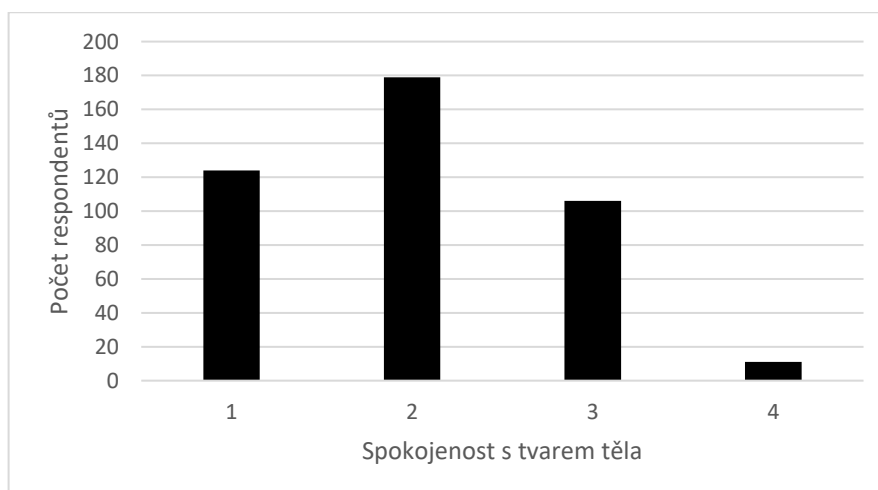
Nejzastoupenější kategorií je normální váha (hodnota BMI 18,50–24,99), následovaná kategorií nadváha (hodnota BMI 25,00–29,99). Průměrná hodnota BMI u žen (n = 602) je 28,46 ($SD = 7,53$) s minimem 14,69 a maximem 64,65. Průměrná hodnota BMI u mužů (n = 88) je 26,72 ($SD = 14,63$). Minimum se rovná 14,63, maximum 52,63.

Tabulka 7: Rozložení BMI mezi respondenty po odstranění osob bez zkušeností se stigmatizujícími situacemi (n = 601)

Kategorie dle BMI	Ženy	Muži	Celkem
Podvýživa	28	3	31
Normální váha	150	19	169
Nadváha	133	26	159
Obezita 1. stupně	110	15	125
Obezita 2. stupně	64	4	68
Obezita 3. stupně	47	2	49

V některých případech (srovnávání užívání copingových strategií a internalizace předpojatosti vůči obezitě mezi všemi kategoriemi BMI) jsme počítali pouze s osobami, které mají zkušenost alespoň s jednou stigmatizující situací alespoň jednou v životě. Z toho důvodu bylo pro tyto účely vyřazeno 81 osob. Graf 1 informuje o rozložení BMI zbylých respondentů. Průměrné BMI u žen se rovná $M = 29,19$ ($SD = 7,59$), minimum a maximum zůstává stejné jako výše. Průměrné BMI u mužů je $M = 27,12$ ($SD = 5,80$), s minimem 14, 63 a maximem 43,94.

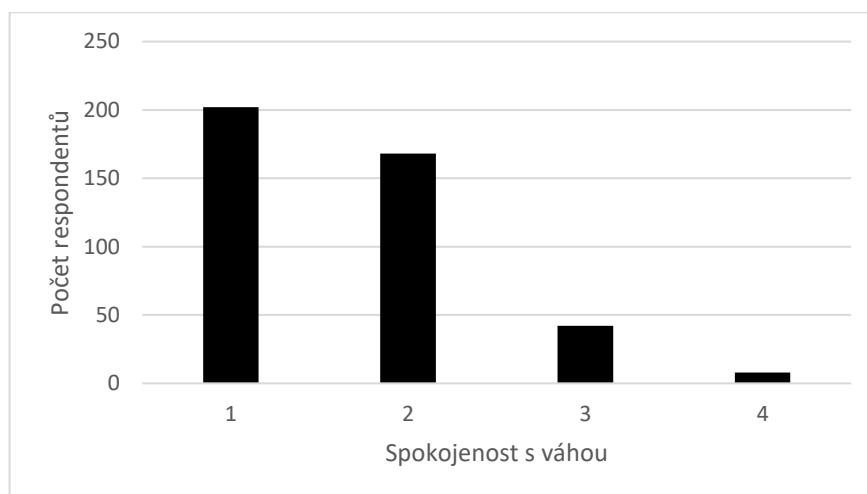
Graf 1: Spokojenost s tvarem těla (n = 420)



Pozn.: na ose x: 1= zcela nespokojen/a, 2 = nejsem moc spokojen/á, 3 = jsem docela spokojená, 4 = jsem zcela spokojen/á

U lidí s vyšší tělesnou hmotností bylo se svým tvarem těla nespokojeno celkem 124 osob. Odpověď nejsem moc spokojen/á zvolilo 179 osob. Docela spokojeno se svým tvarem těla bylo 106 lidí a zcela spokojeno bylo 11 lidí.

Graf 2: Spokojenost s váhou (n = 420)



Pozn.: na ose x: 1= zcela nespokojen/a, 2 = nejsem moc spokojen/á, 3 = jsem docela spokojen/á, 4 = jsem zcela spokojen/á

Se svou hmotností nebylo vůbec spokojeno 202 lidí s vyšší tělesnou hmotností. Druhá možnost – nejsem moc spokojen/á se objevovala u 168 respondentů, třetí možnost – jsem docela spokojen/á u 42 osob a zcela spokojeno se svou váhou bylo 8 osob.

6.3 Etické hledisko a ochrana soukromí

V rámci našeho výzkumu nebylo nutné participanty klamat. Jeho účel byl otevřeně sdělen v inzerátech a v úvodu dotazníkové baterie. Před vstupem do výzkumu byli účastníci informováni o principu dobrovolnosti a zaručení anonymity. Po participantech nebylo vyžadováno uvádění jména. Někteří dle vlastního rozhodnutí udali svou emailovou adresu k získání výsledků výzkumu. Participanti měli možnost kdykoli z výzkumu odstoupit, tedy opustit vyplňování online dotazníkové baterie v jakékoli její části. V případě dotazů byl účastníkům nabídnut kontakt na výzkumníka v podobě emailové adresy v závěru baterie. Účastníci byli informováni o nalezení výsledků v diplomové práci.

Možným úskalím mohla být retraumatizace jedinců, kteří nemají prožitou stigmatizaci řádně zpracovanou. Předpokládali jsme však, že takoví jedinci se do výzkumu nezapojí, případně zanechají vyplňování v jakékoli části dotazníkové baterie a/nebo

kontaktují výzkumníka s tím, že mu poskytnou kontakt na sebe, jelikož by se jiným způsobem výzkumník s danou osobou nemohl kvůli anonymitě dat spojit.

V případě potřeby vyjádřit se k dotazníkové baterii, k výzkumu či obecně k tématu měli respondenti možnost napsat svůj komentář v závěrečné části baterie. Některé komentáře byly za dodržení principu anonymity následně použity v textu diplomové práce.

7 PRÁCE S DATY A JEJÍ VÝSLEDKY

Tato kapitola je věnována metodám využitým při zpracování a analýze dat. Z důvodu převodu zahraničních metod do české podoby budou dále popsány psychometrické vlastnosti těchto nástrojů. V další části budou představeny výsledky deskriptivní části, výsledky testování hypotéz a závěry predikce.

7.1 Metody zpracování a analýzy dat

Webová stránka vypInto.cz nabízí stáhnutí sesbíraných dat v programu Microsoft Office Excel, v němž proběhlo následné kontrolování, čištění a kódování dat, přičemž některé výsledky byly kódovány přímo stránkou vypInto.cz. Během kontroly dat byli detekováni respondenti, kteří museli být z různých důvodů vyřazeni z výzkumu (podrobnější popis viz podkapitola Výběrový soubor). Následně byly dle instrukcí autorů metod vypočítány hrubé skóry a z uvedené tělesné výšky a tělesné hmotnosti dopočítána hodnota BMI. Těmito kroky byla utvořena finální datová matice, s níž se dále pracovalo při zpracování a analýze dat. Pro statistickou analýzu bylo využito programu Statistica 13.4.0.14 v anglickém jazyce.

Před samotnou analýzou dat byl testován předpoklad normálního rozdělení za pomoci zobrazení histogramů a využití Shapir-Wilkova testu. Ačkoli Shapir-Wilkův test nepodložil normální rozložení, rozhodli jsme se s přihlédnutím k velikosti souboru a grafickému zobrazení rozložení pomocí histogramu u některých proměnných použít parametrické statistické testy (povětšinou subškála Přehodnocení Krátkého CRI a WBIS-M). U proměnných četnost stigmatizujících situací (SSI) a užívání maladaptivních copingových strategií (CRI-Odpojení) nebyly splněny požadavky pro použití parametrických metod, proto jsme zvolili neparametrické metody. Stejně jsme postupovali také u stanovování platnosti hypotéz týkajících se rozdílů mezi kategoriemi BMI u subškály Přehodnocení Krátkého CRI a WBIS-M a u zjišťování rozdílů mezi pohlavím ve WBIS-M.

Při zjišťování psychometrických vlastností převáděných metod byl využit koeficient Cronbachova alfa stanovující reliabilitu nástrojů. Obecně je žádoucí, aby reliabilita přesáhla hodnotu 0,7 (Dostál, 2017a). Položky převáděných metod jsme dále podrobili explorativní faktorové analýze (EFA) (metoda hlavních os, u Krátkého CRI navíc s normalizovanou rotací varimax).

K zmapování nejčastějších stigmatizujících situací a nejhojněji využívaných copingových strategií jsme v programu Statistica použili tabulky četností. K identifikování nejčetnějších zdrojů stigmatizace na základě hmotnosti a názorů týkajících se stigmatizace v médiích byla použita základní deskriptivní statistika – absolutní četnosti.

K ověření platnosti hypotéz sloužilo několik statistických nástrojů. Pro zjišťování rozdílů mezi muži a ženami byla zvolena neparametrická metoda Mann-Whitneyho U test. Byla zde uplatněna korekce na spojitost, jelikož se jedná o asymptotický test. Míru účinku jsme posuzovali na základě statistiky Area Under Curve (AUC).

Při testování hypotéz, v nichž byl zjišťován vztah mezi skóry různých metod nebo vztah mezi věkem a dosaženým skórem, byl použit Pearsonův, případně Spearmanův korelační koeficient. Jejich interpretace je k nalezení v tabulce 8.

Tabulka 8: Interpretace korelačního koeficientu

	Síla asociace (od uvedené hodnoty)		
	Malá	Střední	Velká
r	0,1	0,3	0,7

Zdroj: (Hendl, 2015)

Při hledání rozdílů mezi kategoriemi BMI v hrubých skórech zvolených nástrojů byla uplatněna neparametrická metoda Kruskal-Wallisův test s ukazatelem velikosti účinku éta na druhou (η^2). Následně bylo provedeno post hoc srovnání průměrných pořadí všech dvojic skupin.

Tabulka 9: Interpretace éty na druhou

	Velikost efektu (od uvedené hodnoty)		
	Malá	Střední	Velká
η^2	0,01	0,06	0,14

Zdroj: (Zach, 2021)

Na závěr jsme také pracovali s mnohonásobnou lineární regresí. Vzhledem k našemu cíli jsme zvolili krokovou regresí (stepwise regression) a její variantu zpětná eliminace proměnných (backward stepwise). Vzhledem k porušení předpokladu normálního rozložení jsme museli provést u nezávislých proměnných četnost stigmatizujících situací (SSI) a užívání maladaptivních copingových strategií (CRI Odpojení) a závislé proměnné míra deprese (BDI-II) provést logaritmickou transformaci za pomoci přirozeného logaritmu.

7.2 Analýza použitých nástrojů

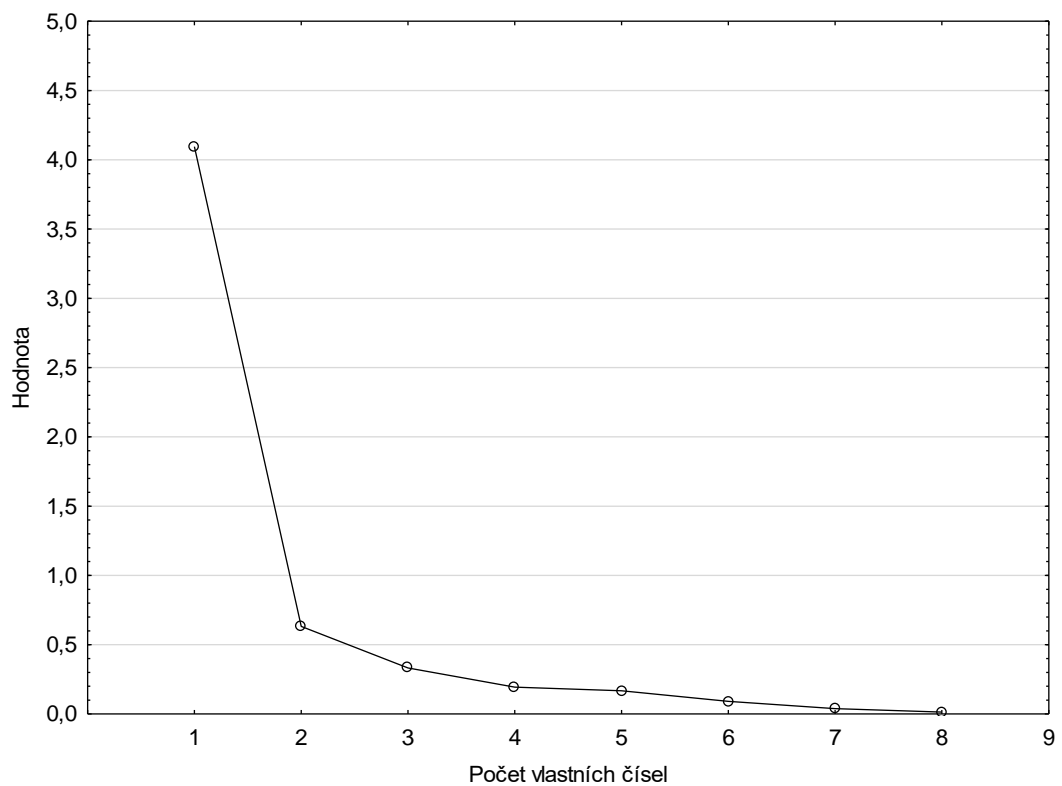
V této části uvádíme psychometrické vlastnosti použitých metod a jejich výsledné hodnoty, které jsme zjišťovali před samotnou analýzou a interpretací výsledků našeho výzkumu.

7.2.1 Krátká verze SSI

Krátkou verzi inventáře stigmatizujících situací vyplnilo celkem 690 respondentů, z toho 602 žen a 88 mužů. Dle instrukcí se hrubé skóre vypočítá zprůměrováním hodnot. Respondenti dosahovali průměrného skóre $M = 1,45$ ($SD = 1,39$). Minimum získaných bodů je 0, možné maximum 9 bodů, avšak respondenti z našeho výzkumu dosahovali maxima 7,9 bodů. V mnoha případech jsme počítali s 420 participanty, z nichž bylo 367 žen a 53 mužů. Jedná se o lidi, kteří jsou zařazeni do kategorií nadváha či obezita 1., 2., nebo 3. stupně. Průměrné skóre tohoto vzorku bylo $M = 1,78$ ($SD = 1,43$).

K identifikování počtu faktorů jsme využili explorativní faktorovou analýzu jako metodu hlavních os. Sutinový graf 3 ukázal přítomnost jediného faktoru.

Graf 3: Sutinový graf (krátká verze SSI)



Hodnota vlastního čísla pro zjištěný faktor je 4,09. Další vlastní čísla nabývala velikosti 0,63, následně 0,33 a 0,19 a dále. Tabulka 10 nabízí hodnoty faktorových nábojů položek.

Tabulka 10: Faktorové náboje (krátká verze SSI)

Položka	Faktor 1
1	-0,60
2	-0,80
3	-0,71
4	-0,65
5	-0,41
6	-0,73
7	-0,40
8	-0,53
9	-0,71
10	-0,62

Pozn.: tučná čísla = faktorový náboj vyšší než 0,3

Vnitřní konzistence položek zjišťovaná pomocí koeficientu Cronbachova alfa vyšla 0,85.

7.2.2 Krátký CRI

Krátký CRI vyplnilo celkem 601 respondentů, z nichž bylo 532 žen a 69 mužů. Důvodem nižšího počtu respondentů je získání nulového hrubého skóru v metodě krátká verze SSI, která ukazuje na nulovou zkušenost se stigmatizací na základě hmotnosti. Zjišťování copingových strategií pro vyrovnávání se se stigmatizujícími zážitky tedy postrádá smyslu.

Tabulka 11 podává informace o průměrném skóre v jednotlivých subškálách, směrodatné odchylce, minimech a maximech. Stejně jako u předchozí metody se hrubé skóre získává zprůměrováním získaných bodů.

Tabulka 11: Deskriptivní statistické hodnoty subškál Krátkého CRI

Subškály	Průměrné skóre	SD	Minimum	Maximum
Přehodnocení	1,89	1,00	0	4
Odpojení	1,40	0,98	0	4

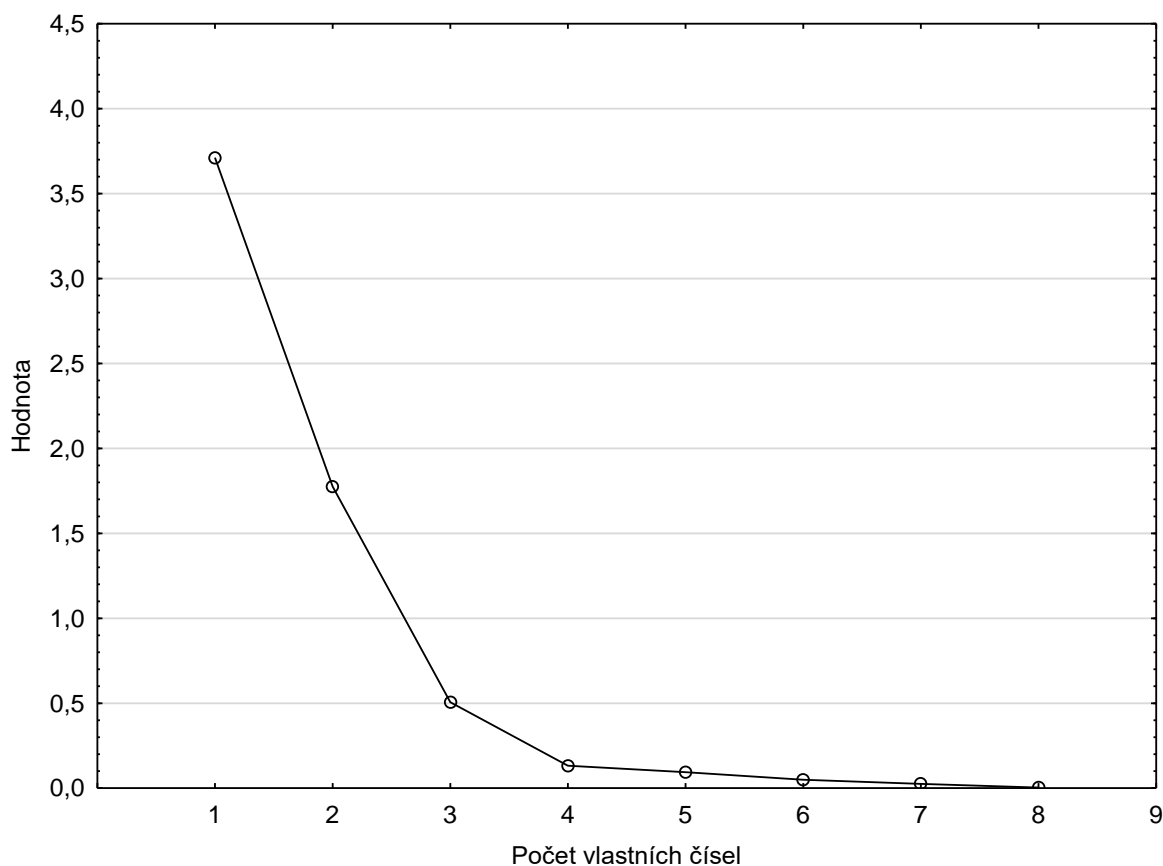
Také zde jsme v rámci některých hypotéz pracovali pouze s lidmi z kategorie nadváha nebo obezita ($n = 401$, $n_z = 354$, $n_m = 47$). Základní deskriptivní hodnoty tohoto vzorku nabízí tabulka 12.

Tabulka 12: Deskriptivní statistické hodnoty subškál Krátkého CRI

Subškály	Průměrné skóre	SD	Minimum	Maximum
Přehodnocení	1,97	0,97	0	4
Odpojení	1,50	0,99	0	4

Dále jsme pomocí explorativní faktorové analýzy jako metody hlavních os s normalizovanou rotací varimax ověřovali počet faktorů. U naší české verze byla potvrzena přítomnost 2 faktorů, které lze vyčíst ze sutinového grafu 4.

Graf 4: Sutinový graf (Krátký CRI)



Velikost vlastního čísla pro první faktor se rovná hodnotě 3,71, u druhého faktoru je jeho velikost 1,78. Pro ilustraci uvádíme i další hodnoty vlastních čísel – 0,51, 0,13 a 0,09. V tabulce 13 jsou vypsané hodnoty faktorových nábojů položek u obou faktorů.

Tabulka 13: Faktorové náboje (Krátký CRI)

Položka	Faktor 1	Faktor 2
1	-0,01	0,65
2	-0,10	0,67
3	-0,25	0,69
4	-0,10	0,74
5	-0,21	0,64
6	0,78	-0,18
7	0,81	-0,13
8	0,69	-0,09
9	0,68	-0,10
10	0,74	-0,17

Pozn.: tučná čísla = faktorový náboj vyšší než 0,3

Přítomnost dvou faktorů u naší verze Krátkého CRI odpovídá původní verzi Krátkého CRI Haywardové et al. (2017). Provedli jsme korelaci mezi oběma faktory. Velikost Pearsonova korelačního koeficientu je rovna $r = -0,31$, což odpovídá střední síle asociace v negativním směru.

Při zjišťování reliability Krátkého CRI jsme opět využili koeficient Cronbachova alfa, u subškály Přehodnocení se $\alpha = 0,82$, u subškály Odpojení se $\alpha = 0,86$. Spolehlivost této metody hodnotíme jako vysokou.

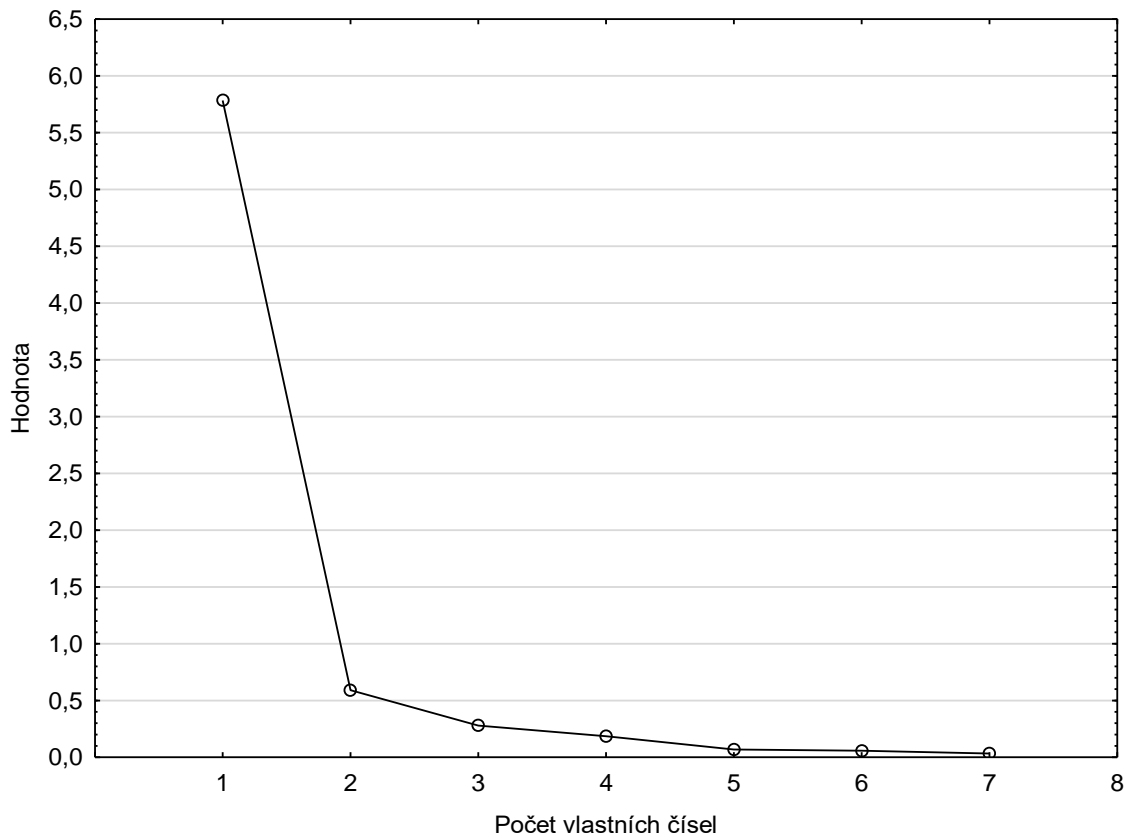
7.2.3 WBIS-M

Škálu WBIS-M vyplnilo 601 osob, 532 žen a 69 mužů. Opět jsme zde pracovali s nižším počtem respondentů, konkrétně s těmi, kteří se během života ocitli ve stigmatizujících situacích. Průměrné skóre u této metody vyšlo $M = 3,88$ ($SD = 1,65$) s minimem 1 a maximem 7. Lidé s vyšší tělesnou hmotností (nadváha nebo obezita, $n = 401$, $n_z = 354$, $n_m = 47$) dosahovali $M = 4,20$ ($SD = 1,57$).

Pracovali jsme s 10položkovou verzí, kterou představili Leeová a Dedrick (2016). Také u metody WBIS-M byla provedena faktorová analýza (metoda hlavních os) a zjištěna reliabilita metody pomocí koeficientu Cronbachova alfa.

V prvé řadě jsme na základě sutinového grafu určili počet faktorů české verze. Byl identifikován jediný faktor, což odpovídá verzi Leeové a Dedricka (2016). Sutinový graf je zobrazen v grafu 5.

Graf 5: Sutinový graf (WBIS-M)



Hodnoty vlastních čísel jsou rovny 5,78, dále 0,59, 0,28 a 0,19. Faktorové náboje jednotlivých položek jsou vypsány v tabulce 14.

Tabulka 14: Faktorové náboje (WBIS-M)

Položka	Faktor 1
1	-0,71
2	-0,75
3	-0,73
4	-0,84
5	-0,86
6	-0,77
7	-0,69
8	-0,75
9	-0,71
10	-0,71

Pozn.: tučná čísla = faktorový náboj vyšší než 0,3

Hodnoty faktorových nábojů u Leeové a Dedricka (2016) vycházely od 0,53 do 0,88. Až na položku 7 jsou u naší verze faktorové náboje větší než 0,7.

Pomocí koeficientu Cronbachova alfa byla stanovena reliabilita naší české verze, která se rovná hodnotě 0,93. Leeová a Dedrick (2016) došli k $\alpha = 0,92$ u skupiny, která byla založena na sebeuposouzení (participanti sami sebe vnímali jako osoby s nadváhou nebo osoby s velkou nadváhou) a $\alpha = 0,94$ u skupiny, u které se vycházelo z hodnoty BMI (klasické dělení kategorií dle BMI).

7.2.4 BDI-II

U Beckovy škály deprese jsme pracovali se 401 jedinci vyšší tělesné hmotnosti, 354 ženami a 47 muži. Respondenti dosahovali průměrného skóre $M = 14,47$ ($SD = 10,17$), maximální možné rozpětí je od 0 do 63 bodů, přičemž v našem výzkumu byl minimální počet 0 a maximum získaných bodů 53.

7.2.5 BOBR

U metody BOBR jsme pracovali s různými počty respondentů. Při výpočtech s metodou BOBR a SSI (zjišťování stigmatizujících situací) byl počet zapojených jedinců 420, z toho bylo 367 žen a 53 mužů. Do výpočtů k ověření platnosti hypotézy týkající se metod BOBR a WBIS-M (internalizace předpojatosti spojené s váhou) bylo zahrnuto 401 osob – 354 žen a 47 mužů. Počítá se rozdíl mezi reálnou a ideální postavou, přičemž se pracuje s absolutní hodnotou. Respondenti mohli dosáhnout skóru 0–9, v našem výzkumném vzorku bylo minimum 0 a maximum 8.

V následujících tabulkách a grafech jsou zaznamenány absolutní četnosti jednotlivých odpovědí a vypočítaného rozdílu mezi reálnou a ideální postavou u počtu 420 a 401 respondentů.

Tabulka 15: Absolutní četnost jednotlivých odpovědí v metodě BOBR (n = 420)

BOBR – číslo obrázku	BOBR – reálná postava	BOBR – ideální postava
1	0	2
2	0	4
3	0	19
4	3	67
5	5	144
6	28	117
7	79	48
8	109	15
9	98	4
10	98	0

Graf 6: Rozdíl mezi reálnou a ideální postavou v absolutní hodnotě (n = 420)**Tabulka 16: Absolutní četnost jednotlivých odpovědí v metodě BOBR (n = 401)**

BOBR – číslo obrázku	BOBR – reálná postava	BOBR – ideální postava
1	0	2
2	0	4
3	0	19
4	3	60
5	4	139
6	23	114
7	76	44
8	104	15
9	95	4
10	96	0

Graf 7: Rozdíl mezi reálnou a ideální postavou v absolutní hodnotě (n = 401)



7.2.6 BMI

Údaje o tělesné výšce a tělesné váze, které jsou nezbytné pro stanovení hodnoty BMI, vyplnilo celkem 690, z toho 602 žen a 88 mužů. Průměrné BMI respondentů bylo $M = 28,23$ ($SD = 7,39$). Minimální hodnota BMI činila 14,63, maximální 64,65. Následně proběhlo rozřazení respondentů do 6 kategorií na základě změřeného BMI dle WHO (2000) (podvýživa, normální váha, nadváha, obezita 1. stupně, obezita 2. stupně, obezita 3. stupně).

7.3 Deskriptivní část výzkumu

Cílem deskriptivní části výzkumu je zmapování nejběžnějších stigmatizujících situací, copingových strategií sloužících k vyrovnávání se s těmito negativními zkušenostmi a interpersonálních zdrojů váhové stigmatizace u osob s obezitou či nadváhou. Nejprve se tedy zaměříme na nástroj SSI – krátká verze, poté se přesuneme k metodě Krátký CRI a následně budou poskytnuty výsledky metody interpersonální zdroje stigmatizace na základě hmotnosti. V závěru této části uvedeme názory respondentů týkající se hmotnostní stigmatizace v médiích.

7.3.1 Krátká verze SSI

Do mapování této části bylo zahrnuto celkem 420 osob, respektive 401 osob, které spadaly do hmotnostních kategorií nadváha, obezita 1., 2. nebo 3. stupně. Pro zajímavost přidáváme informaci o výskytu hmotnostní stigmatizace u všech hmotnostních kategorií ($n = 690$). S nějakým druhem stigmatizující situace se během života setkalo 601 respondentů (87,1 %)

(skóre v krátké verzi SSI není rovno nule). Hmotnostní stigmatizaci nezažívají jen lidé s nadváhou či obezitou, ale také lidé s podváhou. Jeden z respondentů zanechal tento komentář:

Štíhlí lidé zažívají stigmatizaci jako lidé s nadváhou, není měsíc v roce abych od někoho neslyšela poznámku. Často bývají autory těchto poznámek lidé s nadváhou, já jsem nikdy neřekla nikomu s nadváhou, nevyžádanou poznámku, že je tlustý a měl by zhubnout, zatímco mě neustále někdo říká, že bych se měla najíst.

Naším cílem je ovšem zaměřit se na osoby s vyšší tělesnou hmotností (n = 420), proto se na následujících řádcích budeme věnovat právě jim. Celkem 401 respondentů spadajících do kategorie nadváha nebo obezita má zkušenost se stigmatizací na základě hmotnosti (95,5 %). Jedná se o 354 žen a 47 mužů.

V tabulce 17 jsou vypsána procenta celého souboru, dále procenta žen a mužů zvlášť, která znamenají, že respondenti zažili danou situaci alespoň jednou v životě. Počítáme zde s 367 ženami a 53 muži.

Tabulka 17: Četnost stigmatizujících situací u lidí s vyšší tělesnou hmotností (n = 401)

Položky	% celého souboru	% žen	% mužů
1. Vyčleňování učitelem	45,5	48,2	26,4
2. Zírání na veřejnosti	66,9	71,4	35,9
3. Komentáře dětí	71,7	73,6	58,5
4. Rada lékaře	68,8	70,0	60,4
5. Zneužívání partnerem	29,5	31,1	18,9
6. Poznámky na veřejnosti	69,5	72,5	49,1
7. Odmítnutí zaměstnat	11,4	12,0	7,6
8. Pocit studu rodiny	43,3	46,6	20,8
9. Předpoklad přejídání	84,5	87,5	64,2
10. Zírání v autobuse	23,8	25,3	13,2

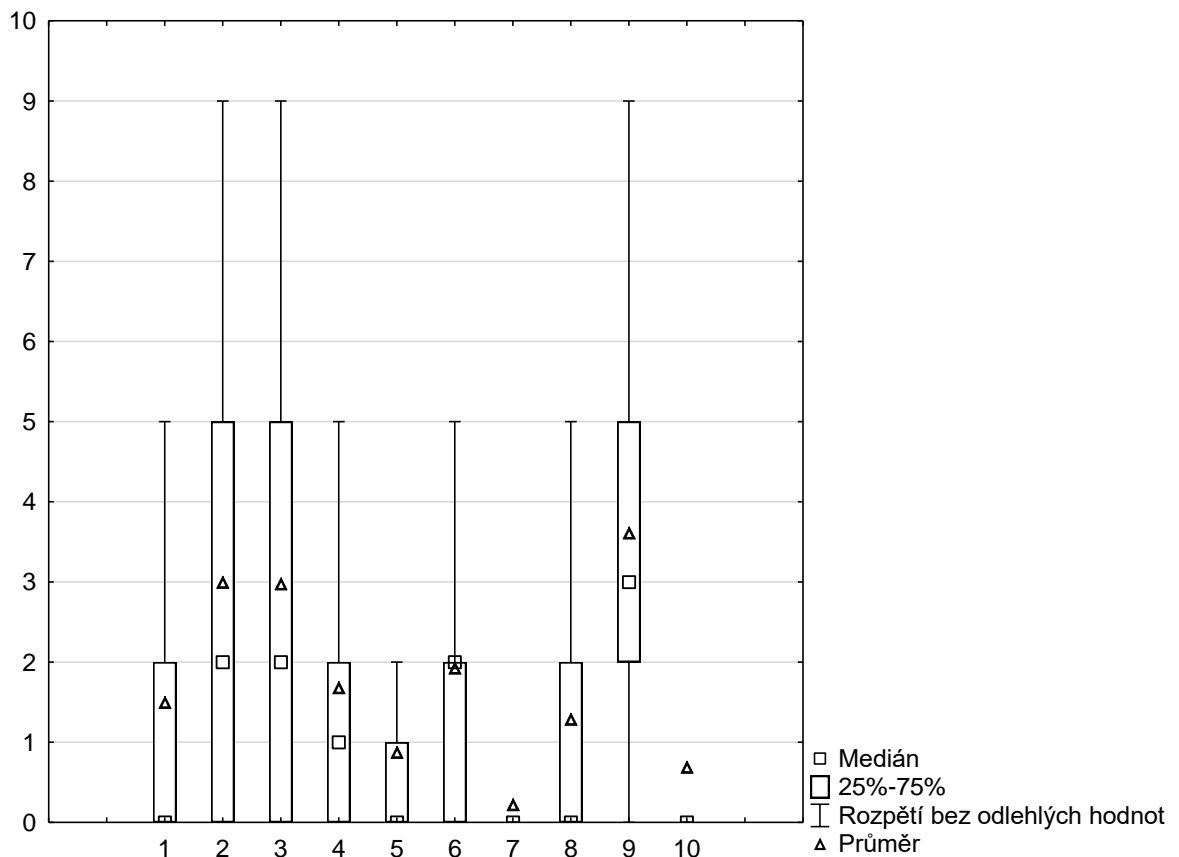
Tabulka 17 odhaluje, že nejvíce se obézní lidé či lidé s nadváhou setkávají s předpokladem ostatních, že se přejídají nebo jsou nestřídmí v jídle (84,5 %). Dále často vyslychají negativní komentáře dětí (71,7 %) a hrubé poznámky od lidí na veřejnosti (69,5 %). Nejméně krát lidé s vyšší tělesnou hmotností čelili zneužívání partnerem či partnerkou z důvodu jejich domněnky, že je obézní osoba zoufalá (29,5 %), zírání či obtěžování v autobuse pro zabírání velkého prostoru (23,8 %) a odmítnutí při ucházení se o zaměstnání kvůli své váze či tvaru těla (11,4 %).

U žen je pořadí totožné. Dominuje předpoklad ostatních, že se daná osoba přejídá a je nestrádaná v jídle (87,5 %). Následně se hojně setkávají s ošklivými komentáři od dětí (73,6 %) a s poznámkami na veřejnosti (72,5 %). Stejně pořadí platí i u nejméně častých stigmatizujících situací. Nejmenší zkušenosti mají se zneužíváním partnerem (31,1 %), s nepříjemnými pohledy spolucestujících v autobuse (25,3 %) a s odmítnutím zaměstnavatele zaměstnat danou osobu kvůli jejímu tvaru postavy (12,0 %).

U mužů se taktéž nejčastěji objevovalo předpokládání přejídání se (64,2 %), dále pak nevyžádaná rada lékaře týkající se hubnutí (60,4 %) a komentáře dětí (58,5 %). Stejně jako ženy se také muži příliš neseťkávali se zneužíváním ze strany partnerky (18,9 %), se zíráním ostatních v autobuse (13,2 %) a s nezískáním pracovního místa z důvodu hmotnosti (7,6 %).

Graf 8 podává informace o rozložení odpovědí u položek metody SSI.

Graf 8: Rozložení odpovědí u krátké verze SSI (n = 401)



Pozn.: Čísla na ose x odpovídají číslům položek.

7.3.2 Copingové strategie

Podobným způsobem jsme pracovali také u mapování nejhojněji užívaných copingových strategií. Výzkumný vzorek, z nějž byly vyřazeny osoby nesetkávající se stigmatizací na základě hmotnosti, zde čítal 401 osob. Také u copingových strategií jsme popsali rozdíly mezi muži a ženami. Žen zde bylo 354, mužů 47. Detailnější výsledky nabízí tabulka 18, která obsahuje procenta značící, že konkrétní copingové strategie byly v průběhu života použity přinejmenším zřídka.

Tabulka 18: Četnost užívání copingových strategií u lidí s vyšší tělesnou hmotností (n = 401)

Položky	% celého souboru	% žen	% mužů
1. Myšlení na dobré věci	84,0	72,3	85,6
2. Mají mě rádi takového, jaký jsem	88,5	74,5	90,4
3. Problém se vzhledem jako problém druhých	87,0	78,7	88,1
4. Nemít mě rád jako škoda druhých	81,3	66,0	83,3
5. Mít se rád i přes nelibost ostatních	71,8	63,8	72,9
6. Mít ze sebe špatný pocit	91,3	76,6	93,2
7. Deprese a izolace od ostatních	74,6	44,7	78,5
8. Vyhýbání se pohledům do zrcadla	74,1	42,6	78,3
9. Nikdo mě nikdy nebude milovat	61,6	46,8	63,6
10. Vyhýbání se chození na veřejnost	52,4	23,4	56,2

Pozn.: Subškály metody Krátký CRI jsou odděleny čarou.

Jako nejužívanější copingová strategie byla identifikována maladaptivní strategie mít ze sebe špatný pocit (91,3 %), dále adaptivní strategie mít o sobě představu dobrého člověka, kterého lidé mají rádi takového, jaký je (88,5 %), následovala adaptivní vyrovnávací strategie považování problému se vzhledem obézní osoby jako problém druhých (87,0 %). Nejméně užívané strategie k vyrovnávání se se stigmatizací na základě hmotnosti se ukázaly být strategie mít se rád, i když to vypadá, že ostatní mě rádi nemají (71,8 %), domněnka, že mě nikdo nikdy nebude milovat (61,6 %) a vyhýbání se chození na veřejnost kvůli obavě z komentářů cizích lidí na tvar postavy (52,4 %).

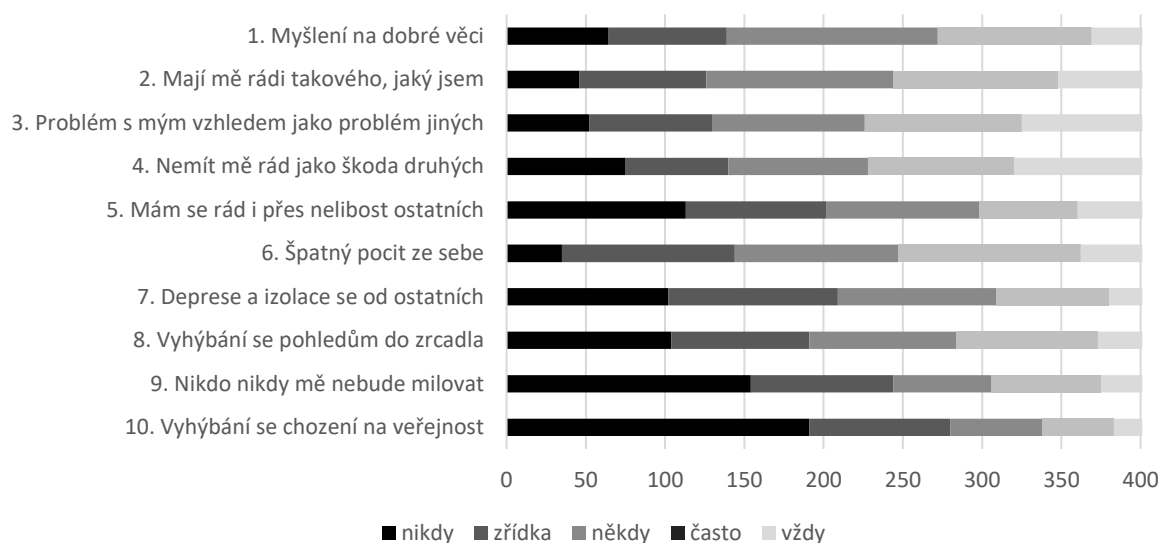
U žen z našeho výzkumného vzorku se uchýlovaly spíše k užívání copingových strategií ze subškály Přehodnocení. Nejvíce se objevující strategie vyrovnávání bylo brání problému se vzhledem jako problém ostatních (78,7 %), dále strategie mít ze sebe špatný

pocit (76,6 %) a vědomí toho, že mě lidé mají rádi takovou, jaká jsem (74,5 %). Bráno z druhé strany, ženy příliš nepoužívaly strategie upadat do deprese a izolovat se od ostatních (44,7 %) a vyhýbat se zrcadlům a pohledům do nich (42,6 %). Úplně nejméně se objevovala copingová strategie vyhýbání se chození na veřejnost (23,4 %).

U mužů se objevovala vyšší procenta také spíše v subškále Přehodnocení, i když rozdíly mezi subškálami nejsou tak velké jako u žen. Na prvních příčkách v četnosti užívání vyrovnávacích strategií se umístila strategie mít ze sebe špatný pocit (93,2 %), dále předpoklad, že mě lidé mají rádi takového, jaký jsem (90,4 %) a vidění problému se vzhledem jako problém druhých (88,1 %). Naopak méně často se vyskytovala copingová strategie mít se rád i přesto, že ostatní mě rádi nemají (72,9 %), domněnka, že mě nikdy nikdo nebude milovat (63,6 %) a vyhýbání se chození na veřejnost (56,2 %).

Graf 9 prezentuje rozložení odpovědí u položek v metodě Krátký CRI.

Graf 9: Rozložení odpovědí u Krátkého CRI (n = 401)



7.3.3 Interpersonální zdroje stigmatizace na základě hmotnosti

Dalším cílem deskriptivní části bylo určení nejvíce se vyskytujících zdrojů hmotnostní stigmatizace. Zde jsme opět pracovali s počtem 401 respondentů (354 žen, 47 mužů). V tabulce 19 jsou uvedeny položky ze Škály interpersonálních zdrojů stigmatizace na základě hmotnosti s absolutní a relativní četností.

Tabulka 19: Četnost interpersonálních zdrojů stigmatizace (n = 401)

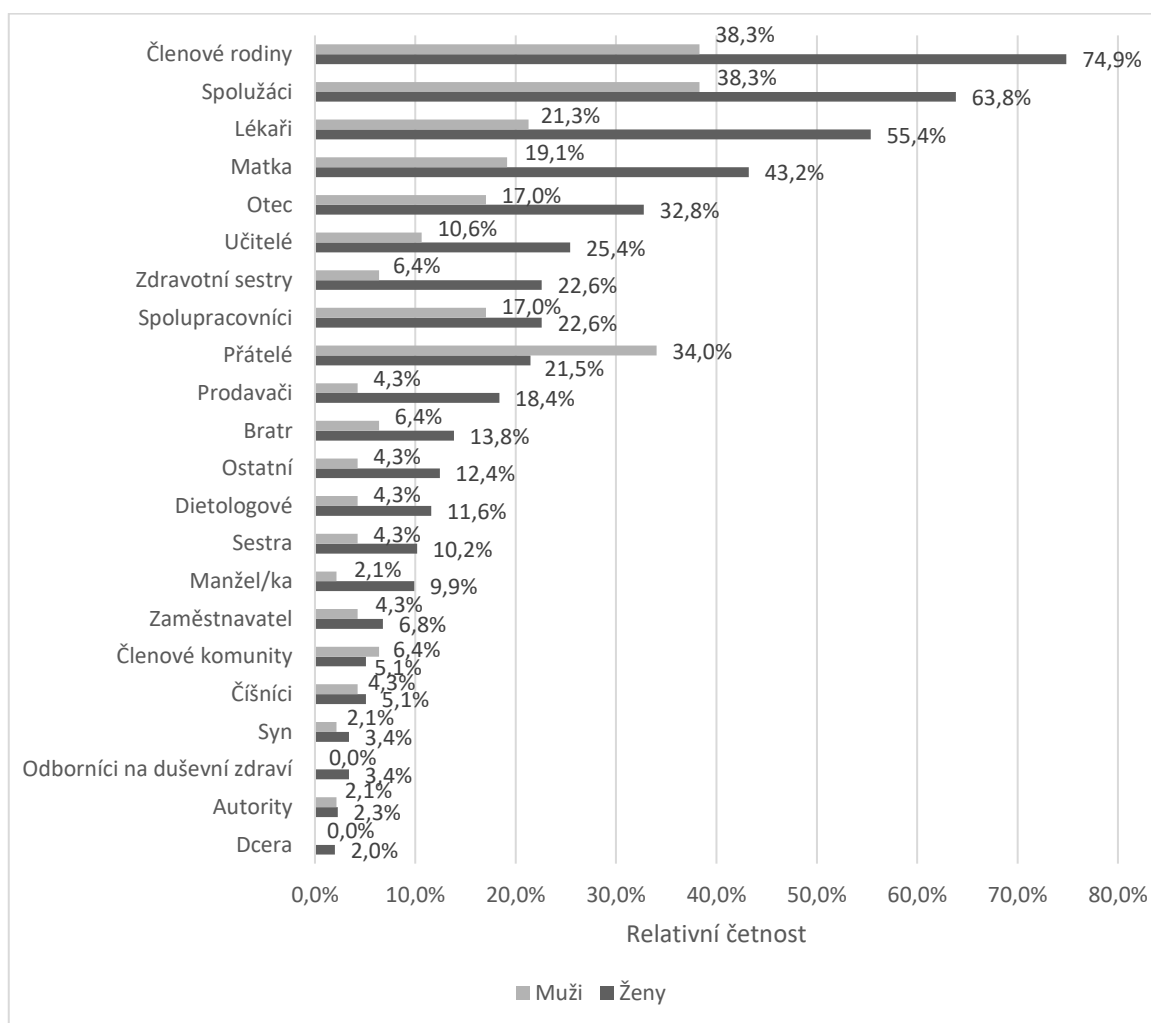
Položky	Absolutní četnost	Relativní četnost
1. Členové rodiny	283	70,6 %
2. Lékaři	206	51,4 %
3. Spolužáci	244	60,8 %
4. Prodavači	67	16,7 %
5. Přátelé/kamarádi	92	22,9 %
6. Spolupracovníci/kolegové	88	21,9 %
7. Matka	162	40,4 %
8. Manžel/ka	36	9,0 %
9. Číšníci v restauraci	20	5,0 %
10. Zdravotní sestry	83	20,7 %
11. Obecně členové komunity	21	5,2 %
12. Otec	124	30,9 %
13. Zaměstnavatelé/supervizoři	26	6,5 %
14. Sestra	38	9,5 %
15. Dietologové / výživoví poradci	43	10,7 %
16. Bratr	52	13,0 %
17. Učitelé/profesoři	95	23,7 %
18. Autority (např. policie)	9	2,2 %
19. Odborníci na duševní zdraví	12	3,0 %
20. Syn	13	3,2 %
21. Dcera	7	1,7 %
22. Ostatní	46	11,5 %

Pozn.: Respondenti měli možnost zaznačit více odpovědí.

Z tabulky 19 lze vyčíst, že první místa jakožto zdroje hmotnostní stigmatizace zaujímají členové rodiny (70,6 %), spolužáci (60,8 %) a lékaři (51,4 %). Při bližším zaměření se na členy rodiny se ukazuje, že matku identifikovalo jako zdroj stigmatizace 40,4 % respondentů. Následoval otec, který se projevil jako zdroj stigmatizace v 30,9 % případů. Bratra udalo jako zdroj stigmatizace 13,0 %, sestru 9,5 %, manžela či manželku 9,0 %, syna 3,2 %, a dceru 1,7 %. Nejméně často stigmatizují odborníci na duševní zdraví (3,0 %), autority (2,2 %) a dcera (1,7 %).

Zkoumali jsme také rozdíly u mužů a žen. Relativní četnosti zastoupení jednotlivých zdrojů dle pohlaví nabízí graf 10.

Graf 10: Výskyt interpersonálních zdrojů dle pohlaví (n_z = 354, n_m = 47)



Ženy identifikovaly jako zdroje stigmatizace na základě váhy v nejvíce případech členy rodiny (74,9 %), spolužáky (63,8 %) a následně lékaře (55,4 %). Nejméně krát byl jako zdroj stigmatizace označen odborníci na duševní zdraví (3,4 %), autority (2,3 %) a dcera (2,0 %).

Nejvíce se vyskytující zdroj stigmatizace u mužů byli členové rodiny a spolužáci (38,3 %), přátelé (34,0 %) a lékaři (21,3 %). Naopak nejméně krát se muži potýkali se stigmatizací od prodavačů, ostatních, dietologů, sestry, zaměstnavatele a číšníků (4,3 %), manželky, syna a autority (2,1 %) a nikdy se nesečkali se stigmatizací ze strany odborníků na duševní zdraví a dcery.

Opět přikládáme komentáře našich respondentů: „Nikdy jsem neměla extra nadváhu, jako dítě a dospívající vůbec ne. Chvíli pak po porodu syna. Ale neustále jsem slychala negativní komentáře rodiny: nežer, budeš tlustá, ty máš velký břicho... atd.“

Bohužel rodina se na tom podepsala nejvíc, od svých osmi let jsem hlavně od matky neustále poslouchala, jak se nemám přejídat, že budu tlustá, že mě nikdo nebude chtít a jednou týdně mě nutila jet s ní na kole 40 km. Rodiče neustále komentovali můj vzhled, i když jsem měla v té době jen mírnou nadváhu a pak asi do 16 let úplně normální váhu.

7.3.4 Hmotnostní stigmatizace v médiích

Respondenti všech váhových kategorií (n = 690) zodpověděli na dvě otázky mířící na stigmatizaci obézních osob v médiích.

Na otázku: Myslíte si, že média zesměšňují osoby s nadváhou či obezitou? odpovědělo 477 respondentů ano (69,1 %). S obsahem druhé otázky: Myslíte si, že jsou obézní lidé v médiích upozadřováni (nižší výskyt obézních osob a osob s nadváhou na obrazkách, fotkách apod.) souhlasilo 524 jedinců z výzkumného vzorku (75,9 %).

7.4 Výsledky ověření platnosti statistických hypotéz

V následující podkapitole budou uvedeny výsledky ověření platnosti hypotéz, které jsme vypsali výše. Pro tento účel jsme využili různé druhy statistických testů. Pracovali jsme s různými počty respondentů podle toho, zda byly do výpočtů zahrnuty všechny hmotnostní kategorie, nebo jen kategorie týkající se vyšší tělesné hmotnosti. Dalším kritériem bylo, zda respondenti zažívali stigmatizaci na základě hmotnosti, nebo nikoli. Všechny naše hypotézy jsme testovali na hladině významnosti $\alpha = 0,05$.

a) Hypotézy týkající se stigmatizace na základě hmotnosti (skóre krátké verze SSI)

V této sadě hypotéz budeme povětšinou pracovat se vzorkem čítajícím 420 participantů (367 žen, 53 mužů). Do výpočtů jsou vzhledem ke stanoveným cílům výzkumu zařazeni pouze participanté spadající do kategorií BMI odkazující na vyšší tělesnou hmotnost. U první hypotézy však budeme počítat se všemi hmotnostními kategoriemi (n = 690), jelikož chceme mimo jiné zmapovat a porovnat četnost stigmatizace na základě hmotnosti také u lidí spadajících do kategorie normální váha a podvýživa.

H1: Existuje rozdíl mezi participanty v kategoriích BMI v celkovém skóru hmotnostní stigmatizace v SSI.

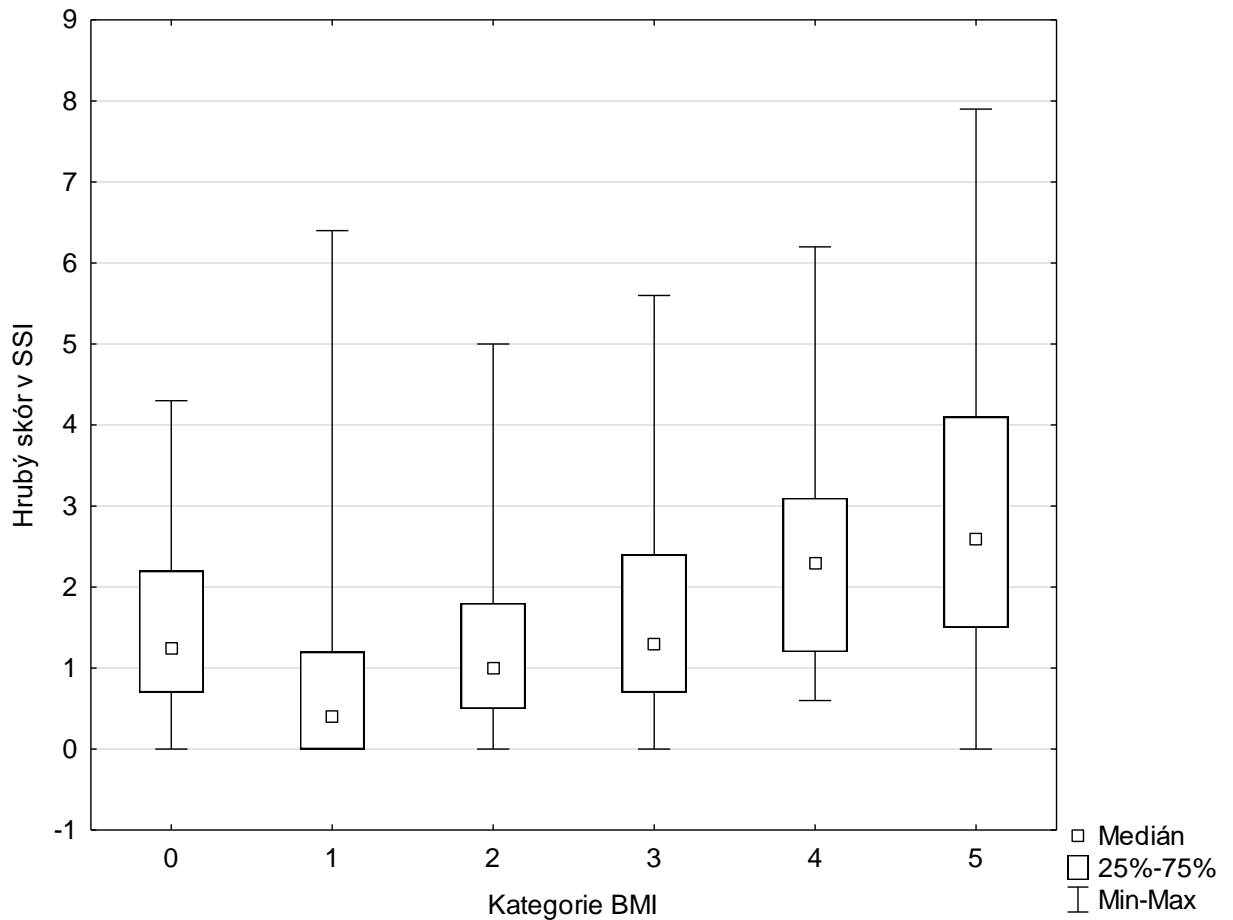
Pro přehlednost nejprve připomeneme dělení kategorií BMI. Podvýživa odpovídá hodnotám BMI menším než 18,50, normální váha se nachází v intervalu od 18,50–24,99. O nadváze mluvíme při hodnotách BMI 25,00–29,99. Obezita 1. stupně odpovídá intervalu 30,00–34,99. Obezita 2. stupně se vyskytuje při hodnotách BMI 35,00–39,99 a jako obezita 3. stupně se definuje BMI vyšší nebo rovno 40,00. Tabulka 20 podává přehled o počtech respondentů, průměrech v jednotlivých kategoriích, směrodatných odchylkách a mediánech.

Tabulka 20: Přehled základních hodnot u kategorií BMI v metodě SSI

Kategorie BMI	Počet respondentů	Průměr	SD	Medián	Min.	Max.
Podvýživa	34	1,41	1,09	1,3	0,0	4,3
Normální váha	236	0,88	1,15	0,4	0,0	6,4
Nadváha	172	1,29	1,17	1,0	0,0	5,0
Obezita 1. st.	129	1,64	1,24	1,3	0,0	5,6
Obezita 2. st.	68	2,35	1,25	2,3	0,6	6,2
Obezita 3. st.	51	3,01	1,92	2,6	0,0	7,9

K ověření hypotézy jsme zvolili Kruskal-Wallisův test $H(5, 690) = 149,97, p < 0,001$, $\eta^2 = 0,212$. P-hodnota menší než 0,5 znamená přítomnost významných rozdílů mezi jednotlivými kategoriemi BMI. Míra účinku η^2 na druhou značí silný efekt. Zjištěné rozdíly lze spatřit v následujícím grafu 11.

Graf 11: Krabicový graf zobrazující rozdíly mezi kategoriemi BMI v SSI



Pozn.: na ose x: 0 = podvýživa, 1 = normální váha, 2 = nadváha, 3 = obezita 1. stupně, 4 = obezita 2. stupně, 5 = obezita 3. stupně

V grafu jde dle očekávání vidět stoupající tendence u osob spadajících do kategorií nadváha a obezita všech tří stupňů. Nejnižší hrubé skóre bylo identifikováno u kategorie normální váha, nejvyšší pak u kategorie obezita 3. stupně.

Dále jsme využili post-hoc srovnání průměrných pořadí všech dvojic skupin. Výsledky jsou k vidění v tabulce 21.

Tabulka 21: Rozdíly v SSI mezi kategoriemi BMI

	Podvýživa	Normální váha	Nadváha	Obezita 1. stupně	Obezita 2. stupně	Obezita 3. stupně
Podvýživa		0,014*	1,000	1,000	0,025*	0,005*
Normální váha	0,014*		< 0,001*	< 0,001*	< 0,001*	< 0,001*
Nadváha	1,000	< 0,001*		0,132	< 0,001*	< 0,001*
Obezita 1. stupně	1,000	< 0,001*	0,132		0,011*	0,002*
Obezita 2. stupně	0,025*	< 0,001*	< 0,001*	0,011*		1,000
Obezita 3. stupně	0,005*	< 0,001*	< 0,001*	0,002*	1,000	

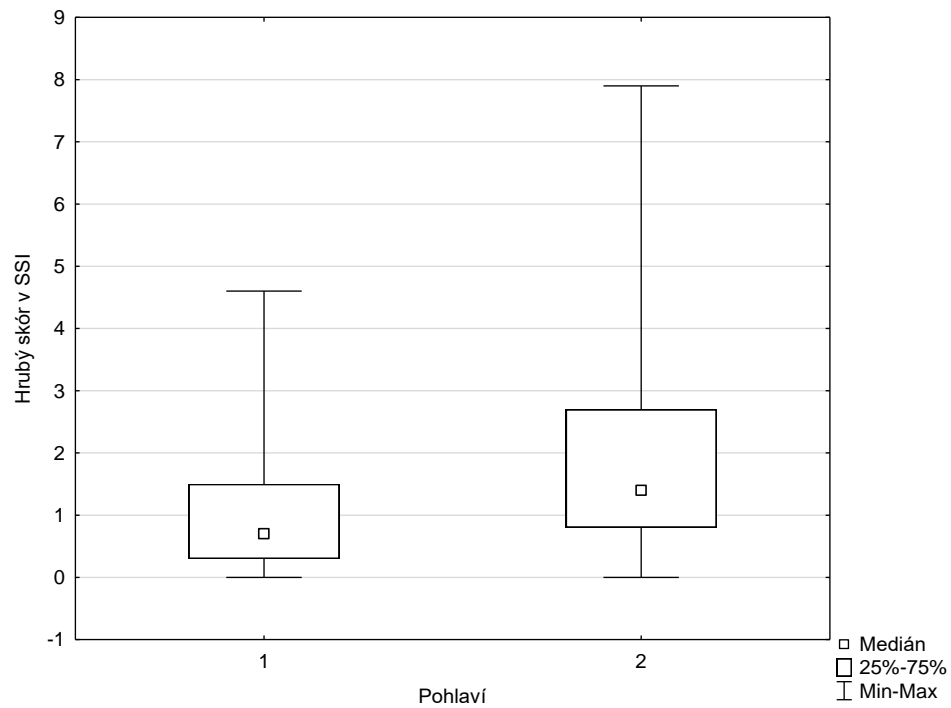
Pozn.: * = signifikantní hladina 0,05

Mezi kategoriemi normální váha a nadváha, normální váha a obezita 1., 2. i 3. stupně a nadváha a obezita 2. stupně a 3. stupně byly nalezeny velmi vysoce signifikantní rozdíly. Mezi kategoriemi podvýživa a obezita 3. stupně a obezita 1. a 3. stupně existuje vysoce signifikantní rozdíl. Mezi kategoriemi podvýživa a normální váha, podvýživa a obezita 2. stupně a obezita 1. a 2. stupně byl identifikován signifikantní rozdíl. Na základě výše zjištěného **přijímáme** hypotézu **H1**.

H2: Ženy dosahují vyššího celkového skóru hmotnostní stigmatizace v SSI.

K ověření platnosti hypotézy, zda ženy skórují v krátké verzi metody SSI výš než muži, jsme využili Mann-Whitneyův U test. Byla potvrzena statistická významnost rozdílu ve skórování mezi oběma pohlavími $U = 5876$, $Z = -4,66$, $p < 0,001$, $AUC = 0,70$. Ženy dosahovaly průměrné hodnoty $M = 1,89$ ($SD = 1,45$), medián byl 1,40, muži $M = 1,02$ ($SD = 1,03$), medián byl 0,70. Míra účinku dle AUC říká, že se 70% pravděpodobností bude náhodně vylosovaná žena skórovat výše než náhodně vylosovaný muž. Přikládáme graf 12 zobrazující rozdíly v hrubém skóru. Hypotézu **H2 přijímáme**.

Graf 12: Krabicový graf zobrazující rozdíly mezi pohlavím v metodě SSI

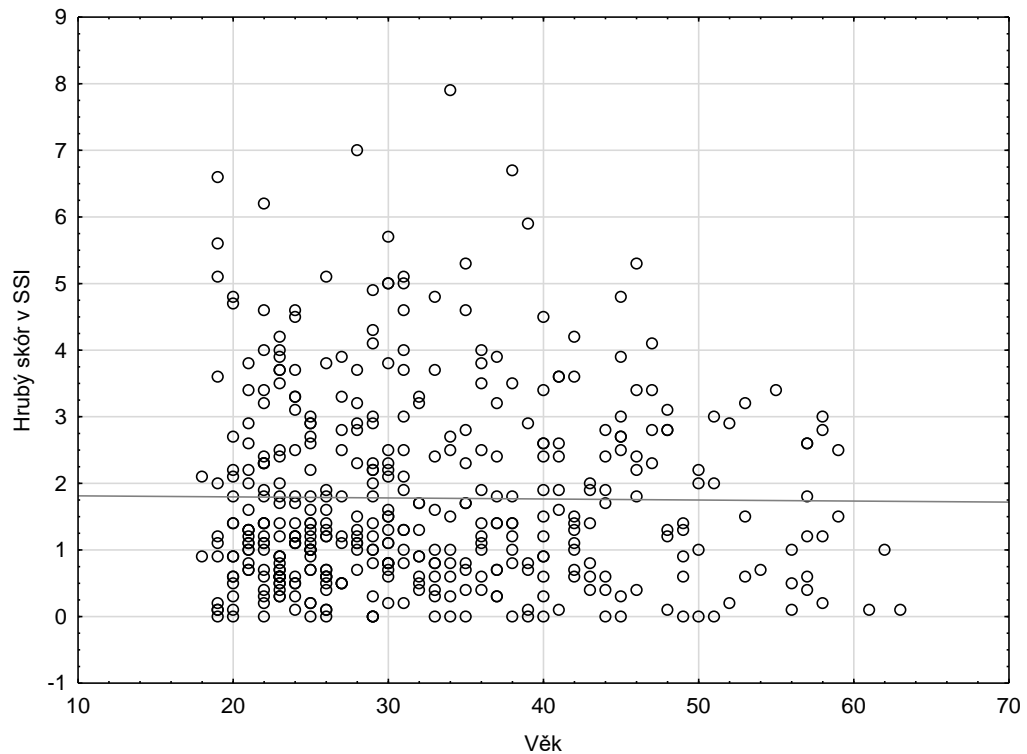


Pozn.: na ose x: 1 = muži, 2 = ženy

H3: Věk negativně koreluje se zažitou hmotnostní stigmatizací.

Pro zjištění vztahu mezi hrubým skórem v SSI a věkem byl použit Spearmanův korelační koeficient, jehož hodnota vyšla r_s ($n = 420$) = 0,02, $p > 0,05$. Na základě nesignifikantní p-hodnoty hypotézu **H3 nepřijímáme**. Výsledky graficky zobrazuje bodový graf 13.

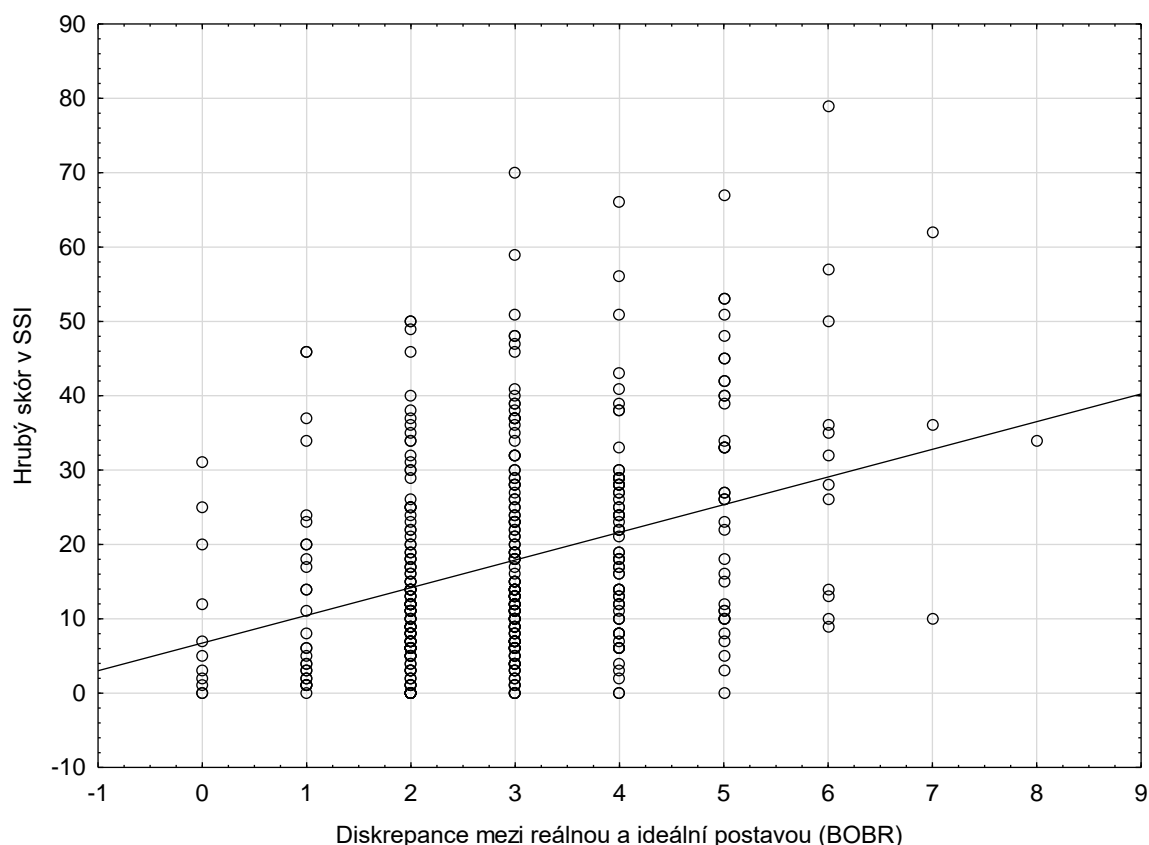
Graf 13: Bodový graf korelace věku a hrubého skóre v krátké verzi SSI



H4: Diskrepance mezi reálnou a ideální postavou zjištěná v BOBR pozitivně koreluje s celkovým skóre hmotnostní stigmatizace v SSI.

Korelaci mezi výsledkem v BOBR a hrubým skóre v SSI jsme zjišťovali pomocí Spearmanova korelačního koeficientu r_s ($n = 420$) = 0,32, $p < 0,05$. P-hodnota vyšla signifikantní. Jedná se o kladný středně silný vztah. Výsledky naznačují, že větší rozdíl mezi reálnou a ideální postavou souvisí s četnější hmotnostní stigmatizací. Na základě těchto zjištění hypotézu **H4 přijímáme**. Grafické zobrazení je k nalezení v grafu 14.

Graf 14: Bodový graf korelace skóre v BOBR a v SSI



b) Hypotézy týkající se copingových strategií (metoda Krátký CRI)

U metody Krátký CRI jsme převážně počítali s 401 respondenty. Tito respondenti splňovali 2 podmínky. Zaprvé spadali do některé z kategorií nadváha či obezita 1., 2., nebo 3. stupně. A zadruhé prokázali zkušenost se stigmatizací na základě hmotnosti, jejich hrubé skóre v metodě SSI tedy neodpovídalo 0.

Jelikož nás opět zajímal i rozdíl v používání copingových strategií u všech hmotnostních kategorií, u hypotéz H5 a H6 jsme proto do výpočtů zahrnuli všechny participanty (n = 601) kromě těch, kteří v krátké verzi SSI skórovali 0.

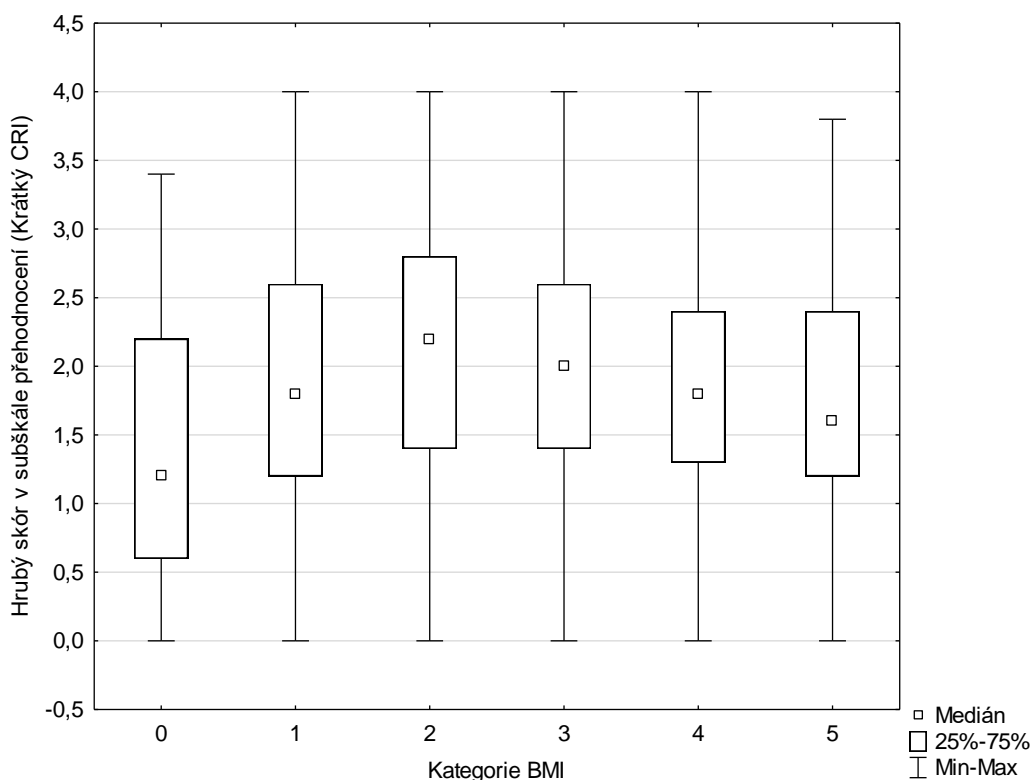
H5: Existuje rozdíl mezi participanty v kategoriích BMI v hrubém skóru v subškále Přehodnocení metody Krátký CRI.

Nejprve v tabulce 22 prezentujeme základní deskriptivní údaje.

Tabulka 22: Přehled základních hodnot u kategorií BMI v subškále Přehodnocení

Kategorie BMI	Počet respondentů	Průměr	SD	Medián	Min.	Max.
Podvýživa	31	1,43	1,06	1,2	0,0	3,4
Normální váha	169	1,81	1,04	1,8	0,0	4,0
Nadváha	159	2,05	1,02	2,2	0,0	4,0
Obezita 1. st.	125	1,97	0,96	2,0	0,0	4,0
Obezita 2. st.	68	1,88	0,88	1,8	0,0	4,0
Obezita 3. st.	49	1,82	0,93	1,6	0,0	3,8

Na základě užití neparametrické metody Kruskal-Wallisův test nebyly zjištěny rozdíly mezi kategoriemi BMI ve skórování v subškále Přehodnocení Krátkého CRI $H(5,601) = 12,484$, $p = 0,029$, $\eta^2 = 0,013$. Míra účinku poukazuje na slabý efekt. V krabicovém grafu 15 jsou uvedeny hrubé skóry u jednotlivých kategorií BMI.

Graf 15: Krabicový graf zobrazující rozdíly mezi kategoriemi BMI v subškále Přehodnocení

Pozn.: na ose x: 0 = podvýživa, 1 = normální váha, 2 = nadváha, 3 = obezita 1. stupně, 4 = obezita 2. stupně, 5 = obezita 3. stupně

Následně jsme provedli post-hoc srovnání průměrných pořadí všech dvojic skupin, které zobrazuje tabulka 23.

Tabulka 23: Rozdíly v subškále Přehodnocení mezi kategoriemi BMI

	Podvýživa	Normální váha	Nadváha	Obezita 1. stupně	Obezita 2. stupně	Obezita 3. stupně
Podvýživa		0,737	0,032*	0,118	0,883	1,000
Normální váha	0,737		0,709	1,000	1,000	1,000
Nadváha	0,032*	0,709		1,000	1,000	1,000
Obezita 1. stupně	0,118	1,000	1,000		1,000	1,000
Obezita 2. stupně	0,883	1,000	1,000	1,000		1,000
Obezita 3. stupně	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	

Pozn.: * = signifikantní hladina 0,05

Signifikantní p-hodnota vyšla pouze mezi kategoriemi podvýživa a nadváha. Ve zbylých kategoriích nepřesáhla p-hodnota číslo 0,05. Hypotézu **H5** tedy **nemůžeme přijmout**.

H6: Existuje rozdíl mezi participanty v kategoriích BMI v hrubém skóre v subškále Odpojení metody Krátký CRI.

V první řadě uvádíme deskriptivní údaje, které lze nalézt v tabulce 24.

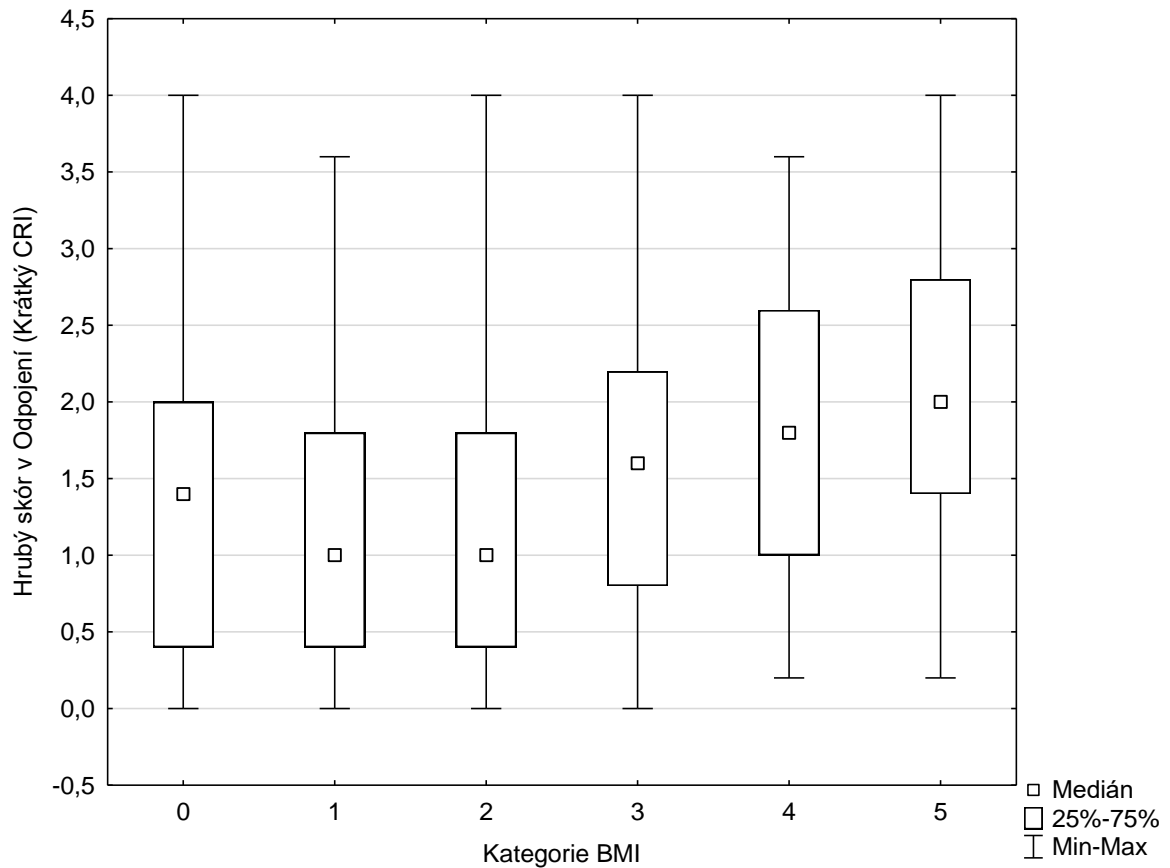
Tabulka 24: Přehled základních hodnot u kategorií BMI v subškále Odpojení

Kategorie BMI	Počet respondentů	Průměr	SD	Medián	Min.	Max.
Podvýživa	31	1,42	1,06	1,4	0,0	4,0
Normální váha	169	1,15	0,92	1,0	0,0	3,6
Nadváha	159	1,19	0,90	1,0	0,0	4,0
Obezita 1. st.	125	1,53	1,00	1,6	0,0	4,0
Obezita 2. st.	68	1,77	0,90	1,8	0,2	3,6
Obezita 3. st.	49	2,06	1,00	2,0	0,2	4,0

Znovu byl použit Kruskal-Wallisův test, tentokrát však potvrdil rozdíly mezi kategoriemi BMI ve skórování v subškále Odpojení Krátkého CRI $H(5,601) = 51,263$, $p <$

0,001, $\eta^2 = 0,078$. Velikost éty na druhou odpovídá střednímu efektu. V krabicovém grafu 16 jsou uvedeny hrubé skóry u jednotlivých kategorií BMI.

Graf 16: Krabicový graf zobrazující rozdíly mezi kategoriemi BMI v subškále Odpojení



Pozn.: na ose x: 0 = podvýživa, 1 = normální váha, 2 = nadváha, 3 = obezita 1. stupně, 4 = obezita 2. stupně, 5 = obezita 3. stupně

Následovalo provedení post-hoc srovnání průměrných pořadí všech dvojic skupin. Výsledky jsou k nalezení v tabulce 25.

Tabulka 25: Rozdíly v subškále Odpojení mezi kategoriemi BMI

	Podvýživa	Normální váha	Nadváha	Obezita 1. stupně	Obezita 2. stupně	Obezita 3. stupně
Podvýživa		1,000	1,000	1,000	0,933	0,080
Normální váha	1,000		1,000	0,017*	< 0,001*	< 0,001*
Nadváha	1,000	1,000		0,054	< 0,001*	< 0,001*
Obezita 1. stupně	1,000	0,017*	0,054		1,000	0,042*
Obezita 2. stupně	0,933	< 0,001*	< 0,001*	1,000		1,000
Obezita 3. stupně	0,080	< 0,001*	< 0,001*	0,042*	1,000	

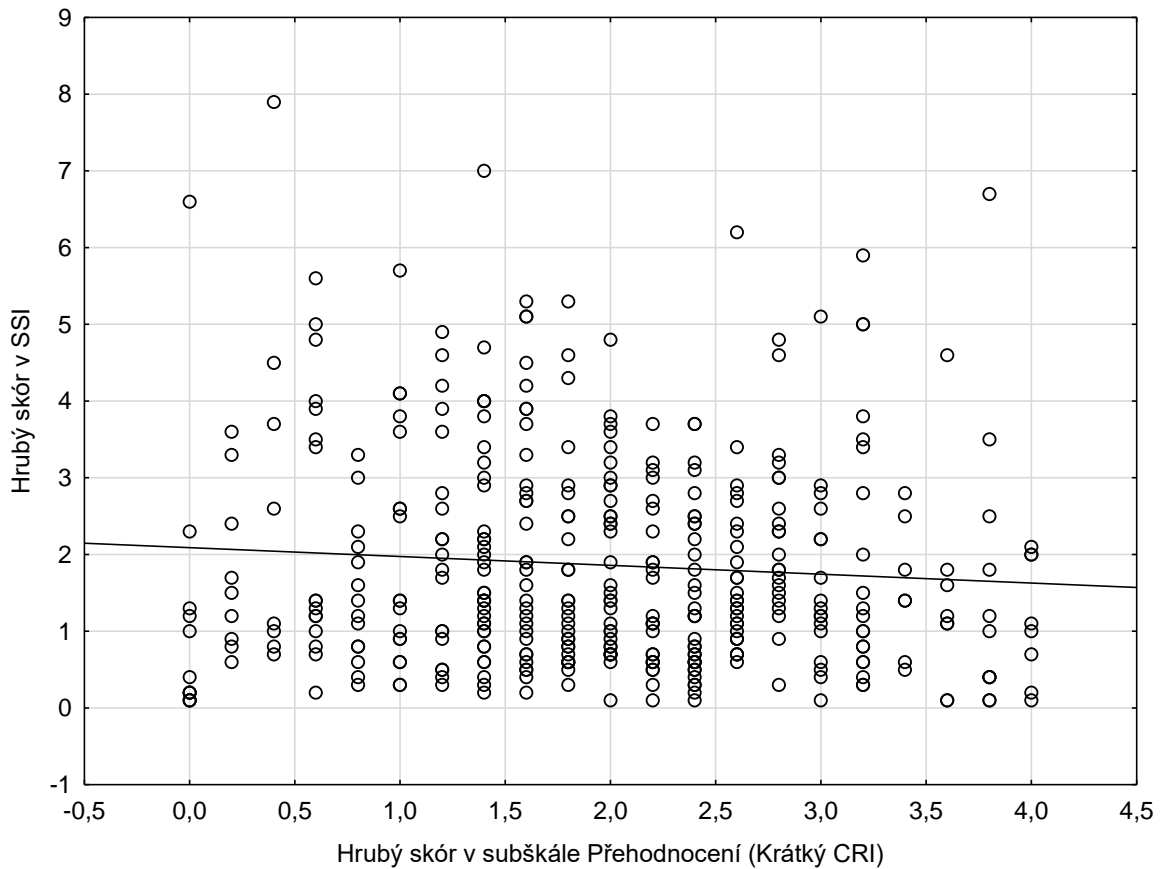
Pozn.: * = signifikantní hladina 0,05

P-hodnoty poukazují na několik vysoce signifikantních rozdílů mezi různými kategoriemi BMI. Jedná se o kategorie normální váha a obezita 2. a 3. stupně, nadváha a obezita 2. a 3. stupně. Signifikantní rozdíly byly identifikovány mezi skupinami normální váha a obezita 1. stupně a obezita 1. stupně a 3. stupně. Na základě těchto zjištění **přijímáme** hypotézu **H6**.

H7: Celkové skóre hmotnostní stigmatizace v SSI negativně koreluje s hrubým skóre v subškále Přehodnocení metody Krátký CRI.

Korelaci mezi hrubými skóry v metodě SSI a v subškále Přehodnocení Krátkého CRI jsme zjišťovali pomocí Spearmanova korelačního koeficientu. Hodnota byla rovna r_s ($n = 401$) = -0,06, $p > 0,05$. P-hodnota nevyšla signifikantní. Z těchto důvodů hypotézu **H7 nepřijímáme**. Zobrazení zanedbatelné korelace je patrné v grafu 17.

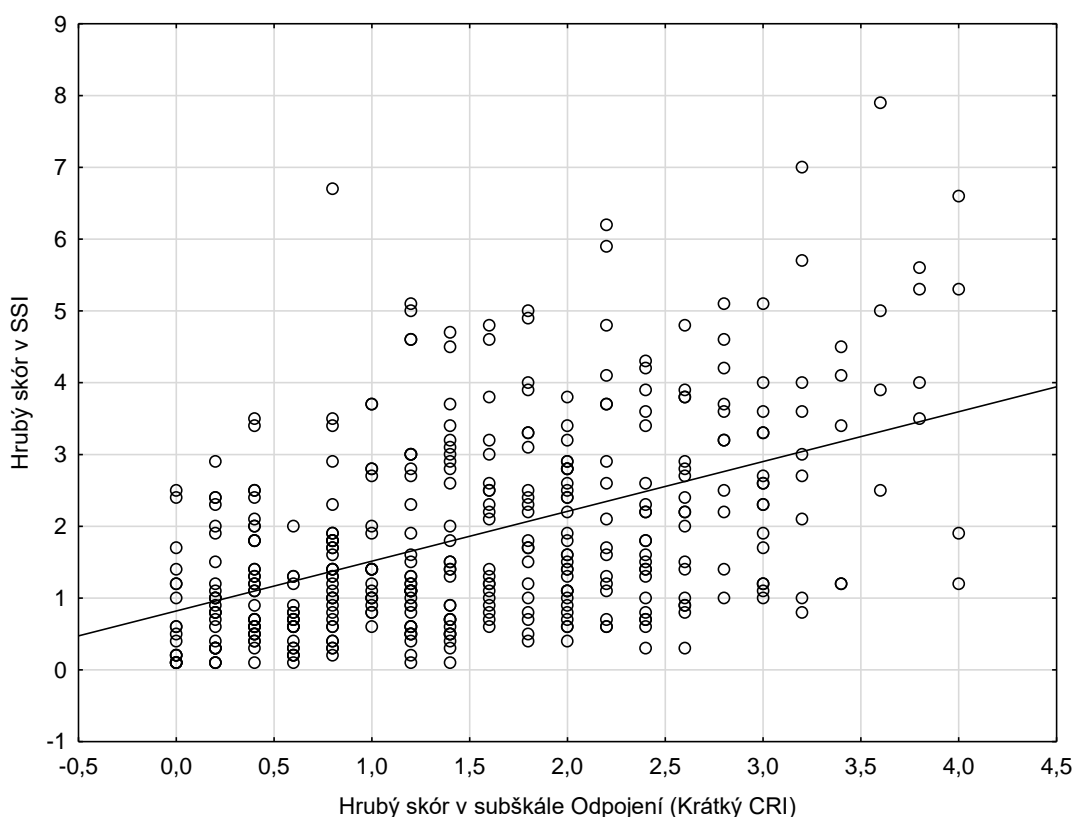
Graf 17: Bodový graf korelace hrubého skóre v SSI a v subškále Přehodnocení



H8: Celkové skóre hmotnostní stigmatizace v metodě SSI pozitivně koreluje se skórem v subškále Odpojení metody Krátký CRI.

Podobně jsme postupovali také v případě druhé subškály – Odpojení. Spearmanův korelační koeficient odpovídá hodnotě $r_s (n = 401) = 0,476$, $p < 0,05$. V tomto případě můžeme vztah mezi zkoumanými proměnnými označit za středně silný v kladném směru. Vzhledem k signifikantní p-hodnotě **přijímáme** hypotézu **H8**. Výsledky jsou opět k dispozici v grafické podobě v grafu 18.

Graf 18: Bodový graf korelace hrubého skóre v SSI a v subškále Odpojení



c) Hypotézy týkající se internalizace předpojatosti spojené s váhou (metoda WBIS-M)

Do výpočtů v rámci metody WBIS-M bylo zahrnuto 401 respondentů (354 žen, 47 mužů). Opět se jednalo o jedince spadající do kategorií dle BMI nadváha, nebo obezita některého ze 3 stupňů a zároveň o jedince, kteří skórovali 0 v krátké verzi SSI.

Stejně jako u předchozích sad hypotéz i zde jsme zkoumali, zda existují rozdíly v internalizaci předpojatosti vůči obezitě mezi všemi hmotnostními kategoriemi. Proto jsme u hypotézy H9 počítali s 601 respondenty.

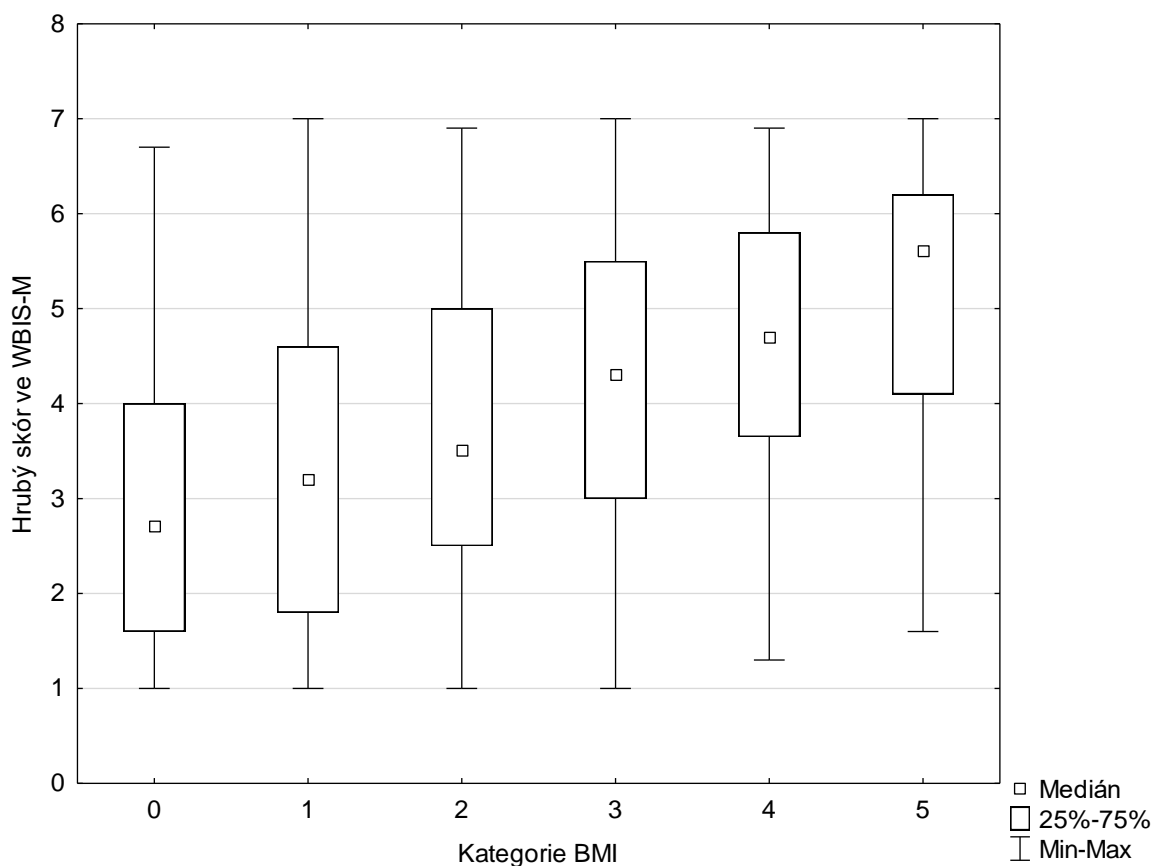
H9: Existuje rozdíl mezi participanty v kategoriích BMI v celkovém skóre internalizace předpojatosti spojené s váhou ve WBIS-M.

Nejprve uvádíme deskriptivní údaje, které jsou k nahlédnutí v tabulce 26.

Tabulka 26: Přehled základních hodnot u kategorií BMI v metodě WBIS-M

Kategorie BMI	Počet respondentů	Průměr	SD	Medián	Min.	Max.
Podvýživa	31	2,98	1,57	2,7	1,0	6,7
Normální váha	169	3,30	1,64	3,2	1,0	7,0
Nadváha	159	3,72	1,52	3,5	1,0	6,9
Obezita 1. st.	125	4,24	1,56	4,3	1,0	7,0
Obezita 2. st.	68	4,62	1,43	4,7	1,3	6,9
Obezita 3. st.	49	5,08	1,42	5,6	1,6	7,0

Za využití Kruskal-Wallisova testu byly zjištěny rozdíly v hrubém skóru metody WBIS-M mezi kategoriemi BMI $H(5,601) = 76,665$ $p < 0,001$, $\eta^2 = 0,12$. Velikost míry účinku éta na druhou odpovídá střednímu efektu. V krabicovém grafu 19 jsou uvedeny hrubé skóry u jednotlivých kategorií BMI.

Graf 19: Krabicový graf zobrazující rozdíly mezi kategoriemi BMI ve WBIS-M

Pozn.: na ose x: 0 = podvýživa, 1 = normální váha, 2 = nadváha, 3 = obezita 1. stupně, 4 = obezita 2. stupně, 5 = obezita 3. stupně

Na první pohled je patrný stoupající trend, tedy trend v očekávaném směru. Nejnižšího průměrného skóre dosahovali jedinci spadající do kategorie podvýživa. Průměrné skóre postupně narůstalo napříč všemi kategoriemi.

K zjištění přesného umístění rozdílů jsme provedli post-hoc srovnání průměrných pořadí všech dvojic skupin. Výsledné p-hodnoty nabízí tabulka 27.

Tabulka 27: Rozdíly v subškále Odpojení mezi kategoriemi BMI

	Podvýživa	Normální váha	Nadváha	Obezita 1. stupně	Obezita 2. stupně	Obezita 3. stupně
Podvýživa		1,000	0,337	0,002*	< 0,001*	< 0,001*
Normální váha	1,000		0,333	< 0,001*	< 0,001*	< 0,001*
Nadváha	0,337	0,333		0,115	0,003*	< 0,001*
Obezita 1. stupně	0,002*	< 0,001*	0,115		1,000	0,044*
Obezita 2. stupně	< 0,001*	< 0,001*	0,003*	1,000		1,000
Obezita 3. stupně	< 0,001*	< 0,001*	< 0,001*	0,044*	1,000	

Pozn.: * = signifikantní hladina 0,05

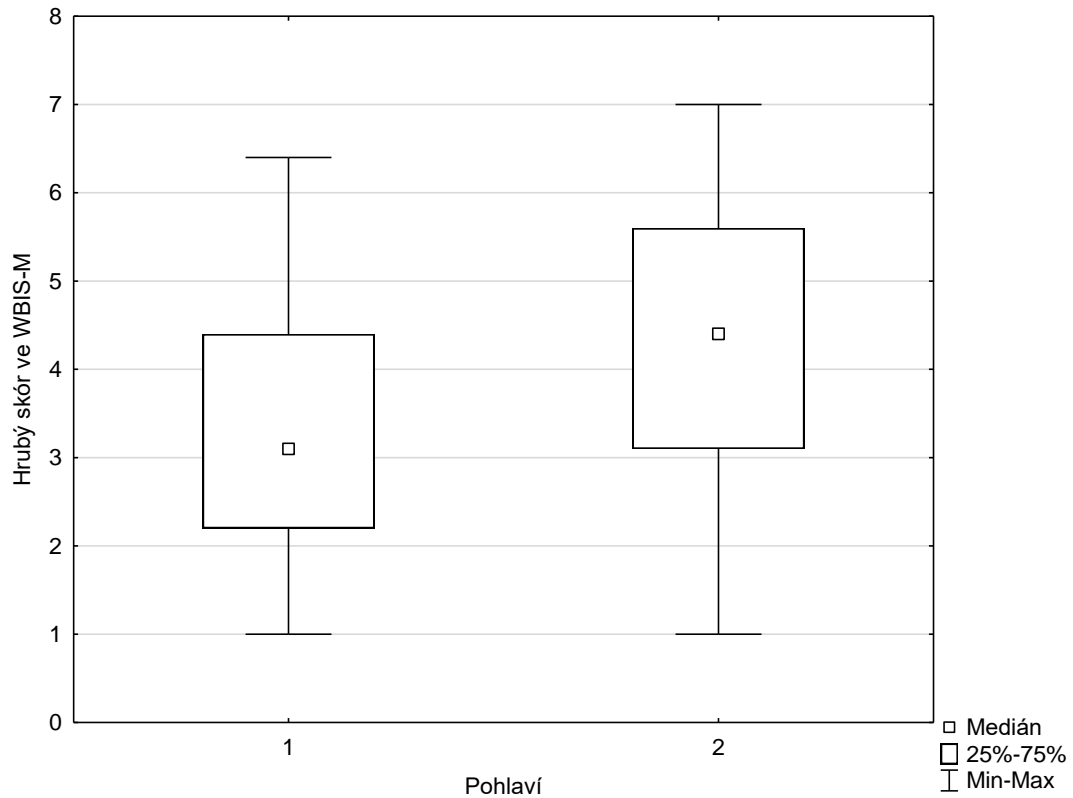
Velmi vysoce signifikantní rozdíly se nachází mezi kategoriemi podvýživa a obezita 1. a 2. stupně, mezi kategoriemi normální váha a obezita všech tří stupňů a mezi nadváhou a obezitou 3. stupně. Vysoce signifikantní rozdíl byl nalezen mezi kategoriemi podvýživa a obezita 1. stupně a nadváha a obezita 2. stupně. Signifikantní rozdíl lze spatřit mezi kategoriemi obezita 1. stupně a obezita 3. stupně. Na základě výše zjištěného hypotézu **H9 přijímáme**.

H10: Ženy dosahují vyššího skóre internalizace předpojatosti spojené s váhou ve WBIS-M.

Zvolili jsme Mann-Whitneův U test, jehož výsledky jsou $U = 5192,5$, $Z = 4,187$, $p < 0,001$, $AUC = 0,688$. Na základě míry účinku dle AUC lze prohlásit, že s 68,8% pravděpodobností bude náhodně vylosovaná žena skórovat výše než náhodně vylosovaný

muž. Ženy dosahovaly průměrné hodnoty $M = 4,32$ ($SD = 1,55$), medián byl roven 4,4. U mužů byl průměr $M = 3,29$ ($SD = 1,42$), medián odpovídal hodnotě 3,1. Rozdíly lze spatřit v grafu 20. Hypotézu **H10** tedy **přijímáme**.

Graf 20: Rozdíly v hrubém skóru mezi pohlavími ve WBIS-M

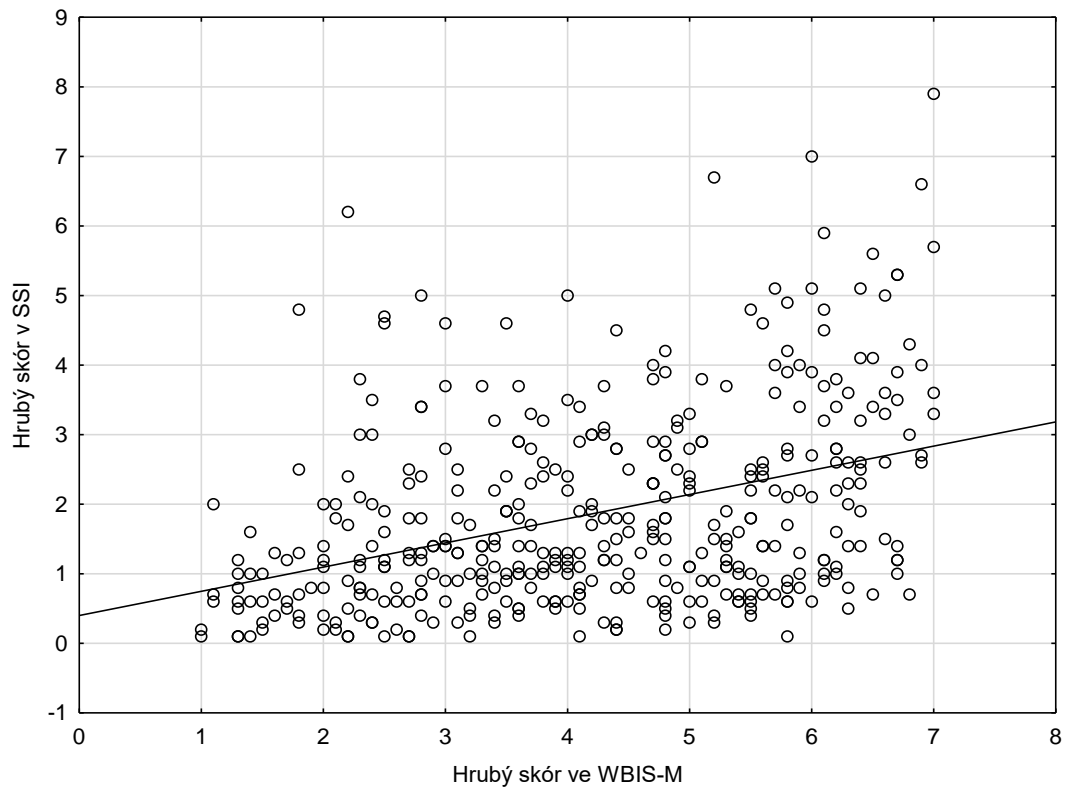


Pozn.: na ose x: 1 = muži, 2 = ženy

H11: Celkové skóre hmotnostní stigmatizace v SSI pozitivně koreluje s celkovým skóre internalizace předpojatosti spojené s váhou ve WBIS-M.

K ověření hypotézy H11 jsme použili Spearmanův korelační koeficient, jehož hodnota vyšla $r_s (n = 401) = 0,39$, $p < 0,05$. Jedná se o středně silný kladný vztah. Výsledky tedy naznačují, že lidé, kteří skórují průměrně výše v metodě SSI (mají více zkušeností se stigmatizací na základě hmotnosti), více internalizují předpojatost spojenou s váhou. Můžeme tedy **přijmout** hypotézu **H11**. Výsledky graficky zobrazujeme v grafu 21.

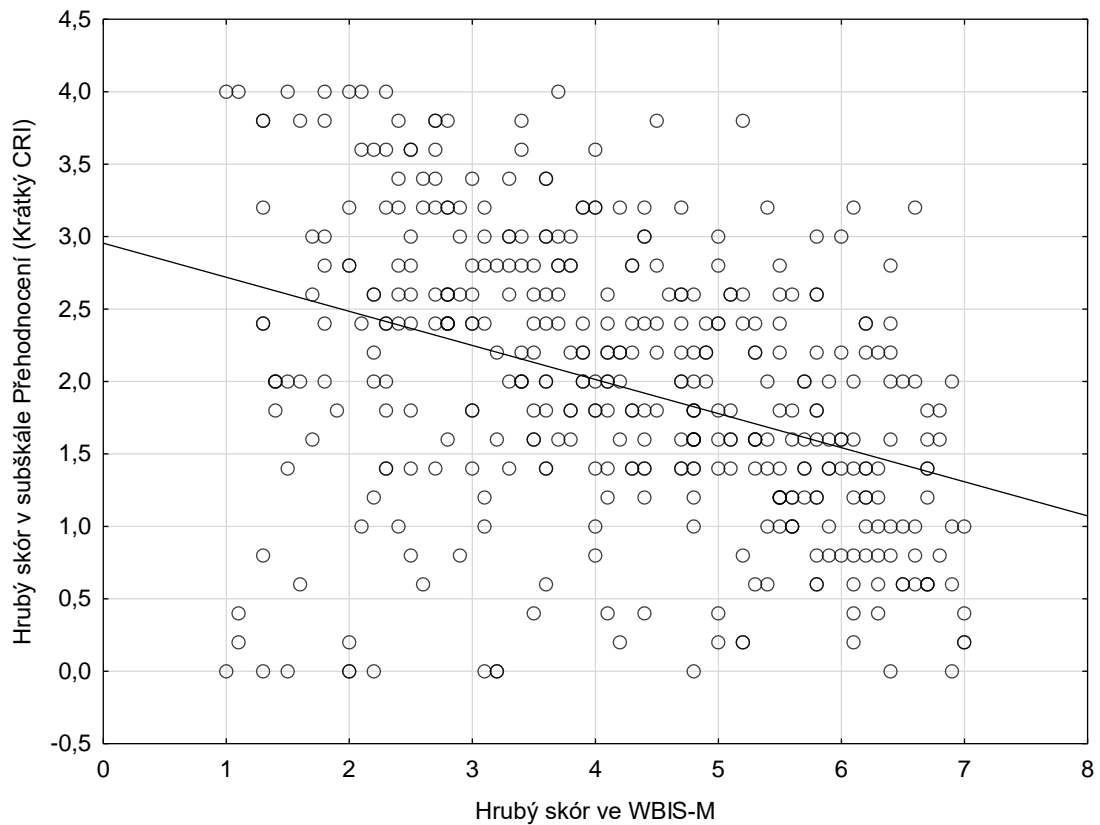
Graf 21: Bodový graf korelace hrubého skóre v SSI a WBIS-M



H12: Skóre v subškále Přehodnocení metody Krátký CRI negativně koreluje s celkovým skóre internalizace předpojatosti spojené s váhou ve WBIS-M.

Tentokrát jsme zvolili Pearsonův korelační koeficient, jehož hodnota vyšla $r(401) = -0,38$, $p < 0,001$. Tento výsledek odpovídá středně silnému vztahu v negativním směru a naznačuje, že osoby častěji používající strategie vyrovnávání ze subškály Přehodnocení méně internalizují předpojatost spojenou s váhou. Hypotézu **H12 přijímáme**. Výsledek je zobrazen v bodovém grafu 22.

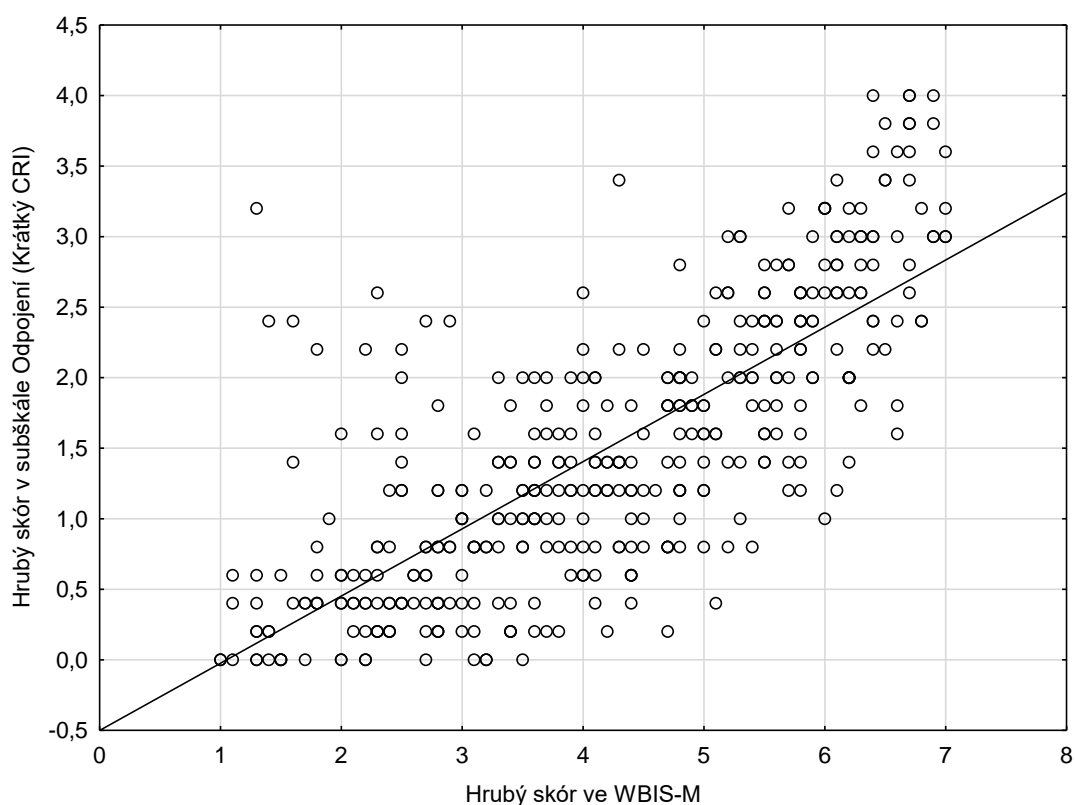
Graf 22: Bodový graf korelace hrubého skóre v subškále Přehodnocení a WBIS-M



H13: Skóre v subškále Odpojení metody Krátký CRI pozitivně koreluje s celkovým skóre internalizace předpojatosti spojené s váhou ve WBIS-M.

K zjištění korelace sloužil Spearmanův korelační koeficient r_s ($n = 401$) = 0,77, $p < 0,05$. Hodnota Spearmanova korelačního koeficientu ukazuje, že se jedná o silný kladný vztah. Zde výsledky ukazují, že lidé, kteří hojněji užívají copingové strategie ze subškály Odpojení, více internalizují předpojatost spojenou s hmotností. Hypotézu **H13** rovněž **přijímáme**. Opět přidáváme bodový graf zobrazující zjištěnou korelaci – graf 23.

Graf 23: Bodový graf korelace hrubého skóre v subškále Odpojení a WBIS-M



H14: Diskrepance mezi reálnou a ideální postavou zjištěná v BOBR pozitivně koreluje s celkovým skóre internalizace předpojatosti spojené s váhou ve WBIS-M.

Korelaci mezi proměnnými rozdíl reálné a ideální postavy a internalizace předpojatosti spojené s váhou jsme zkoumali pomocí Pearsonova korelačního koeficientu. Hodnota byla rovna $r(401) = 0,49$, $p < 0,001$. Zjištěný vztah lze označit za středně silný v kladném směru. Výsledky naznačují, že větší diskrepance mezi postavou reálnou a ideální souvisí s vyšší internalizací zaujatosti vůči hmotnosti. Hypotézu **H14** tedy **přijímáme**. Výsledky doplňujeme také grafickým zobrazením v grafu 24.

Tabulka 28: Přehled závěrů ze statistického ověřování hypotéz

Hypotéza	Znění hypotézy	Závěr
H1	Existuje rozdíl mezi participanty v kategoriích BMI v celkovém skóru hmotnostní stigmatizace v SSI.	Přijímáme
H2	Ženy dosahují vyššího celkového skóru hmotnostní stigmatizace v SSI.	Přijímáme
H3	Věk negativně koreluje se zažitou hmotnostní stigmatizací.	Nepřijímáme
H4	Diskrepance mezi reálnou a ideální postavou zjištěná v BOBR pozitivně koreluje s celkovým skóre hmotnostní stigmatizace v SSI.	Přijímáme
H5	Existuje rozdíl mezi participanty v kategoriích BMI v hrubém skóru v subškále Přehodnocení metody Krátký CRI.	Nepřijímáme
H6	Existuje rozdíl mezi participanty v kategoriích BMI v hrubém skóre v subškále Odpojení metody Krátký CRI.	Přijímáme
H7	Celkové skóre hmotnostní stigmatizace v SSI negativně koreluje s hrubým skóre v subškále Přehodnocení metody Krátký CRI.	Nepřijímáme
H8	Celkové skóre hmotnostní stigmatizace v metodě SSI pozitivně koreluje se skórem v subškále Odpojení metody Krátký CRI.	Přijímáme
H9	Existuje rozdíl mezi participanty v kategoriích BMI v celkovém skóre internalizace předpojatosti spojené s váhou ve WBIS-M.	Přijímáme
H10	Ženy dosahují vyššího skóre internalizace předpojatosti spojené s váhou ve WBIS-M.	Přijímáme
H11	Celkové skóre hmotnostní stigmatizace v SSI pozitivně koreluje s celkovým skóre internalizace předpojatosti spojené s váhou ve WBIS-M.	Přijímáme
H12	Skóre v subškále Přehodnocení metody Krátký CRI negativně koreluje s celkovým skóre internalizace předpojatosti spojené s váhou ve WBIS-M.	Přijímáme

H13	Skóre v subškále Odpojení metody Krátký CRI pozitivně koreluje s celkovým skóre internalizace předpojatosti spojené s váhou ve WBIS-M.	Přijímáme
H14	Diskrepance mezi reálnou a ideální postavou zjištěná v BOBR pozitivně koreluje s celkovým skóre internalizace předpojatosti spojené s váhou ve WBIS-M.	Přijímáme

d) Predikce výskytu deprese

V poslední části jsme zjišťovali, které proměnné nejlépe predikují depresi (hrubé skóre v BDI-II). Výskyt deprese zde figuruje jako závisle proměnná. Pro tyto účely jsme použili mnohonásobnou lineární regresi – krokovou regresi (stepwise regression), konkrétně zpětnou eliminaci proměnných (backward stepwise). Zvolili jsme tedy explorační postup.

Naše pozornost se soustředila na osoby s vyšší tělesnou hmotností, proto byly do výpočtů zařazeni pouze lidé s nadváhou či obezitou ($n = 401$). Z celkového počtu jedinců je 354 žen a 47 mužů.

Z důvodu absence normálního rozložení u hrubého skóru metody SSI, CRI-Odpojení a BDI-II jsme nejprve provedli jejich logaritmickou transformaci (pomocí přirozeného logaritmu). Po jejím realizování byly splněny předpoklady pro vstup proměnných do regrese. Byla také ověřena normalita rozptylu reziduí.

Následně jsme provedli korelaci všech proměnných. Pro tyto účely jsme použili Pearsonův korelační koeficient. Zjištění jsou k nahlédnutí v tabulce 29 a 30.

Tabulka 29: Korelace

Proměnné	Log(BDI-II)	Pohlaví	Věk	SPOKO (t)	SPOKO (v)	Log(SSI)
Pohlaví	0,18 (< 0,001)	1,00	0,15	-0,16	-0,31	0,22
Věk	0,04 (0,439)	0,15	1,00	-0,10	-0,15	0,00
SPOKO_tvar	-0,43 (< 0,001)	-0,16	-0,10	1,00	0,68	-0,30
SPOKO_váha	-0,36 (< 0,001)	-0,31	-0,15	0,68	1,00	-0,27
Log(SSI)	0,40 (< 0,001)	0,00	0,00	-0,30	-0,27	1,00
CRI Přehodnocení	-0,36 (< 0,001)	0,12	0,03	0,33	0,17	-0,05
Log(CRI Odpojení)	0,67 (< 0,001)	0,27	0,05	-0,59	-0,53	0,49
WBIS-M	0,58 (< 0,001)	0,21	0,04	-0,58	-0,54	0,41
ROZDÍL (r-i)	0,44 (< 0,001)	0,26	0,06	-0,43	-0,47	0,34
Výška	-0,08 (0,122)	-0,52	-0,09	0,06	0,12	-0,07
Váha	0,19 (< 0,001)	-0,09	0,14	-0,28	-0,33	0,32
BMI	0,25 (< 0,001)	0,16	0,20	-0,34	-0,42	0,39

Pozn.: tučná čísla v prvním sloupci = p-hodnota je nižší než 0,05, SPOKO (t) = SPOKO_tvar = spokojenost s tvarem těla, SPOKO (v) = SPOKO_váha = spokojenost s váhou, LOG = přirozený logaritmus, CRI př. = CRI Přehodnocení, LOG(CRI od.) = LOG(CRI Odpojení), ROZDÍL (r-i) = rozdíl mezi reálnou a ideální postavou

Tabulka 30: Korelace – pokračování

Proměnné	CRI Př.	Log(CRI Od.)	WBIS-M	ROZDÍL (r-i)	Výška	Váha	BMI
Pohlaví	0,12	0,27	0,21	0,26	-0,52	-0,09	0,16
Věk	0,03	0,05	0,04	0,06	-0,09	0,14	0,20
SPOKO_tvar	0,33	-0,59	-0,58	-0,48	0,06	-0,28	-0,34
SPOKO_váha	0,17	-0,53	-0,54	-0,47	0,12	-0,33	-0,42
Log(SSI)	-0,05	0,49	0,41	0,34	-0,07	0,32	0,39
CRI Přehodnocení	1,00	-0,29	-0,38	-0,16	-0,11	-0,12	-0,09
Log(CRI Odpojení)	-0,29	1,00	0,74	0,49	-0,13	0,21	0,29
WBIS-M	-0,38	0,74	1,00	0,49	-0,05	0,24	0,29
ROZDÍL (r-i)	-0,16	0,49	0,49	1,00	-0,14	0,23	0,33
Výška	-0,11	-0,13	-0,05	-0,14	1,00	0,42	-0,06
Váha	-0,12	0,21	0,24	0,23	0,42	1,00	0,88
BMI	-0,09	0,29	0,29	0,33	-0,06	0,88	1,00

Pozn.: LOG = přirozený logaritmus, CRI Př. = CRI Přehodnocení, LOG(CRI Od.) = LOG(CRI Odpojení), ROZDÍL (r-i) = rozdíl mezi reálnou a ideální postavou

Proměnné, u nichž byla p-hodnota korelace s BDI-II nižší než 0,05, vstoupily do zpětné krokové regresní analýzy. Jedná se o proměnné pohlaví, spokojenost s váhou, spokojenost s tvarem těla, log(hrubé skóre v SSI krátká verze), hrubé skóre v subškále Přehodnocení Krátkého CRI, log(hrubé skóre v subškále Odpojení Krátkého CRI), hrubé skóre ve WBIS-M, diskrepance mezi reálnou a ideální postavou zjištěná v BOBR, tělesná váha jedince a BMI. U proměnné spokojenost s váhou, spokojenost s tvarem těla a hrubým skóre v subškále Přehodnocení v Krátkém CRI byla dle logické úvahy a očekávání nalezena negativní korelace. Proměnné věk a tělesná výška jsme pro nízkou korelaci s BDI-II do regrese nezařadili.

Tyto proměnné spolu v různé míře korelují. Zpětná kroková regrese pak vždy identifikuje proměnnou, která přináší nejmenší užitek a ověří její významnost. Jestliže je označena za nevýznamnou, je z regresní analýzy vyřazena (Dostál, 2017b).

Program Statistica provedl celkem 8 kroků. Postupně byly z analýzy vyřazeny proměnné BMI, váha, pohlaví, spokojenost s váhou, spokojenost s tvarem těla, hrubé skóre ve WBIS-M a log(SSI). Jako statisticky významné se nakonec ukázaly celkem 3 proměnné –

hrubé skóre v subškále Přehodnocení, Log hrubé skóre v subškále Odpojení a hrubé skóre v metodě BOBR (rozdíl mezi reálnou a ideální postavou) $F(3, 397) = 133,319, p < 0,001$.

Tabulka 31: Výsledky zpětné krokové regresní analýzy

Regresory	Nestandardizované koeficienty		Standardizované koeficienty	t(397)	p-hodnota	r
	B	Směrodatná chyba	Beta			
HS v subškále Přehodnocení	-0,115	0,03	-0,137	-3,631	< 0,001*	-0,179
Log(Odpojení)	1,121	0,08	0,575	13,363	< 0,001*	0,557
Výsledek v BOBR	0,081	0,03	0,131	3,215	0,001*	0,159

Pozn.: * = signifikantní hladina 0,05, r = parciální korelační koeficient

Pokud hrubé skóre v subškále Přehodnocení vzroste o 1, potom lze očekávat pokles závisle proměnné – deprese o 11,5 %. Při růstu rozdílu mezi reálnou a ideální postavou o 1, vzroste deprese o 8,1 %. Jestliže log(Odpojení) vzroste o 1 %, tak deprese vzroste o 1,1 %.

Použili jsme parciální korelační koeficienty, které sdělují sílu mezi závisle proměnnou a nezávisle proměnnou v případě konstantního působení ostatních proměnných. Ukázalo se, že největší vliv na depresi má log(Odpojení). Hodnota úplného korelačního koeficientu vyšla $r = 0,707$. Tato hodnota značí silnou závislost mezi závisle proměnnou a všemi nezávislými proměnnými.

Koeficient determinace je roven hodnotě $R^2 = 0,502$. Celý model tedy vysvětluje 50,2 % rozptylu deprese.

Vyhodnocení předpovědi: Z výše uvedeného vyplývá, že deprese je predikována využíváním adaptivních (subškála Přehodnocení) a maladaptivních (subškála Odpojení) copingových strategií a rozdílem mezi reálnou a ideální hmotností.

8 DISKUSE

Tato kapitola obsahuje představení a interpretaci hlavních zjištění výzkumné části práce. Naše závěry budou porovnány s již existujícími výzkumy na téma stigmatizace na základě hmotnosti a jejich souvislostech s copingovými strategiemi, internalizací předpojatosti vůči obezitě a dopadem na duševní zdraví. Z důvodu nutného převodu zahraničních metod na jejich českou verzi budou představeny jejich psychometrické vlastnosti, které porovnáváme s originály či převedenými verzemi z jiných zemí. V závěru bude pozornost věnována úvahám nad limity našeho výzkumu, přínosům práce a možnému směřování budoucích výzkumů.

Před samotným výzkumem jsme museli z důvodu absence českých verzí vybraných metod provést jejich převod do české podoby. Jedná se o metody SSI krátká verze, Krátký CRI a WBIS-M. Tyto metody byly zvoleny na základě provedené rešerše. Jevily se nám jako nejvhodnější, jelikož přesně míří na problematiku hmotnostní stigmatizace s důrazem na osoby s vyšší tělesnou hmotností a zahrnují informace, které jsme potřebovali získat. Tyto nástroje mají dobré psychometrické vlastnosti. Jsou navíc poměrně hojně využívány i v dalších výzkumech, tudíž můžeme snadněji porovnávat získané výsledky (Hayward et al., 2018; Himmelstein et al., 2018; Himmelstein et al., 2019; Himmelstein et al., 2020; Puhl et al., 2018).

U inventářů SSI a CRI jsme se rozmysleli nad dvěma variantami – původní dlouhou a zkrácenou. Při použití plné verze SSI a CRI (Myers & Rosen, 1999) bychom jistě mohli získat podrobnější informace o stigmatizaci na základě hmotnosti – o situacích, ve kterých se projevuje hmotnostní stigmatizace a o širší škále využívaných copingových strategií. Vzhledem k celkové délce dotazníkové baterie jsme se uchýlili k využití jejich krátkých verzí (Hayward et al., 2017; Vartanian, 2015). Autoři zkrácených verzí hovoří o nepraktickém využití plných verzí vzhledem k velkému počtu položek a ze stejného důvodu o možném menším používání ve výzkumech (Hayward et al., 2017; Vartanian, 2015). Krátké verze ovšem také mají svá omezení. Haywardová et al. (2017) například upozorňuje na limit Krátkého CRI, který spočívá v nezahrnutí behaviorálních strategií zvládání, jako je například verbální reakce na stigmatizujícího, copingová strategie jezení, vyhledávání terapie apod. U metody WBIS jsme vážali, zda použít verzi, která nahrazuje

pojem nadváha váhou a která tím pádem pojímá všechny hmotnostní kategorie (Pearl & Puhl, 2014), nebo vybrat originální podobu škály určenou pro kategorie nadváha a obezita (Durso & Latner, 2008). Nakonec jsme se rozhodli pro modifikovanou škálu, protože jeden z našich cílů míří na identifikování rozdílů mezi všemi kategoriemi BMI u internalizace zaujatosti vůči obezitě, kterou zaznamenává právě tato škála. Do dotazníkové baterie byly umístěny také dva nástroje, které jsou v České republice již používané. Jedná se o BDI-II, který zjišťuje výskyt deprese a u kterého proběhla standardizace na českém vzorku (Ptáček et al., 2016). Druhý z nich má zkratku BOBR. Tato metoda byla vyvinuta přímo v českém prostředí (Šrámková & Cakirpaloglu, 2015).

Vzhledem k převodu zahraničních metod do české podoby následovalo provedení explorativní faktorové analýzy (metoda hlavních os, u Krátkého CRI navíc s normalizovanou rotací varimax) a zjištění reliability použitých nástrojů. U krátké verze SSI byla potvrzena přítomnost jediného faktoru, stejně jako tomu bylo u španělské verze (Ortiz & Gómez-Pérez, 2019). V této španělské verzi překonaly všechny faktorové náboje hodnotu 0,6 (Ortiz & Gómez-Pérez, 2019). Nám se toto nepovedlo u položek 5, 7 a 8. Dále byla zjišťována vnitřní konzistence položek pomocí koeficientu Cronbachova alfa, která se rovnala hodnotě 0,85. Stejnou velikost Cronbachovy alfy (0,84–0,85) zjistil také Vartanian (2015) u původní krátké verze.

U metody Krátký CRI byly identifikovány dva faktory, což odpovídá původní zkrácené verzi od Haywardové et al. (2017). Tyto dvě subškály byly pojmenovány Přehodnocení a Odpojení. Faktorové náboje přesáhly hodnotu 0,6 kromě jediné položky (Mám se rád/a, i když to vypadá, že ostatní mě rádi nemají). V naší verzi měly všechny položky faktorový náboj větší než 0,6. Reliabilita naší verze zjištěná pomocí koeficientu Cronbachova alfa vyšla u subškály Přehodnocení 0,82, u subškály Odpojení 0,86. U Haywardové et al. (2017) byla hodnota Cronbachovy alfy u subškály Přehodnocení rovna 0,82–0,88 a u subškály Odpojení 0,83–0,87.

U WBIS-M byla rovněž provedena explorativní faktorová analýza, která potvrdila jeden faktor. Velikost koeficientu Cronbachova alfa byla rovna 0,93. Hodnoty Cronbachovy alfy u Leeové a Dedricka (2016) vyšly od 0,92 do 0,94.

V deskriptivní části výzkumu jsme se snažili zmapovat nejčtenější stigmatizující situace, nejhojněji užívané copingové strategie, nejčastější zdroje stigmatizace a panující názor na hmotnostní stigmatizaci v médiích. Později prezentovaná procenta odpovídají

možnostem, že se daná stigmatizující situace objevila v životě jedince alespoň jednou. V našem výzkumném vzorku zažilo hmotnostní stigmatizaci 95,5 % lidí s obezitou či nadváhou. Ve studii Puhlové et al. (2017) se se stigmatizací setkala 91,5 % žen s vyšší tělesnou hmotností. Pro srovnání jsme do výpočtů přidali i zbylé hmotnostní kategorie – podvýživa a normální váha. Po zahrnutí všech kategorií se ukázalo, že se s hmotnostní stigmatizací potýkalo 87,1 % osob. Ve výzkumu Puhlové et al. (2021), v němž byla stigmatizace mapována v 6 státech, byla zaznamenána hmotnostní stigmatizace u 55,6–61,3 % lidí všech kategorií BMI.

Ukázalo se, že nejčastěji se lidé spadající do kategorie nadváha nebo obezita setkávají s domněnkou ostatních lidí, že se přejídají nebo nejsou strídmí v jídle (84,5 %), jsou na ně mířené negativní komentáře pocházející od dětí (71,7 %) a hrubé poznámky od lidí na veřejnosti (69,5 %). Nejméně často se lidé s vyšší tělesnou hmotností zapojení do našeho výzkumu potýkali se zneužíváním ze strany partnera nebo partnerky, protože si mysleli, že je obézní osoba zoufalá (29,5 %). Příliš se nesečkávali se zíráním či obtěžováním v autobuse pro zabírání velkého prostoru (23,8 %) a nebyli odmítáni při ucházení se o zaměstnání z důvodu hmotnosti nebo tvaru postavy (11,4 %). Puhlová et al. (2017) se ptali pouze na 3 typy stigmatizace. Zjistili, že se u obézních žen a žen s nadváhou nejčastěji objevovalo posmívání se (88,4 %), dále nespravedlivé zacházení (78,3 %) a nejméně se potýkaly s diskriminací (65,1 %). Ke shodnému pořadí došli i ve studii Puhlové et al. (2021) u respondentů všech hmotnostních kategorií. Puhlová a Brownell (2006) zvolili původní dlouhou verzi metody SSI. Participantů všech hmotnostních kategorií nejvíce zažívali, podobně jako v naší studii, situace ze subškály ostatní mají negativní předpoklady (68 %) a ošklivé komentáře od dětí (63 %). Dále následovaly fyzické bariéry a překážky (50 %). V nejmenší míře se setkávali se situacemi ze subškály zírání (37 %), diskriminace v zaměstnání (25 %) a být napaden (9 %). Výsledky Myerse a Rosena (1999) odhalily, že obézní lidé nejčastěji čelí urážlivým komentářům od dětí, nelichotivým domněnkám ostatních lidí o obézních osobách a fyzickým překážkám. Naopak méně četné byly zkušenosti s diskriminací v zaměstnání a fyzické napadení. Naše závěry ohledně málo časté diskriminace v zaměstnání podpořily výsledky Beníčkové (2019), která se zabývala hmotnostní stigmatizací právě v pracovní oblasti v České republice a která nezjistila v této sféře přítomnost stigmatizace lidí s vyšší tělesnou hmotností.

U žen se na prvních místech nejčastějších stigmatizujících situací objevoval předpoklad nestřídmosti v jídle (87,5 %), negativní komentáře od dětí (73,6 %) a nemístné

poznámky na veřejnosti (72,5 %). U mužů shodně první místo obsadil předpoklad o nestřídmosti v jídle (64,2 %), druhé místo ovšem zabraly nevyžádané rady lékaře ohledně hubnutí (60,4 %) a dále ošklivé komentáře od dětí (58,5 %). Nejméně časté stigmatizující situace byly totožné u žen i u mužů. Jednalo se o zneužívání partnerem/partnerkou (31,1 % a 18,9 %), nepříjemné pohledy spolucestujících v autobuse (25,3 % a 13,2 %) a odmítnutí zaměstnavatele zaměstnat danou osobu kvůli jejímu tvaru postavy (12,0 % a 7,6 %).

Puhlová a Brownell (2006) uvádí jako nejčastěji se vyskytující zkušenosti se stigmatizujícími situacemi u žen subškálu ostatní mají negativní předpoklady (74 %), ošklivé komentáře od dětí (69 %) a nevhodné komentáře od lékařů (62 %). U mužů se jednalo o subškálu ostatní mají negativní předpoklady (70 %), ošklivé komentáře od dětí (66 %) a ošklivé komentáře od rodiny (62 %). Naopak nejméně krát ženy i muži čelili stigmatizujícím situacím ze subškály zírání na mě (37 % a 40 %), diskriminace v zaměstnání (25 % a 23 %) a být napaden (9 % a 11 %).

Jako nejužívanější copingová strategie u respondentů z našeho výzkumu se ukázala strategie mít ze sebe špatný pocit (91,3 %), v podobné míře participanti užívají strategii vidět se jako dobrého člověka, kterého lidé mají rádi takového, jaký je (88,5 %) a považování problému se vzhledem obézní osoby za problém druhých osob (87,0 %). Jedinci z našeho vzorku nejméně používali strategii mít se rád, i když to vypadá, že ostatní mě rádi nemají (71,8 %), dále pak představu, že mě jakožto obézní osobu nikdo nikdy nebude milovat (61,6 %) a na posledním místě bylo vyhýbání se chození na veřejnost kvůli strachu z komentářů cizích lidí na tvar a velikost těla (52,4 %). Himmelsteinová et al. (2020) (n = 11,924) identifikovala jako nejčastěji užívané copingové strategie aktivní zvládnání (75,9 %), plánování (75,5 %) a pozitivní přerámování (65,0 %). Nejméně objevující se strategie zvládnání byly odloučení (16,7 %), užívání návykových látek (10,0 %) a popírání (9,9 %).

Respondenti ze studie Myerse a Rosena (1999) uváděli jako nejčastější způsoby zvládnání stigmatizujících situací používání pozitivního promlouvání k sobě samému, odvrácení negativních poznámek a užívání víry, náboženství nebo modlitby. V průměru jednou ročně respondenti používali copingové strategie vzdělávání sebe i ostatních o obezitě a stigmatizaci na základě hmotnosti, urážení a hrubost vůči stigmatizujícímu, vyhledání terapie kvůli prožití stigmatizaci a využívání fyzického násilí.

V našem výzkumu ženy nejvíce užívaly strategie brát problém se vzhledem jako problém ostatních (78,7 %), mít ze sebe špatný pocit (76,6 %) a vědomí toho, že mě lidé

mají rádi takovou, jaká jsem (74,5 %). Nejméně se objevovaly strategie upadání do deprese a izolování se od ostatních (44,7 %), vyhýbání se zrcadlům a pohledům do nich (42,6 %) a vyhýbání se chození na veřejnost (23,4 %). Muži nejhojněji užívali strategie mít ze sebe špatný pocit (93,2 %), předpoklad, že mě lidé mají rádi takového, jaký jsem (90,4 %) a vidění problému se vzhledem jako problém druhých (88,1 %). Nejméně často byly používány copingové strategie mít se rád i přesto, že ostatní mě rádi nemají (72,9 %), domněnka, že mě nikdo nikdy nebude milovat (63,6 %) a vyhýbání se chození na veřejnost (56,2 %).

Ve výzkumu Puhlové a Brownella (2006) ženy nejčastěji používaly strategii pozitivní promlouvání ke své osobě, konzumaci jídla, vyhýbání se negativním poznámkám a hledání sociální podpory. U mužů se oproti ženám vyskytoval pouze jeden rozdíl. Nevyužívali hledání sociální opory, ale soustředili se více na víru, náboženství či modlitbu.

Zajímalo nás, z jaké strany se lidem s vyšší tělesnou hmotností dostává stigmatizace na základě hmotnosti. Participanti měli možnost zatrhnout více než jednu možnost v poskytnutém seznamu interpersonálních zdrojů stigmatizace. Jako zdroj dominovali členové rodiny (70,6 %), spolužáci (60,8 %) a lékaři (51,4 %). Stejné zdroje pouze v jiném pořadí našli také Puhlová a Brownell (2006). Nejčastěji stigmatizujícími byli členové rodiny (72 %), lékaři (69 %) a spolužáci (64 %). V mezinárodním výzkumu Puhlové et al. (2021), v němž ovšem nepoužili pouhý výčet, ale i frekvenci výskytu, bylo zjištěno, že stigmatizace na základě váhy nejčastěji pocházela od členů rodiny (76,0–87,8 %), spolužáků (72,0–80,9 %), lékařů (62,6–73,5 %), spolupracovníků (54,1–61,7 %), a přátel (48,8–66,2 %). Pearlová et al. (2018) zjistili, že se respondenti trpící obezitou nejvíce potkávali především se stigmatizací ze strany původní rodiny a zdravotníků, dále byli častým zdrojem jedinci ze školy, kamarádi, členové komunity a ostatní lidé.

Co se týče zdrojů stigmatizace v rodině, obsadila v tomto žebříčku v našem výzkumné vzorku první místo matka (40,4 %), dále otec (30,9 %), bratr (13,0 %), sestra (9,5 %), manžel či manželka (9,0 %), syn (3,2 %) a dcera (1,7 %). Ve studii Puhlové a Brownella (2006) zažilo hmotnostní stigmatizaci pocházející od matky (53 %), manžela či manželky (47 %), otce (44 %), sestry (37 %), bratra (36 %), syna (20 %) a dcery (18 %).

Naopak jako nejméně stigmatizující osoby se v našem výzkumu ukázaly být odborníci na duševní zdraví (3,0 %), autority (2,2 %) a dcera (1,7 %). U Puhlové a Brownella (2006) to byl syn (20 %), dcera (18 %) a kategorie ostatní (17 %). Ve výzkumu Pearlové et

al. (2018) se respondenti nejméně potýkali se stigmatizací v zaměstnání a od členů získané rodiny (rodina manžela či manželky).

Zaměřili jsme se také na rozdíly u zdrojů stigmatizace mezi muži a ženami. Ženy nejčastěji stigmatizovali členové rodiny (74,9 %), spolužáci (63,8 %) a lékaři (55,4 %). Na druhém pólu se objevovali odborníci na duševní zdraví (3,4 %), autority (2,3 %) a dcera (2,0 %). U mužů byli jako nejvíce se objevující zdroje hmotnostní stigmatizace identifikováni členové rodiny a spolužáci (38,3 %), přátelé (34,0 %) a lékaři (21,3 %). Muži se nikdy nesetkali se stigmatizací ze strany odborníků na duševní zdraví a dcery. Pouze v několika málo případech se potkali se stigmatizací pocházející od prodavačů, dietologů, sestry, zaměstnavatele, číšníků a jedinců z kategorie ostatní (4,3 %) a manželky, syna a autority (2,1 %).

Takové srovnání provedli také Puhlová a Brownell (2006). Ženy identifikovaly jako nejčastější interpersonální zdroje hmotnostní stigmatizace lékaře, členy rodiny a spolužáky. Nejméně vyskytujícími se zdroji stigmatizace byla kategorie ostatní, učitelé, autority, odborníci na duševní zdraví a dcera. Muži byli nejčastěji stigmatizováni ze strany spolužáků, lékařů a rodinných příslušníků a nejméně často osobami zařazenými do kategorie ostatní, synem a profesionály na duševní zdraví.

Posledním cílem deskriptivní části bylo zmapování názorů na stigmatizaci na základě váhy. Respondenti ze všech váhových kategorií odpovídali na dvě otázky. První z nich zněla: Myslíte si, že média zesměšňují osoby s nadváhou či obezitou? Kladně odpovědělo 69,1 % participantů. Na druhou otázku: Myslíte si, že jsou obézní lidé v médiích upozadřováni (nižší výskyt obézních osob a osob s nadváhou na obrazovkách, fotkách apod.) odpovědělo kladně 75,9 % participantů. Výskyt stigmatizace v médiích je zmapován mnoha výzkumy (Burmeister & Robert, 2014; Sievert et al., 2018). Sievertová et al. (2018) prezentovali výsledky, které informují o rozšíření novinových snímků obézních osob, které jsou vyobrazeny negativním způsobem, jako je jezení nezdravého jídla nebo sladkých nápojů, vyřazení dané osoby z kolektivu, zobrazení například u televize či neatraktivní oblečení. Lydeckerová et al. (2016) prováděli analýzu zpráv na Twitteru, ze které vyšlo najevo, že ve více než polovině případů (56,6 %) se jedná o negativní zprávy. Ve stigmatizujících zprávách se objevovala témata nenasytlost (48,6 %), nepřítelivost (25,1 %), sedavé chování (13,8 %), lenost (5,9 %), tupost (4,2 %) a sexuální nežádoucnost (2,7 %). Na druhou stranu mohou být média použita ve prospěch destigmatizačních snah (Pearl, 2018).

Následná část výzkumné části se soustředila na ověřování platnosti stanovených hypotéz. Celkem jsme si stanovili 14 hypotéz, přičemž 11 z nich bylo přijato. Přestože se diplomová práce zaměřuje především na osoby s vyšší tělesnou hmotností, u čtyř hypotéz jsme pracovali se všemi hmotnostními kategoriemi, jelikož jsme chtěli prozkoumat rozdíly mezi všemi kategoriemi dle BMI ve zkušenostech se stigmatizujícími situacemi, v užívání adaptivních a maladaptivních copingových strategií v souvislosti se zažitou stigmatizací a v internalizaci předpojatosti spojené s váhou. Ve třech případech se rozdíly potvrdily. Pouze u užívání adaptivních zvládacích strategií (hrubé skóre v subškále Přehodnocení Krátkého CRI) nebyly prokázány signifikantní rozdíly mezi téměř žádnou váhovou kategorií.

První sada hypotéz se týkala krátké verze SSI. Největší četnost situací, ve kterých byli lidé stigmatizováni kvůli své hmotnosti), se nacházela u kategorie obezita 3. stupně. V sestupném pořadí pak u kategorie obezita 2. stupně, obezita 1. stupně, podvýživa, nadváha a nejméně u jedinců s normální váhou. Potvrdily se rozdíly mezi hrubým skórem v SSI a váhovými kategoriemi. Sikorskiová et al. (2015) také zaznamenali rozdílnou četnost potýkání se s hmotnostní diskriminací napříč váhovými kategoriemi, přičemž nejméně často se s ní setkávali lidé s normální váhou a nadváhou (5,6 %), o něco více lidé zařazováni do kategorie obezita 1. stupně (10,2 %), obezita 2. stupně (18,7 %) a nejvíce ji zažívali jedinci spadající do kategorie obezita 3. stupně (38,0 %). Puhlová, Andreyevová et al. (2008) potvrzují, že největší pravděpodobnost setkání se se stigmatizací se vyskytuje u osob s nejvyšším stupněm obezity. Diskriminace na základě váhy či výšky je nejlépe predikována právě rostoucí hmotností. Puhlová a Brownell (2006) u jednoho ze dvou výzkumných vzorků došli k totožnému závěru, tedy že zažívání stigmatizace na základě hmotnosti pozitivně koreluje s BMI. U druhého, vyváženého vzorku (stejný počet mužů a žen, téměř totožné zastoupení kategorií BMI u obou pohlaví) se tento vztah neprokázal.

Potvrdil se nám náš předpoklad týkající se větší četnosti stigmatizujících situací u žen. Ženy v našem výzkumném vzorku skórovaly výše v metodě SSI-krátká verze. Větší hmotnostní diskriminaci žen zaznamenali také Sikorskiová (2015). Ovšem Puhlová a Brownell (2006) ve svém, co do počtu mužů a žen vyrovnaném výzkumném vzorku žádné rozdíly mezi pohlavím neodhalily. Ke stejnému závěru došel i Vartanian (2015). Také v tomto případě bylo zastoupení mužů a žen vyvážené. Tuto podmínku náš výzkumný vzorek bohužel nesplňuje. Ve studii Myerse a Rosena (1999) dokonce dosahovali vyššího průměrného skóre muži $M = 2,05$ ($SD = 1,1$) než ženy $M = 1,86$ ($SD = 1,1$). Nejednalo se však o signifikantní rozdíl. V tomto případě se nebyl vzorek vyvážený.

V našem výzkumu se nepotvrdila souvislost mezi zažitými stigmatizujícími situacemi a věkem. Předpokládali jsme, že podobně jako ve studii Puhlové, Andreyevové et al. (2008), Puhlové a Brownella (2006), Jacksonové a Steptoea (2017) nebo Puhlové et al. (2021) se budou mladší jedinci častěji setkávat s hmotnostní stigmatizací. Rozdílné výsledky mohou být způsobeny jiným průměrným věkem respondentů. Například ve studii Puhlové a Brownella (2006) byl průměrný věk 49,9, zatímco v našem výzkumu se tato hodnota rovnala 29,5.

Zkoumali jsme, zda se potvrdí pozitivní korelace mezi velikostí rozdílu mezi reálnou a ideální postavou (výsledek v BOBR) a četností stigmatizujících situací. U našeho výzkumného vzorku se tato souvislost skutečně potvrdila. Také Mazurkiewiczová et al. (2021) zaznamenali, že větší rozpor mezi aktuální a vysněnou hmotností souvisel s vnímáním častější stigmatizace.

Druhá sada hypotéz mířila primárně na nástroj Krátký CRI. Přijali jsme hypotézu týkající se rozdílů mezi kategoriemi dle BMI u hrubého skóru v subškále Odpojení. Pořadí hmotnostních kategorií bylo podobné jako u četnosti stigmatizujících situací s nejčastějším užíváním u kategorie obezita 3. stupně. Ve výzkumu Puhlové a Brownella (2006) nebyly takovéto rozdíly nalezeny. Například Mazurkiewiczová et al. (2021) ovšem odhalili odlišnosti v rámci BMI kategorií, přičemž ženy s vyšší tělesnou hmotností častěji užívaly strategie plánování, popírání a využívání informační podpory.

Náš předpoklad týkající se negativní korelace četnosti stigmatizujících situací a užívání adaptivních copingových strategií (hrubé skóre v subškále Přehodnocení metody Krátký CRI) se nepotvrdil. Naopak ve výzkumu Haywardové et al. (2017) se projevil vztah mezi těmito dvěma proměnnými. U míry výskytu stigmatizujících situací a užívání maladaptivních copingových strategií jsme mohli potvrdit souvislost – projevil se středně silný vztah. Haywardová et al. (2017) došla k podobným závěrům. Zjištěný vztah byl v této studii silný. Puhlová a Brownell (2006) zaznamenali souvislost mezi vyšší frekvencí zkušeností se stigmatizujícími situacemi a obecně častějším užíváním copingových strategií.

Poslední sada hypotéz se soustředila především na metodu WBIS-M zjišťující internalizaci předpojatosti spojené s váhou. V našem výzkumu dosahovali lidé ze všech hmotnostních kategorií průměru $M = 3,88$ ($SD = 1,65$). U lidí s vyšší tělesnou hmotností byl naměřen průměr $M = 4,20$ ($SD = 1,57$). Ve výzkumu Puhlové et al. (2018) bylo průměrné skóre u respondentů ze všech kategorií BMI $M = 3,53$ ($SD = 1,59$). U vzorku obézních lidí

byl průměr roven $M = 4,72$ ($SD = 1,45$). Pearlová et al. (2018) zjistila průměrné skóre obézních respondentů $M = 3,6$ ($SD = 1,1$).

Signifikantní rozdíly mezi skupinami BMI (včetně kategorie podvýživa a normální váha) jsme našli také v míře internalizace zaujatosti vůči obezitě. Nejvyšší míra internalizace se nacházela u jedinců z kategorie obezita 3. stupně. Nejnižší míra internalizace se vyskytovala u osob s podvýživou. Toto zjištění odpovídá závěrům zahraničního výzkumu Puhlové et al. (2018), v němž dosahovali vyššího skóru v internalizaci předsudků vůči hmotnosti právě osoby s vyššími hodnotami BMI. Tyto výsledky podporuje také studie Puhlové a Himmelsteinové (2018), Hilbertové et al. (2014) a Jungové a Luck-Sikorskiové (2019).

Vyšší míra internalizace byla objevena u žen. Tyto výsledky jsou v souladu se závěry studie Puhlové et al. (2018) a Hilbertové et al. (2014). U našeho výzkumného vzorku se prokázal pozitivní vztah mezi množstvím zkušeností se stigmatizujícími situacemi a mírou internalizace předpojatosti spojené s váhou stejně jako ve výzkumu Haywardové et al. (2018). Užívání adaptivních copingových strategií bylo spojeno s nižší mírou internalizace předsudků vůči obezitě, zatímco užívání maladaptivních copingových strategií bylo spojeno s vyšší internalizací, což potvrzuje výsledky Haywardové et al. (2017).

Prokázal se náš předpoklad týkající se pozitivní korelace mezi diskrepancí reálné a ideální postavy a mírou internalizace. Výzkum Purtonové et al. (2019) přinesl vedle dalších zjištění také potvrzení vysoké korelace mezi proměnnými nespokojenost s tělem a internalizací předpojatosti vůči hmotnosti.

Posledním zjištěním našeho výzkumu bylo identifikování užívání adaptivních a maladaptivních copingových strategií a rozdílu mezi reálnou a ideální postavou jakožto prediktorů výskytu deprese u lidí s vyšší tělesnou hmotností. Užívání maladaptivních copingových strategií a větší rozdíl mezi reálnou a ideální postavou mohou depresi zvýšit, zatímco užívání adaptivních copingových strategií má opačný efekt. Při hledání prediktorů deprese jsme aplikovali zpětnou krokovou regresní analýzu. Náš model vysvětluje celkem 50,2 % rozptylu.

Regresní analýza ve výzkumu Himmelsteinové et al. (2019) s muži ukázala, že zkušenosti se stigmatizací na základě hmotnosti a internalizovaná předpojatost spojená s váhou mají spojitost se špatným zdravotním stavem, který zahrnuje vyšší výskyt depresivních symptomů, horší sebehodnocení, častější držení diet, ale i přejídání se.

Ve studii Haywardové et al. (2018) popsali následující model. Častá zkušenost s hmotnostní stigmatizací předpovídala internalizaci předsudků vůči hmotnosti. Toto zvnitřnění dále předpovídalo častější užívání maladaptivních copingových strategií, dále spojeno s výskytem deprese, úzkosti a stresových symptomů, a méně častější užívání adaptivních copingových strategií.

Také výsledky studie Myerse a Rosena (1999) ukázaly, že větší množství zažitých stigmatizujících situací souviselo vedle negativnějšího obrazu těla a negativnějšího sebehodnocení také s více symptomy duševního zdraví. Dále se ukázalo, že jsou pouze některé maladaptivní strategie zvládnání spojeny s vyšším stresem. Mezi ně patří například vyhýbání se stresujícím situacím či sebekritika, na rozdíl od kupříkladu ignorování negativních komentářů, u kterého nebyla tato spojitost nalezena.

U našeho výzkumu si jsme vědomi několika limitů. Prvním z nich je nerovnoměrné zastoupení mužů a žen v neprospěch mužů. Se stejným nepoměrem se setkali také například Puhlová a Brownell (2006), kteří z tohoto důvodu rozdělili výzkumný vzorek na dvě části. Zároveň se nejedná o reprezentativní vzorek, tudíž nelze provést zobecnění výsledků na celou českou populaci, respektive část populace s vyšší tělesnou hmotností.

Dalším problematickým bodem může být zvolení BMI pro zjištění hmotnostní kategorie jedinců. Jsme si vědomi faktu, že BMI neposkytuje zcela přesné údaje a opomíjí například rozdíl mezi pohlavím, věkem nebo nebere v potaz podíl svalové hmoty (Málková & Málková, 2014). Omezení BMI jsou popsána v kapitole o obezitě v teoretické části práce. Vzhledem k online sběru dat od poměrně velkého množství respondentů se však volba právě tohoto typu měření možné nadváhy či obezity jeví jako jedna z nejvhodnějších. S hodnotami BMI se počítalo i v mnoha dalších výzkumech soustředujících se na problematiku stigmatizace na základě hmotnosti (Himmelstein & Puhl, 2018; Jung & Luck-Sikorski, 2019; Puhl & Brownell, 2006; Puhl et al., 2021; Sikorski et al., 2015). Potíž může spočívat v nevyplňování zcela pravdivých a přesných údajů. Přestože jsme participanty v instrukci žádali, aby udali pravdivou a aktuální hmotnost, mohli někteří podat zkreslenou hodnotu. V případě očividně špatně zadané váhy byl respondent z výzkumu vyřazen.

Jako problematické se může jevit sebezposuzování respondentů a odpovídání na zkušenosti z minulosti, které mohou být zkresleny časem, současným stavem, současným vnímáním dané problematiky, může se například uplatňovat obranný mechanismus popření a mnohé další.

Nyní podáme několik návrhů pro budoucí práce. Při predikování proměnných podílejících se na míře deprese jsme použili mnohonásobnou lineární regresi, zpětnou eliminaci proměnných. Vzhledem k typu práce nám tento způsob připadá dostatečný. V následných pracích však mohou být uplatněny složitější modely – například strukturální modelování (SEM, structural equation modeling) či path analysis, kterou použili například Haywardová et al. (2018). Z našich závěrů nemůžeme vyvodit příčinnou souvislost mezi zkoumanými jevy.

Vzhledem k typu a rozsahu práce jsme provedli explorační faktorovou analýzu (EFA). Budoucí práce však mohou použít konfirmační faktorovou analýzu (CFA) vzhledem k existenci výše uvedených metod, a tedy představě o počtu faktorů. Konfirmační faktorová analýza totiž ověřuje, jestli počet faktorů a velikost faktorových zátěží odpovídá očekávání, které vyplývá z nějaké teorie (Hendl, 2015).

Práce se orientuje především na osoby s vyšší tělesnou hmotností. Z tohoto důvodu jsme v mnoha případech do výpočtů zahrnovali pouze hmotnostní kategorie nadváha a obezita všech tří stupňů. Víme, a výsledky našeho výzkumu potvrdily, že se váhová stigmatizace nemusí týkat pouze lidí s vyšší tělesnou hmotností. Jsme si vědomi toho, že metody SSI krátká verze a Krátký CRI míří na lidi s vyšší tělesnou hmotností. Je však možné, že participanti spadající do kategorie podvýživa si přetransformovali položky tak, aby jejich obsah seděl na jejich tělesnou váhu, a odpovídali tedy na položky s ohledem na svůj tvar postavy. Tomu napovídají komentáře participantů, například: „Vyplnila jsem, jakou stigmatizaci jsem zažila, ale bylo to kvůli podváze, nikoliv kvůli nadváze.“. Další práce by se mohly zaměřit práce na stigmatizaci na základě hmotnosti u lidí s podvýživou a mohly by zjišťovat souvislosti hmotnostní stigmatizace a jejího vlivu na psychické zdraví u osob s nízkou tělesnou hmotností.

Ukázalo se, že míra deprese je predikována užíváním copingových strategií a fyzickým sebepojetím (rozdíl mezi reálnou a ideální postavou). Z tohoto závěru vyplývá, že psychické zdraví (zde zastoupeno depresí) obézních lidí či lidí s nadváhou lze zlepšit volbou adaptivních způsobů vyrovnávání se s těmito zážitky. Zároveň by se mělo pracovat s fyzickým sebepojetím u těchto osob. Haywardová et al. (2018) vidí řešení zkvalitnění duševního zdraví obézních jedinců, a tedy ve zmírnění dopadů zažité stigmatizace, ve snížení internalizace předsudků vůči obezitě a v představení způsobů, jak se lze zdravě vyrovnávat se zkušenostmi s hmotnostní stigmatizací.

Budoucí výzkumy by také mohly pracovat s dlouhými verzemi nástrojů k měření stigmatizujících situací a zjišťování používání copingových strategií, čímž by poskytly detailnější pohled do problematiky váhové stigmatizace a vyrovnávání se s ní. Budoucí práce by se mohly úžeji zaměřit na různé oblasti stigmatizace na základě hmotnosti a více je prozkoumat. Například Beníčková (2019) se věnovala hmotnostní stigmatizaci v pracovní sféře.

Naše práce potvrdila výskyt hmotnostní stigmatizace v České republice. Byly nalezeny různé souvislosti mezi zkušenostmi se stigmatizujícími situacemi, užíváním copingových strategií a internalizací předpojatosti spojené s váhou. Tato práce může sloužit jako podklad pro vytvoření různých intervencí. Výsledky mohou využít různé kampaně zabývající se touto problematikou k šíření povědomí o hmotnostní stigmatizaci a jejích souvislostech.

9 ZÁVĚRY

Byly stanovovány psychometrické parametry převedených metod (krátká verze SSI, Krátký CRI a WBIS-M). Reliabilitu metod jsme zjišťovali za použití koeficientu Cronbachova alfa. U nástroje krátká verze SSI se $\alpha = 0,85$, u subškály Přehodnocení nástroje Krátký CRI se $\alpha = 0,82$, u subškály Odpojení Krátkého CRI $\alpha = 0,86$ a u metody WBIS-M se $\alpha = 0,93$. U všech metod byla provedena explorační faktorová analýza potvrzující přítomnost stejného počtu faktorů, jako tomu je u původních zahraničních verzí. Krátká verze SSI a WBIS-M jsou jednofaktorové, Krátký CRI se skládá ze dvou faktorů – Přehodnocení a Odpojení.

Deskriptivní část odhalila nejčastěji se vyskytující stigmatizující situace u jedinců s nadváhou či obezitou, kterými byl obecný předpoklad, že se obézní lidé přejídají nebo nejsou střídmi v jídle (84,5 %), negativní komentáře od dětí (71,7 %) a hrubé poznámky od lidí na veřejnosti (69,5 %). Co se týče copingových strategií u jedinců s vyšší tělesnou hmotností, jako nejvíce používaná se jevila strategie mít ze sebe špatný pocit (91,3 %), dále vidět se jako dobrého člověka, kterého lidé mají rádi takového, jaký je (88,5 %) a považování problému se vzhledem obézní osoby za problém druhých osob (87,0 %). Zjišťovali jsme také nejčastější zdroje stigmatizace na základě hmotnosti. Jedinci v našem vzorku identifikovali jako nejhojnější stigmatizující zdroje členy rodiny (70,6 %), spolužáky (60,8 %) a lékaře (51,4 %). V poslední části jsme zjišťovali pohled respondentů na hmotnostní stigmatizaci v médiích, kdy 69,1 % participantů potvrdilo zesměšňování obézních lidí v médiích a 75,9 % se domnívalo, že jsou obézní lidé v médiích upozadováni.

Závěry z hypotéz, které jsme přijali:

- Existuje rozdíl mezi participanty v kategoriích BMI v celkovém skóru hmotnostní stigmatizace v SSI.
- Ženy dosahují vyššího celkového skóru hmotnostní stigmatizace v SSI.
- Diskrepance mezi reálnou a ideální postavou zjištěná v BOBR pozitivně koreluje s celkovým skóre hmotnostní stigmatizace v SSI.
- Existuje rozdíl mezi participanty v kategoriích BMI v hrubém skóre v subškále Odpojení metody Krátký CRI.
- Celkové skóre hmotnostní stigmatizace v metodě SSI pozitivně koreluje se skórem v subškále Odpojení metody Krátký CRI.

- Existuje rozdíl mezi participanty v kategoriích BMI v celkovém skóre internalizace předpojatosti spojené s váhou ve WBIS-M.
- Ženy dosahují vyššího skóre internalizace předpojatosti spojené s váhou ve WBIS-M.
- Celkové skóre hmotnostní stigmatizace v SSI pozitivně koreluje s celkovým skóre internalizace předpojatosti spojené s váhou ve WBIS-M.
- Skóre v subškále Přehodnocení metody Krátký CRI negativně koreluje s celkovým skóre internalizace předpojatosti spojené s váhou ve WBIS-M.
- Skóre v subškále Odpojení metody Krátký CRI pozitivně koreluje s celkovým skóre internalizace předpojatosti spojené s váhou ve WBIS-M.
- Diskrepance mezi reálnou a ideální postavou zjištěná v BOBR pozitivně koreluje s celkovým skóre internalizace předpojatosti spojené s váhou ve WBIS-M.

Hypotézy, které jsme nepřijali:

- Věk negativně koreluje se zažitou hmotnostní stigmatizací.
- Existuje rozdíl mezi participanty v kategoriích BMI v hrubém skóru v subškále Přehodnocení metody Krátký CRI.
- Celkové skóre hmotnostní stigmatizace v SSI negativně koreluje s hrubým skóre v subškále Přehodnocení metody Krátký CRI.

Pomocí zpětné krokové regresní analýzy jsme zjistili, že je deprese predikována využíváním adaptivních a maladaptivních copingových strategií a rozdílem mezi reálnou a ideální postavou. Tento model vysvětluje 50,2 % rozptylu.

10 SOUHRN

Tématem diplomové práce je problematika stigmatizace na základě hmotnosti v různých souvislostech, se kterou se potýká mnoho obézních jedinců a jedinců s nadváhou (Himmelstein et al., 2018; Jung & Luck-Sikorski, 2019; Puhl et al., 2017; Puhl et al., 2021; Sikorski et al., 2015).

Práce je členěna do dvou částí, teoretické a výzkumné. Teoretická část poskytuje ve třech kapitolách informace k dané problematice a výsledky provedených studií. První kapitola se zaměřuje na obezitu, která si pro svou rozšířenost a hojnost vysloužila označení epidemie 21. století (Islam, 2005). Tato nemoc sužuje stále více lidí ve světě (World Population Review, b), Českou republiku nevyjímaje (Český statistický úřad, 2020) Uvádíme možnosti zjišťování a měření obezity včetně BMI, které bude následně použito ve výzkumné části. Podrobněji se zabýváme etiologií obezity, abychom poukázali na množství a pestrost kořenů obezity, které mohou pocházet z oblasti biologické, environmentální či behaviorální (Kadouh & Acosta, 2017). Informovanost o příčině tohoto nemocnění může mít vliv na postoj, který jedinci zaujímají k lidem s vyšší tělesnou hmotností (McClure et al., 2011). Povědomí o příčinách obezity navíc identifikovali jedinci s vyšší tělesnou hmotností jako cestu ke změně negativních postojů k obezitě (Puhl et al., 2017; Puhl, Moss-Racusin et al., 2008).

Zmiňujeme důsledky obezity sahající do roviny fyzické i psychosociální (Hainer, 2011; Jung & Luck-Sikorski, 2019; Svačina & Bretšnajdrová, 2008). Představujeme také body prevence obezity, kterou řeší světové organizace (WHO, 2000) i organizace české (STOB, n.d.).

Ve druhé kapitole se dostáváme k hlavnímu tématu celé práce. Popisujeme různé typy postojů, které mohou být zaujímány k obézním lidem. Představujeme problematiku hmotnostní stigmatizace, se kterou má zkušenost spousta lidí s vyšší tělesnou hmotností (Puhl et al., 2018; Puhl et al., 2021) a která proniká do mnoha oblastí života včetně zdravotnictví, zaměstnání, vzdělání, rodiny, sexuálních vztahů a zkušeností a médií (Grabovac et al., 2019; Himmelstein et al., 2018; McClurová et al., 2011; Pearl, 2018). Četnost a míra výskytu stigmatizujících situací se může lišit mezi muži a ženami, i když výsledky nejsou zcela jednoznačné. Zvláště zřejmě proto, že je tato problematika častěji

zkoumána u žen (Seacat et al., 2016). Častější setkávání se s hmotnostní stigmatizací je popsáno u mladších jedinců (Jackson & Steptoe, 2017) a obvykle stoupá se zvyšujícím se BMI (Himmelstein et al., 2018). Popisujeme možné podoby intervencí, které by mohly být účinné v boji proti hmotnostní stigmatizaci, a uvádíme organizace, které se zabývají tématem stigmatizace na základě hmotnosti.

Třetí kapitola je zaměřena na dopady tělesné stigmatizace a na coping v souvislosti s těmito zkušenostmi. Dopady obezity mohou být posíleny negativními účinky zažité stigmatizace a mohou opět zasahovat roviny fyzickou i psychickou (Schmitt et al., 2014; Wu & Berry, 2017). Byla odhalena souvislost mezi četností stigmatizujících situací a výskytem deprese, úzkostí a stresových symptomů (Haywardová et al., 2018). Obézní lidé mohou zvnitřnit předpojatost spojenou s váhou. Část kapitoly se věnuje tomuto jevu a předkládá zahraniční výzkumy zkoumající míru internalizace a souvislosti s různými proměnnými. Na závěr se věnujeme vyrovnávání se se zažitou stigmatizací. Čtenáři jsou seznámeni se základními pojmy, jako jsou například copingové styly či copingové strategie. Následně se specificky zaměřujeme na copingové strategie užívané v souvislosti s námi zkoumanou problematikou. V podkapitolách věnujících se internalizaci předsudků vůči obezitě a copingu jsou představeny nástroje, kterými lze měřit dané jevy.

Výzkumná část diplomové práce obsahuje popis analýzy a zpracování sesbíraných dat. Zaměřuje se na zmapování výskytu a souvislostí stigmatizujících situací týkajících se vyšší tělesné hmotnosti, copingových strategií, pomocí kterých se s ní daní jedinci vyrovnávají, identifikováním zdrojů hmotnostní stigmatizace. Zabýváme se internalizací předsudků vůči obezitě a souvislostmi se zmíněnými jevy s výskytem deprese u české dospělé populace. Byly zjišťovány rozdíly u vybraných proměnných, konkrétně mezi pohlavím, kategoriemi BMI a věkem. Celý výzkum je kvantitativní povahy a čítá 690 respondentů. Vzhledem ke stanoveným cílům jsme pracovali s odlišnými počty respondentů v rámci jednotlivých hypotéz. Někdy jsme se zaměřovali na lidi s vyšší tělesnou hmotností, v některých případech jsme zkoumali rozdíly mezi všemi hmotnostními kategoriemi. Sběr dat byl uskutečněn pomocí námi vytvořené online dotazníkové baterie, která sestávala ze sociodemografických otázek, otázek na názor ohledně hmotnostní stigmatizace v médiích, z údajů o tělesné výšce a váze a z metod krátká verze Inventáře stigmatizujících situací (SSI), Krátký inventář copingových strategií (CRI), Škála interpersonálních zdrojů stigmatizace na základě hmotnosti, Modifikovaná škála internalizace předpojatosti spojené s váhou (WBIS-M), Beckova škála deprese (BDI-II) a Základní olomoucká škála

k posouzení postav (BOBR). Data byla zpracována v programu Microsoft Office Excel a v programu Statistica 13.4.0.14.

Nejprve muselo dojít k ověření psychometrických vlastností metod krátká verze SSI, Krátký CRI a WBIS-M, jelikož doposud neexistuje jejich česká verze. Byla zjišťována reliabilita nástrojů prostřednictvím koeficientu Cronbachova alfa a prováděna explorační faktorová analýza – metoda hlavních os, u Krátkého CRI navíc s normalizovanou rotací varimax. U metody krátká verze SSI se $\alpha = 0,85$, u subškály Přehodnocení nástroje Krátký CRI se $\alpha = 0,82$, u subškály Odpojení Krátkého CRI $\alpha = 0,86$ a u metody WBIS-M se $\alpha = 0,93$. U všech nástrojů byl odhalen stejný počet faktorů jako v jejich původních verzích.

V první části jsme provedli analýzu dat pomocí deskriptivních statistik. Zjistili jsme, že nejvíce se lidé s vyšší tělesnou hmotností setkávají s předpokladem ostatních, že se přejídají nebo nejsou střídmí v jídle (84,5 %), s negativními komentáři od dětí (71,7 %) a s hrubými poznámkami ze strany lidí na veřejnosti (69,5 %). Ženy identifikovaly jako nejhojněji se vyskytující stigmatizující situace stejné situace i jejich pořadí – předpoklad přejídání se (87,5 %), nepříjemné komentáře dětí (73,6 %) a poznámky na veřejnosti (72,5 %). U mužů bylo pořadí a situace podobné. Na prvním místě byl předpoklad přejídání se (64,2 %), nevyžádaná rada lékaře týkající se hubnutí (60,4 %) a negativní komentáře dětí (58,5 %).

Jako nejvíce používané copingové strategie se ukázaly strategie mít ze sebe špatný pocit (91,3 %), vidět se jako dobrého člověka, kterého lidé mají rádi takového, jaký je (88,5 %) a považování problému se vzhledem obézní osoby za problém druhých osob (87,0 %). U žen bylo pořadí následující – strategie vidět problém se vzhledem jako problém ostatních (78,7 %), mít ze sebe špatný pocit (76,6 %) a vědomí, že mě lidé mají rádi takovou, jaká jsem (74,5 %). U mužů vypadalo pořadí následovně – strategie mít ze sebe špatný pocit (93,2 %), předpoklad, že mě lidé mají rádi takového, jaký jsem (90,4 %) a vidění problému se vzhledem jako problému druhých (88,1 %).

Zjišťovali jsme nejčastější interpersonální zdroje stigmatizace, kterými jsou v našem výzkumném vzorku členové rodiny (70,6 %), spolužáci (60,8 %) a lékaři (51,4 %). Ženy se nejčastěji setkávaly s hmotnostní stigmatizací ze strany členů rodiny (74,9 %), spolužáků (63,8 %) a lékařů (55,4 %). Muži byli nejčastěji stigmatizováni členy rodiny a spolužáky (38,3 %), přáteli (34,0 %) a lékaři (21,3 %).

V závěru deskriptivní části jsme zjišťovali pohled respondentů na hmotnostní stigmatizaci v médiích, kdy 69,1 % participantů potvrdilo zesměšňování obézních lidí v médiích a 75,9 % se domnívalo, že jsou obézní lidé v médiích upozaďováni.

K ověření platnosti stanovených hypotéz bylo použito několik statistických testů. Vzhledem k nesplnění předpokladů normálního rozložení u některých metod byly použity i neparametrické metody. Použili jsme o Mann-Whitneův U test, Pearsonův korelační koeficient a Spearmanův korelační koeficient, Kruskal-Wallisův test s post hoc srovnáním průměrných pořadí každé dvojice skupin a na závěr byla provedena kroková regrese, konkrétně zpětná eliminace proměnných. Veškeré výsledky jsou doplněny grafickým zobrazením a tabulkami udávajícími detailnější informace. Bylo stanoveno celkem 14 hypotéz, z nichž jsme 11 přijali. Všechny hypotézy jsme testovali na hladině významnosti $\alpha = 0,05$.

Zjistili jsme signifikantní rozdíly mezi kategoriemi BMI (podvýživa, normální váha, nadváha, obezita 1., 2. a 3. stupně) v četnosti stigmatizujících situací, která byla nejvyšší u respondentů z kategorie obezita 3. stupně, nejnižší u kategorie normální váha. Našli jsme také velmi vysoce signifikantní rozdíl mezi muži a ženami, přičemž vyšších hodnot hrubého skóru dosahovaly ženy. Nepotvrdila se souvislost mezi věkem a zažitými stigmatizujícími situacemi. Naopak se potvrdil náš předpoklad týkající se pozitivní korelace mezi rozdílem reálné a ideální postavy a častějších zkušeností se stigmatizujícími situacemi.

U subškály Přehodnocení odpovídající adaptivním copingovým strategiím nebyly nalezen rozdíly mezi kategoriemi BMI (včetně kategorie podvýživa a normální váha). Zatímco u subškály Odpojení, která odkazuje na maladaptivní copingové strategie, byly tyto signifikantní rozdíly zjištěny. Nejvýše skórovali respondenti z kategorie obezita 3. stupně, nejnižše jedinci z kategorie normální váha. Byl potvrzen kladný středně silný vztah mezi četností stigmatizujících situací a užíváním maladaptivních copingových strategií. Nepotvrdil se však vztah mezi četností stigmatizujících situací a používáním adaptivních strategií zvládnání.

Dále jsme našli signifikantní rozdíly mezi kategoriemi BMI (včetně kategorie podvýživa a normální váha) v míře internalizace předpojatosti spojené s váhou. Nejvýše skórovali jedinci z kategorie obezita 3. stupně. Naopak nejnižší skóre bylo zaznamenáno u kategorie podvýživa. Dále jsme zjistili signifikantně větší internalizaci předsudků vůči obezitě u žen a pozitivní korelaci četností stigmatizujících situací s internalizací. Ukázal se

také středně silný negativní vztah mezi užíváním adaptivních copingových strategií a internalizací předsudků vůči obezitě a silný kladný vztah mezi užíváním maladaptivních copingových strategií a internalizací. Byl nalezen středně silný kladný vztah mezi rozdílem reálné a ideální postavy a internalizací předpojatosti spojené s váhou.

V závěru jsme identifikovali proměnné, které predikují výskyt deprese. U proměnných nesplňujících předpoklady normálního rozložení musela být před samotnou analýzou provedena logaritmická transformace (pomocí přirozeného logaritmu). Jednalo se o metodu SSI, CRI-Odpojení a BDI-II. Jako signifikantní se ukázaly být proměnné užívání adaptivních a maladaptivních copingových strategií a rozdíl mezi reálnou a ideální postavou. Tento model vysvětluje 50,2 % rozptylu.

Přínosy naší práce shledáváme v převedení zahraničních metod do české podoby a v provedení komplexnějšího zmapování problematiky stigmatizace na základě hmotnosti v souvislosti s volbou copingových strategií, internalizací zaujatosti vůči váze a výskytem deprese u české dospělé populace, které doposud nebylo realizováno. Na základě zjištění proměnných, které se dle našeho modelu podílejí na výskytu deprese u lidí s vyšší tělesnou hmotností, se mohou vytvořit preventivní a intervenční programy.

LITERATURA

- Abelson, P., & Kennedy, D. (2004). The Obesity Epidemic. *Science*, 304(5676), 1413. <https://doi.org/10.1126/science.304.5676.1413>
- Act, E. L. C. R. (453 of 1976, 3. února 2022). https://www.michigan.gov/documents/act_453_elliott_larsen_8772_7.pdf.
- Ajmani, S. N., Sarbhai, V., & Anshu, A. (2021). Impact of maternal obesity on maternal and foetal outcome. *Indian Obstetrics and Gynaecology*, 11(4), 9–13. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2621047/>
- Aldhoon-Hainerová, I. (2009). *Dětská obezita: průvodce ošetřujícího lékaře*. Maxdorf.
- Aldhoon-Hainerová, I. (2010). Genetika obezity. *Vnitřní lékařství*, 56(10), 1035–1042. <https://casopisvnitrnilekarstvi.cz/pdfs/vnl/2010/10/04.pdf>
- Allport, G. W. (2004). *O povaze předsudků*. Prostor.
- Americans with Disabilities Act. (n.d., 10. března 2020). *What is the Americans with Disabilities Act (2020)?* <https://adata.org/learn-about-ada>
- American Legal Publishing. (n.d., 10. února 2022) *Article 33: Prohibiting Discrimination Based on Race, Color, Ancestry, National Origin, Place Of Birth, Sex, Age, Religion, Creed, Disability, Sexual Orientation, Gender Identity, Weight, or Height*. https://codelibrary.amlegal.com/codes/san_francisco/latest/sf_police/0-0-0-7094
- Andreyeva, T., Puhl, R. M., & Brownell, K. D. (2008). Changes in Perceived Weight Discrimination Among Americans, 1995–1996 Through 2004–2006. *Obesity*, 16(5), 1129–1134. <https://doi.org/10.1038/oby.2008.35>
- Baumgartner, F. (2001). Zvládání stresu coping. In J. Výrost & I. Slaměník, *Aplikovaná sociální psychologie II* (s. 191–206). Grada Publishing.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1999). *Beckova sebesuzovací škála depresivity pro dospělé*. Psychodiagnostika s.r.o.
- Becnel, J. N., Zeller, M. H., Noll, J. G., Sarwer, D. B., Reiter-Purtill, J., Michalsky, M., Peugh, J., & Biro, F. M. (2016). Romantic, sexual, and sexual risk behaviours of adolescent females with severe obesity. *Pediatric Obesity*, 12(5), 388–397. <https://doi.org/10.1111/ijpo.12155>

- Beníčková, T. (2019). *Stigmatizace osob s vyšší tělesnou hmotností* [Disertační práce, Univerzita Karlova]. Theses.cz
- Bhurosy, T., & Jeewon, R. (2014). Overweight and Obesity Epidemic in Developing Countries: A Problem with Diet, Physical Activity, or Socioeconomic Status? *The Scientific World Journal*, 2014, 1–7. <http://dx.doi.org/10.1155/2014/964236>
- Böckerman, P., Cawley, J., Viinikainen, J., Lehtimäki, T., Rovio, S., Seppälä, I., Pehkonen, J., & Raitakari, O. (2018). The effect of weight on labor market outcomes: An application of genetic instrumental variables. *Health Economics*, 28(1), 65–77. <http://doi.org/10.1002/hec.3828>
- Burmeister, J. M., & Carels, R. A. (2014). Weight-related humor in the media: Appreciation, distaste, and anti-fat attitudes. *Psychology of Popular Media Culture*, 3(4), 223–238. <http://doi.org/10.1037/ppm0000029>
- Caballero, B. (2007). The Global Epidemic of Obesity: An Overview. *Epidemiologic Reviews*, 29(1), 1–5. <http://doi.org/10.1093/epirev/mxm012>
- Cambridge Dictionary. (n.d.). *Fat shaming*. <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/fat-shaming>
- Carr, D., & Friedman, M. A. (2005). Is Obesity Stigmatizing? Body Weight, Perceived Discrimination, and Psychological Well-Being in the United States. *Journal of Health and Social Behavior*, 46(3), 244–259. <http://doi.org/10.1177/002214650504600303>
- Clayton, R. B., Ridgway, J. L., & Hendrickse, J. (2017). Is plus size equal? The positive impact of average and plus-sized media fashion models on women's cognitive resource allocation, social comparisons, and body satisfaction. *Communication Monographs*, 84(3), 406–422. <http://doi.org/10.1080/03637751.2017.1332770>
- Cohen, D. A. (2008). Obesity and the built environment: changes in environmental cues cause energy imbalances. *International Journal of Obesity*, 32(7), S137–S142. <http://doi.org/10.1038/ijo.2008.250>
- Correll, J., Judd, C. M., Park, B., & Wittenbrink, B. (2010). Measuring prejudice, stereotypes and discrimination. In J. F. Dovidio, M. Hewstone, P. Glick, & V.M. Esses (eds., s. 45–62). *The Sage Handbook of Prejudice, Stereotyping, and Discrimination*. Sage.

- Cossrow, N. H. F., Jeffery, R. W., & McGuire, M. T. (2001). Understanding Weight Stigmatization: A Focus Group Study. *Journal of Nutrition Education*, 33(4), 208–214. [http://doi.org/10.1016/s1499-4046\(06\)60033-x](http://doi.org/10.1016/s1499-4046(06)60033-x)
- Crandall, C. S. (1994). Prejudice against fat people: Ideology and self-interest. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66(5), 882–894. <http://doi.org/10.1037/0022-3514.66.5.882>
- Český statistický úřad. (2018, 12. ledna 2020). *Průměrný Čech trpí mírnou nadváhou*. <https://www.czso.cz/csu/czso/prumerny-cech-trpi-mirnou-nadvahou>
- Český statistický úřad. (2020, 10. února 2022). *Statistická ročenka České republiky 2020*. <https://www.czso.cz/documents/10180/123503153/32019820.pdf/fc671100-c2b8-4c60-a2d1-44341a7fa3a1?version=1.7>
- Doleček, R., Středa, L., & Cajthamlová, K. (2013). *Nebezpečný svět kalorií: z pohledu tří lékařů*. Ikar.
- Dostál, D. (2017a). *Psychometrie I* [PowerPoint prezentace]. <https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fdostal.vyzkum-psychologie.cz%2Fsoubory%2Fpsychometrie.pptx&wdOrigin=BROWSELINK>
- Dostál, D. (2017b). Statistické lineární modely pro studenty společenských věd [Učební text k předmětu Kvantitativní metodologie – pokročilé designy]. https://dostal.vyzkum-psychologie.cz/soubory/lin_modely.pdf
- Durso, L. E., & Latner, J. D. (2008). Understanding Self-directed Stigma: Development of the Weight Bias Internalization Scale. *Obesity*, 16(S2), S80–S86. <http://doi.org/10.1038/oby.2008.448>
- Employer Assistance and Resource Network on Disability Inclusion. (2020, 7. ledna 2020). *The Rehabilitation Act of 1973 (Rehab Act)*. <https://askearn.org/topics/lawsregulations/rehabilitation-act/>
- Equal Employment Opportunity Commission. (n.d., 7. ledna 2020). Overview. <https://www.eeoc.gov/eeoc/index.cfm>
- The European Association for the Study of Obesity. (n.d.-a). *Childhood Obesity*. Získáno 10. listopadu 2019 z <https://easo.org/about-easo/task-forces-groups/childhood-obesity/>

- The European Association for the Study of Obesity. (n.d.-b). *Prevention and Public Health*. Získáno 29. listopadu 2019 z <https://easo.org/about-easo/task-forces-groups/prevention-andpublic-health>
- Ferjenčík, J. (2010). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši* (2. vydání). Praha.
- Fernandez-Twinn, D. S., Hjort, L., Novakovic, B., Ozanne, S. E., & Saffery, R. (2019). Intrauterine programming of obesity and type 2 diabetes. *Diabetologia*, 62(10), 1789–1801. <http://doi.org/10.1007/s00125-019-4951-9>
- Fialová, L., & Krch, F. D. (2012). *Pojetí vlastního těla: zdraví, zdatnost, vzhled*. Karolinum.
- Flint, S. W., Čadek, M., Codreanu, S. C., Ivić, V., Zomer, C., & Gomoiu, A. (2016). Obesity discrimination in the recruitment process: “You’re not hired!”. *Frontiers in psychology*, 647(7). <http://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00647>
- Fontana, F., Furtado, O., Mazzardo, O., Hong, D., & de Campos, W. (2016). Anti-fat bias by professors teaching physical education majors. *European Physical Education Review*, 23(1), 127–138. <http://doi.org/10.1177/1356336x16643304>
- Friedman, K. E., Reichmann, S. K., Costanzo, P. R., Zelli, A., Ashmore, J. A., & Musante, G. J. (2005). Weight Stigmatization and Ideological Beliefs: Relation to Psychological Functioning in Obese Adults. *Obesity Research*, 13(5), 907–916. <http://doi.org/10.1038/oby.2005.105>
- Gailey, J. A. (2012). Fat Shame to Fat Pride: Fat Women’s Sexual and Dating Experiences. *Fat Studies*, 1(1), 114–127. <http://doi.org/10.1080/21604851.2012.631113>
- Gailey, J. A., & Prohaska, A. (2006). “Knocking off a Fat Girl:” an Exploration of Hogging, Male Sexuality, and Neutralizations. *Deviant Behavior*, 27(1), 31–49. <http://doi.org/10.1080/016396290968353>
- Gerend, M. A., Patel, S., Ott, N., Wetzell, K., Sutin, A. R., Terracciano, A., & Maner, J. K. (2021). Coping with weight discrimination: Findings from a qualitative study. *Stigma and Health*, 6(4), 440–449. <http://doi.org/10.1037/sah0000335>
- Goffman, E. (1986). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Simon and Schuster.

- Grabovac, I., Cao, C., Haider, S., Stefanac, S., Jackson, S. E., Swami, V., McDermott, D. T., Smith, L., & Yang, L. (2019). Associations Among Physical Activity, Sedentary Behavior, and Weight Status With Sexuality Outcomes: Analyses from National Health and Nutrition Examination Survey. *The Journal of Sexual Medicine*, *17*(1), 60–68. <http://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.10.015>
- Grogan, S. (2000). *Body image: psychologie nespokojenosti s vlastním tělem*. Grada Publishing.
- Hainer, V. (2011). *Základy klinické obezitologie* (2., přeprac. a dopl. vyd). Grada Publishing.
- Hainer, V., Kunešová, M., Taxová-Braunerová, R., Zamrazilová, H., & Aldhoon-Hainerová, I. (2020). Dvě pandemie současnosti: obezita a COVID-19. *Praktický lékař*, *100*(4), 159–163. <https://eds.p.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=10639a61-1854-426b-ac42-8b7d74c3511a%40redis>
- Haschke, F., Binder, C., Huber-Dangl, M., & Haiden, N. (2019). Early-Life Nutrition, Growth Trajectories, and Long-Term Outcome. *Human Milk: Composition, Clinical Benefits and Future Opportunities*, *90*, 107–120. <http://doi.org/10.1159/000490299>
- Hayran, O., Akan, H., Özkan, A. D., & Kocaoglu, B. (2013). Fat phobia of university students: attitudes toward obesity. *Journal of allied health*, *42*(3), 147–150. <https://www.proquest.com/docview/1461394305?pq-origsite=gscholar&fromopenview=true>
- Hayward, L. E., Vartanian, L. R., & Pinkus, R. T. (2017). Coping with weight stigma: development and validation of a Brief Coping Responses Inventory. *Obesity Science & Practice*, *3*(4), 373–383. <http://doi.org/10.1002/osp4.125>
- Hayward, L. E., Vartanian, L. R., & Pinkus, R. T. (2018). Weight Stigma Predicts Poorer Psychological Well-Being Through Internalized Weight Bias and Maladaptive Coping Responses. *Obesity*, *26*(4), 755–761. <http://doi.org/10.1002/oby.22126>
- HBSC. (n.d.). *Mezinárodní výzkumná studie kolaborativního charakteru životního způsobu u dětí*. <https://hbcs.cz/ostudii/>

- Hendl, J. (2015). *Přehled statistických metod: analýza a metaanalýza dat* (5., rozš. vyd). Portál.
- Hieronimus, B., & Ensenauer, R. (2021). Influence of maternal and paternal pre-conception overweight/obesity on offspring outcomes and strategies for prevention. *European Journal of Clinical Nutrition*, 75(12), 1735–1744. <http://doi.org/10.1038/s41430-021-00920-7>
- Hilbert, A., Baldofski, S., Zenger, M., Löwe, B., Kersting, A., & Braehler, E. (2014). Weight Bias Internalization Scale: Psychometric Properties and Population Norms. *PLOS ONE*, 9(1), Článek e86303. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0086303>
- Himmelstein, M. S., & Puhl, R. M. (2018). Weight-based victimization from friends and family: implications for how adolescents cope with weight stigma. *Pediatric Obesity*, 14(1), e12453. <https://doi.org/10.1111/ijpo.12453>
- Himmelstein, M. S., Puhl, R. M., Pearl, R. L., Pinto, A. M., & Foster, G. D. (2020). Coping with weight stigma among adults in a commercial weight management sample. *International Journal of Behavioral Medicine*, 27(5), 576–590. <http://doi.org/10.1007/s12529-020-09895-4>
- Himmelstein, M. S., Puhl, R. M., & Quinn, D. M. (2018). Weight stigma and health: The mediating role of coping responses. *Health Psychology*, 37(2), 139–147. <http://doi.org/10.1037/hea0000575>
- Himmelstein, M. S., Puhl, R. M., & Quinn, D. M. (2019). Overlooked and Understudied: Health Consequences of Weight Stigma in Men. *Obesity*, 27(10), 1598–1605. <http://doi.org/10.1002/oby.22599>
- Hussain, S. S., & Bloom, S. R. (2013). The regulation of food intake by the gut-brain axis: implications for obesity. *International Journal of Obesity*, 37(5), 625–633. <http://doi.org/10.1038/ijo.2012.9>
- Chrisler, J. C., & Barney, A. (2016). Sizeism is a health hazard. *Fat Studies*, 6(1), 38–53. <http://doi.org/10.1080/21604851.2016.1213066>
- Islam, N. (2005). Obesity: an epidemic of the 21st century. *Journal of Pakistan Medical Association*, 55(3), 118-123.

https://ecommons.aku.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1050&context=pakistan_fhs_mc_med_diabet_endocrinol_metab

- Jackson, S. E., Beeken, R. J., & Wardle, J. (2014). Perceived weight discrimination and changes in weight, waist circumference, and weight status. *Obesity*, 22(12), 2485–2488. <http://doi.org/10.1002/oby.20891>
- Jackson, S. E., & Steptoe, A. (2017). Association between perceived weight discrimination and physical activity: a population-based study among English middle-aged and older adults. *BMJ open*, 7(3), e014592. <http://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014592>
- Jandourek, J. (2009). *Úvod do sociologie* (2. vydání). Portál.
- Jung, F. U., & Luck-Sikorski, C. (2019). Overweight and lonely? A representative study on loneliness in obese people and its determinants. *Obesity facts*, 12(4), 440–447. <http://doi.org/10.1159/000500095>
- Kadouh, H. C., & Acosta, A. (2017). Current paradigms in the etiology of obesity. *Techniques in Gastrointestinal Endoscopy*, 19(1), 2–11. <http://doi.org/10.1016/j.tgie.2016.12.001>
- Kalon, E., Hong, J. Y., Tobin, C., & Schulte, T. (2016). Psychological and neurobiological correlates of food addiction. *International review of neurobiology*, 129, 85–110. <http://doi.org/10.1016/bs.irn.2016.06.003>
- Keramat, S. A., Alam, K., Rana, R. H., Shuvo, S. D., Gow, J., Biddle, S. J., & Keating, B. (2021). Age and gender differences in the relationship between obesity and disability with self-perceived employment discrimination: Results from a retrospective study of an Australian national sample. *SSM-Population Health*, 16, 100923. doi:10.1016/j.ssmph.2021.100923
- Kim, T. J., & von dem Knesebeck, O. (2018). Income and obesity: what is the direction of the relationship? A systematic review and meta-analysis. *BMJ open*, 8(1), e019862. <http://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019862>
- Kim, T. J., Makowski, A. C., & von dem Knesebeck, O. (2019). Obesity stigma in Germany and the United States – Results of population surveys. *PLOS ONE*, 14(8), Článek e0221214. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0221214>

- Kite, M. E., & Whitley, B. E. (2016). *Psychology of Prejudice and Discrimination* (3rd edition). Routledge.
- Kliment, P. (2014). *Zvládací (copingové) odpovědi v pomáhajících profesích*. Univerzita Palackého.
- Kopelman, P. G. (2000). Obesity as a medical problem. *Nature*, *404*, 635–643. <http://doi.org/10.1038/35007508>
- Kostková, M. (2020). *Postoje českých adolescentů vůči obezitě*. [Bakalářská práce, Univerzita Palackého v Olomouci]. Theses.cz
- Křivohlavý, J. (2009). *Psychologie zdraví* (3. vydání). Portál.
- Kunešová, M. (2016). *Základy obezitologie*. Galén.
- Kunešová, M., Müllerová, D., & Hainer, V. (2011). Epidemiologie a zdravotní rizika obezity. In: Hainer, V. (2011). *Základy klinické obezitologie* (2., přeprac. a dopl. vyd). Grada Publishing.
- Kuntz, B., & Lampert, T. (2010). Socioeconomic Factors and Obesity. *Deutsches Arzteblatt Int*, *107*(30), 517–522. <http://doi.org/10.3238/arztebl.2010.0517>
- Kutcher, E. J., & Bragger, J. D. (2004). Selection Interviews of Overweight Job Applicants: Can Structure Reduce the Bias? *1. Journal of Applied Social Psychology*, *34*(10), 1993–2022. <http://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2004.tb02688.x>
- Lam, T. M., Vaartjes, I., Grobbee, D. E., Karssenber, D., & Lakerveld, J. (2021). Associations between the built environment and obesity: an umbrella review. *International journal of health geographics*, *20*(1), 1–24. <http://doi.org/10.1186/s12942-021-00260-6>
- Lamichhane, N., Olsen, N. J., Mortensen, E. L., Obel, C., Heitmann, B. L., & Händel, M. N. (2019). Associations between maternal stress during pregnancy and offspring obesity risk later in life — A systematic literature review. *Obesity Reviews*, *21*(2), e12951. <http://doi.org/10.1111/obr.12951>
- Latner, J. D., O'Brien, K. S., Durso, L. E., Brinkman, L. A., & MacDonald, T. (2008). Weighing obesity stigma: the relative strength of different forms of bias.

International Journal of Obesity, 32, 1145–1152.
<http://doi.org/10.1038/ijo.2008.53>

Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company.

Lee, M. S., & Dedrick, R. F. (2016). Weight Bias Internalization Scale: Psychometric properties using alternative weight status classification approaches. *Body Image*, 17, 25–29. <http://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.01.008>

Lee, P. C., & Dixon, J. B. (2017). Food for Thought: Reward Mechanisms and Hedonic Overeating in Obesity. *Current Obesity Reports*, 6(4), 353–361. <http://doi.org/10.1007/s13679-017-0280-9>

Lerma-Cabrera, J. M., Carvajal, F., & Lopez-Legarrea, P. (2016). Food addiction as a new piece of the obesity framework. *Nutrition Journal*, 15(1), 1–5. <http://doi.org/10.1186/s12937-016-0124-6>

Lillis, J., Luoma, J. B., Levin, M. E., & Hayes, S. C. (2010). Measuring weight self-stigma: the weight self-stigma questionnaire. *Obesity*, 18(5), 971–976. <http://doi.org/10.1038/oby.2009.353>

Lydecker, J. A., Cotter, E. W., Palmberg, A. A., Simpson, C., Kwitowski, M., White, K., & Mazzeo, S. E. (2016). Does this Tweet make me look fat? A content analysis of weight stigma on Twitter. *Eating and weight disorders-studies on anorexia, bulimia and obesity*, 21(2), 229–235. <https://link.springer.com/article/10.1007/s40519-016-0272-x>

MacCann, C., & Roberts, R. D. (2012). Just as smart but not as successful: obese students obtain lower school grades but equivalent test scores to nonobese students. *International Journal of Obesity*, 37(1), 40–46. <http://doi.org/10.1038/ijo.2012.47>

Macek, P. (2008). Sebesystém, vztah k vlastnímu já. In: Výrost, J., & Slaměník, I. (Eds.). (c2008). *Sociální psychologie* (2., přeprac. a rozš. vyd). Grada Publishing.

Major, B., Hunger, J. M., Bunyan, D. P., & Miller, C. T. (2014). The ironic effects of weight stigma. *Journal of Experimental Social Psychology*, 51, 74–80. <http://doi.org/10.1016/j.jesp.2013.11.009>

Málková, I., & Málková, H. (2014). *Obezita: malými krůčky k velké změně*. Praha: Forsapi.

- Mareš, J. (2001). Zvládání zátěže pomocí strategií záměrného sebeznevýhodňování. *Československá psychologie*, 45(4), 311–322. <http://cspych.psu.cas.cz/result.php?id=257>
- Marinov, Z., Barčáková, U., Nesrstová, M., & Pastucha, D. (2011). *S dětmi proti obezitě: o co obtížnější je léčba obezity, o to jednodušší je prevence jejího vzniku!*. IFP Publishing & Engineering.
- Martin, R. A., Puhlik-Doris, P., Larsen, G., Gray, J., & Weir, K. (2003). Individual differences in uses of humor and their relation to psychological well-being: Development of the Humor Styles Questionnaire. *Journal of research in personality*, 37(1), 48–75. [http://doi.org/10.1016/S0092-6566\(02\)00534-2](http://doi.org/10.1016/S0092-6566(02)00534-2)
- Mazurkiewicz, N., Lipowski, M., Krefta, J., & Lipowska, M. (2021). “Better If They Laugh with Me than at Me”: The Role of Humor in Coping with Obesity-Related Stigma in Women. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(15), 7974. <http://doi.org/10.3390/ijerph18157974>
- McClure, K. J., Puhl, R. M., & Heuer, C. A. (2011). Obesity in the News: Do Photographic Images of Obese Persons Influence Antifat Attitudes? *Journal of Health Communication*, 16(4), 359–371. <http://doi.org/10.1080/10810730.2010.535108>
- McCuen-Wurst, C., Ruggieri, M., & Allison, K. C. (2017). Disordered eating and obesity: associations between binge-eating disorder, night-eating syndrome, and weight-related comorbidities. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1411(1), 96–105. <http://doi.org/10.1111/nyas.13467>
- Medical Dictionary. (n.d.). *Weight discrimination*. [https://medical-dictionary.thefreedictionary.com/weight+discrimination ???](https://medical-dictionary.thefreedictionary.com/weight+discrimination)
- Mensingher, J. L., & Meadows, A. (2017). Internalized weight stigma mediates and moderates physical activity outcomes during a healthy living program for women with high body mass index. *Psychology of Sport and Exercise*, 30, 64–72. <http://doi.org/10.1016/j.psychsport.2017.01.010>
- Mensingher, J. L., Tylka, T. L., & Calamari, M. E. (2018). Mechanisms underlying weight status and healthcare avoidance in women: A study of weight stigma, body-related shame and guilt, and healthcare stress. *Body Image*, 25, 139–147. <http://doi.org/10.1016/j.bodyim.2018.03.001>

- Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. (n.d., 19. listopadu 2019). *Novinky školního roku 2018/2019*. <http://www.msmt.cz/ministerstvo/novinar/novinky-skolnihoroku-2018-2019?highlightWords=pamlskov%C3%A1+vyhl%C3%A1%C5%A1ka>
- Minster, R. L., Hawley, N. L., Su, C. T., Sun, G., Kershaw, E. E., Cheng, H., Buhule, O. D., Lin, J., Reupena, M. S., Viali, S., Tuitele, J., Naseri, T., Urban, Z., Deka, R., Weeks, D. E., & McGarvey, S. T. (2016). A thrifty variant in CREBRF strongly influences body mass index in Samoans. *Nature genetics*, *48*(9), 1049–1054. <http://doi.org/10.1038/ng.3620>
- Moje tělo je moje. (n.d.). Kdo jsme. Moje tělo je moje. <https://mojetelojemoje.cz/#kdojsme>
- Myers, A., & Rosen, J. C. (1999). Obesity stigmatization and coping: relation to mental health symptoms, body image, and self-esteem. *International journal of obesity*, *23*(3), 221–230. <http://doi.org/10.1038/sj.ijo.0800765>
- National Association to Advance Fat Acceptance. (n.d., 18. ledna 2020). *About us*. <https://www.naafaonline.com/dev2/about/index.html>
- National Eating Disorder Association. (n.d., 18. ledna 2020). Weight Stigma Awareness Weekend. <https://www.nationaleatingdisorders.org/get-involved/weight-stigmaawareness-week>
- Neumark-Sztainer, D., Falkner, N., Story, M., Perry, C., Hannan, P. J., & Mulert, S. (2002). Weight-teasing among adolescents: correlations with weight status and disordered eating behaviors. *International journal of obesity*, *26*(1), 123–131. <http://doi.org/10.1038=sj=ijo=0801853>
- Neumark-Sztainer, D., Story, M., & Harris, T. (1999). Beliefs and Attitudes about Obesity among Teachers and School Health Care Providers Working with Adolescents. *Journal of Nutrition Education*, *31*(1), 3–9. [http://doi.org/10.1016/s0022-3182\(99\)70378-x](http://doi.org/10.1016/s0022-3182(99)70378-x)
- Newton, S., Braithwaite, D., & Akinyemiju, T. F. (2017). Socio-economic status over the life course and obesity: Systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, *12*(5), Článek e0177151. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0177151>
- NHS. (2019, 2. listopadu 2021). *Causes of Obesity*. <https://www.nhs.uk/conditions/obesity/causes/>

- Nohr, E. A., Bech, B. H., Davies, M. J., Frydenberg, M., Henriksen, T. B., & Olsen, J. (2005). Prepregnancy Obesity and Fetal Death: A Study Within the Danish National Birth Cohort. *Obstetrics & Gynecology*, *106*(2), 250–259. <http://doi.org/10.1097/01.AOG.0000172422.81496.57>
- Nutter, S., Ireland, A., Alberga, A. S., Brun, I., Lefebvre, D., Hayden, K. A., & Russell-Mayhew, S. (2019). Weight Bias in Educational Settings: a Systematic Review. *Current Obesity Reports*, *8*(2), 185–200. <http://doi.org/10.1007/s13679-019-00330-8>
- Office of Human Rights. (n.d., 20. března 2020). *Protected Traits in DC*. <https://ohr.dc.gov/protectedtraits>
- Ogden, C. L., Carroll, M. D., Fakhouri, T. H., Hales, C. M., Fryar, C. D., Li, X., & Freedman, D. S. (2018). Prevalence of Obesity Among Youths by Household Income and Education Level of Head of Household – United States 2011–2014. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, *67*(6), 186–189. <http://doi.org/10.15585/mmwr.mm6706a3>
- Ogilvie, R. P., & Patel, S. R. (2017). The epidemiology of sleep and obesity. *Sleep Health*, *3*(5), 383–388. <http://doi.org/10.1016/j.sleh.2017.07.013>
- The Organisation for Economic Co-operation and Development. (2017). Obesity Update 2017. <https://www.oecd.org/els/health-systems/Obesity-Update-2017.pdf>
- Ortiz, M. S., & Gómez-Pérez, D. (2019). Psychometric properties of a brief Spanish version of Stigmatizing Situations Inventory. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, *10*(1), 1–9. <https://doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2019.1.538>
- Owen, K. (2012). *Moderní terapie obezity: [průvodce pro každodenní praxi]*. Maxdorf.
- Oxford Learner's Dictionaries. (n.d., 12. listopadu 2021). *Body shaming*. <https://www.oxfordlearnersdictionaries.com/definition/english/body-shaming>
- Pantenburg, B., Sikorski, C., Luppá, M., Schomerus, G., König, H.-H., Werner, P., & Riedel-Heller, S. G. (2012). Medical Students' Attitudes towards Overweight and Obesity. *PLOS ONE*, *7*(11), Článek e48113. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0048113>
- Park, A. (2019). Pathophysiology and aetiology and medical consequences of obesity. *Medicine*, *47*(3), 169–174. <https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2018.12.010>

- Partow, S., Cook, R., & McDonald, R. (2021). A Literature Review of the Measurement of Coping with Stigmatization and Discrimination. *Basic and Applied Social Psychology, 43*(5), 319–340. <https://doi.org/10.1080/01973533.2021.1955680>
- Pařízková, J., & Lisá, L. (2007). *Obezita v dětství a dospívání: terapie a prevence*. Galén.
- Paulík, K. (2017). *Psychologie lidské odolnosti (2., přepracované a doplněné vydání)*. Grada.
- Pearl, R. L. (2018). Weight bias and stigma: public health implications and structural solutions. *Social Issues and Policy Review, 12*(1), 146–182. <https://doi.org/10.1111/sipr.12043>
- Pearl, R. L., & Puhl, R. M. (2014). Measuring internalized weight attitudes across body weight categories: validation of the modified weight bias internalization scale. *Body image, 11*(1), 89–92. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2013.09.005>
- Pearl, R. L., & Puhl, R. M. (2018). Weight bias internalization and health: a systematic review. *Obesity reviews, 19*(8), 1141–1163. <https://doi.org/10.1111/obr.12701>
- Pearl, R. L., Puhl, R. M., & Brownell, K. D. (2012). Positive media portrayals of obese persons: Impact on attitudes and image preferences. *Health Psychology, 31*(6), 821–829. <https://doi.org/10.1037/a0027189>
- Pearl, R. L., Puhl, R. M., Lessard, L. M., Himmelstein, M. S., & Foster, G. D. (2021). Prevalence and correlates of weight bias internalization in weight management: A multinational study. *SSM-population Health, 13*, Článek 100755. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2021.100755>
- Pearl, R. L., Wadden, T. A., Tronieri, J. S., Chao, A. M., Alamuddin, N., Bakizada, Z. M., Pinkasavage, E., & Berkowitz, R. I. (2018). Sociocultural and familial factors associated with weight bias internalization. *Obesity facts, 11*(2), 157–164. <https://doi.org/10.1159/000488534>
- Potter, L., Meadows, A., & Smyth, J. (2020). Experiences of weight stigma in everyday life: An ecological momentary assessment study. *Journal of Health Psychology, 26*(14), 2781–2793. <https://doi.org/10.1177/1359105320934179>

- Ptáček, R., Raboch, J., Vňuková, M., Hlinka, J., & Anders, M. (2016). Beck Depression inventory BDI-II-Standardization and its use in practice. *Česká a slovenská psychiatrie*, *112*(6), 270–274. <https://web.s.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=2c297f32-b973-468c-8766-312548c3496b%40redis>
- Puhl, R. M., Andreyeva, T., & Brownell, K. D. (2008). Perceptions of weight discrimination: prevalence and comparison to race and gender discrimination in America. *International Journal of Obesity*, *32*(6), 992–1000. <https://doi.org/10.1038/ijo.2008.22>
- Puhl, R. M., & Brownell, K. D. (2001). Bias, Discrimination, and Obesity. *Obesity*, *9*(12), 733–817. <https://doi.org/10.1038/oby.2001.108>
- Puhl, R., & Brownell, K. D. (2003). Ways of coping with obesity stigma: review and conceptual analysis. *Eating behaviors*, *4*(1), 53–78. [https://doi.org/10.1016/S1471-0153\(02\)00096-X](https://doi.org/10.1016/S1471-0153(02)00096-X)
- Puhl, R. M., & Brownell, K. D. (2006). Confronting and coping with weight stigma: an investigation of overweight and obese adults. *Obesity*, *14*(10), 1802–1815. <https://doi.org/10.1038/oby.2006.208>
- Puhl, R. M., & Heuer, C. A. (2009). The stigma of obesity: a review and update. *Obesity*, *17*(5), 941–964. <https://doi.org/10.1038/oby.2008.636>
- Puhl, R. M., & Heuer, C. A. (2010). Obesity Stigma: Important Considerations for Public Health. *American Journal of Public Health*, *100*(6), 1019–1028. <https://doi.org/10.2105/ajph.2009.159491>
- Puhl, R. M., & Himmelstein, M. S. (2018). Weight Bias Internalization Among Adolescents Seeking Weight Loss: Implications for Eating Behaviors and Parental Communication. *Frontiers in Psychology*, *9*, 1–9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02271>
- Puhl, R. M., Himmelstein, M. S., Gorin, A. A., & Suh, Y. J. (2017). Missing the target: including perspectives of women with overweight and obesity to inform stigma-

- reduction strategies. *Obesity Science & Practice*, 3(1), 25–35. <https://doi.org/10.1002/osp4.101>
- Puhl, R. M., Himmelstein, M. S., & Quinn, D. M. (2018). Internalizing weight stigma: prevalence and sociodemographic considerations in US adults. *Obesity*, 26(1), 167–175. <https://doi.org/10.1002/oby.22029>
- Puhl, R. M., Himmelstein, M. S., & Pearl, R. L. (2020). Weight stigma as a psychosocial contributor to obesity. *American Psychologist*, 75(2), 274–289 <https://doi.org/10.1037/amp0000538>
- Puhl, R. M., Latner, J. D., O'Brien, K., Luedicke, J., Danielsdottir, S., & Forhan, M. (2015). A multinational examination of weight bias: predictors of anti-fat attitudes across four countries. *International Journal of Obesity*, 39(7), 1166–1173. <https://doi.org/10.1038/ijo.2015.32>
- Puhl, R. M., Latner, J. D., O'Brien, K. S., Luedicke, J., Danielsdottir, S., & Salas, X. R. (2015). Potential Policies and Laws to Prohibit Weight Discrimination: Public Views from 4 Countries. *The Milbank Quarterly*, 93(4), 691–731. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12162>
- Puhl, R. M., Latner, J. D., O'Brien, K., Luedicke, J., Forhan, M., & Danielsdottir, S. (2016). Cross-national perspectives about weight-based bullying in youth: nature, extent and remedies. *Pediatric obesity*, 11(4), 241–250. <https://doi.org/10.1111/ijpo.12051>
- Puhl, R. M., Lessard, L. M., Pearl, R. L., Himmelstein, M. S., & Foster, G. D. (2021). International comparisons of weight stigma: addressing a void in the field. *International Journal of Obesity*, 45(9), 1976–1985. <https://doi.org/10.1038/s41366-021-00860-z>
- Puhl, R. M., Moss-Racusin, C. A., Schwartz, M. B., & Brownell, K. D. (2008). Weight stigmatization and bias reduction: perspectives of overweight and obese adults. *Health education research*, 23(2), 347–358. <https://doi.org/10.1093/her/cym052>
- Puhl, R. M., Suh, Y., & Li, X. (2016). Legislating for weight-based equality: national trends in public support for laws to prohibit weight discrimination. *International Journal of Obesity*, 40(8), 1320–1324. <https://doi.org/10.1038/ijo.2016.49>
- Purton, T., Mond, J., Cicero, D., Wagner, A., Stefano, E., Rand-Giovannetti, D., & Latner, J. (2019). Body dissatisfaction, internalized weight bias and quality of life in young

- men and women. *Quality of Life Research*, 28(7), 1825–1833. <https://doi.org/10.1111/obr.12625>
- Qasim, A., Turcotte, M., de Souza, R. J., Samaan, M. C., Champredon, D., Dushoff, J., Speakman, J. R., & Meyre, D. (2017). On the origin of obesity: identifying the biological, environmental and cultural drivers of genetic risk among human populations. *Obesity Reviews*, 19(2), 121–149. <https://doi.org/10.1111/obr.12625>
- Ramachenderan, J., Bradford, J., & McLean, M. (2008). Maternal obesity and pregnancy complications: A review. *The Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 48(3), 228–235. <https://doi.org/10.1111/j.1479-828x.2008.00860.x>
- Rauber, F., Steele, E. M., Louzada, M. L. da C., Millett, C., Monteiro, C. A., & Levy, R. B. (2020). Ultra-processed food consumption and indicators of obesity in the United Kingdom population (2008-2016). *PLOS ONE*, 15(5), Článek e0232676. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0232676>
- Ravelli, G.-P., Stein, Z. A., & Susser, M. W. (1976). Obesity in Young Men after Famine Exposure in Utero and Early Infancy. *New England Journal of Medicine*, 295(7), 349–353. <https://doi.org/10.1056/nejm197608122950701>
- Rejzek, J. (2012). *Český etymologický slovník (2., nezměn. vyd.)*. Leda.
- Robinson, B. B. E., Bacon, L. C., & O'reilly, J. (1993). Fat phobia: Measuring, understanding, and changing anti-fat attitudes. *International Journal of Eating Disorders*, 14(4), 467–480. [https://doi.org/10.1002/1098-108x\(199312\)14:43.0.co;2-j](https://doi.org/10.1002/1098-108x(199312)14:43.0.co;2-j)
- Rothblum, E. D., Brand, P. A., Miller, C. T., & Oetjen, H. A. (1990). The relationship between obesity, employment discrimination, and employment-related victimization. *Journal of Vocational Behavior*, 37(3), 251–266. [https://doi.org/10.1016/0001-8791\(90\)90044-3](https://doi.org/10.1016/0001-8791(90)90044-3)
- Rubín, L. (2018). *Pohybová aktivita a tělesná zdatnost českých adolescentů v kontextu zastavěného prostředí: Physical activity and physical fitness of Czech adolescents in the context of the built environment*. Univerzita Palackého v Olomouci.

- Sabin, J. A., Marini, M., & Nosek, B. A. (2012). Implicit and Explicit Anti-Fat Bias among a Large Sample of Medical Doctors by BMI, Race/Ethnicity and Gender. *PLOS ONE*, 7(11), Článek e48448. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0048448>
- Sarlio-Lähteenkorva, S., Silventoinen, K., & Lahelma, E. (2004). Relative weight and income at different levels of socioeconomic status. *American Journal of Public Health*, 94(3), 468–472. <https://doi.org/10.2105/ajph.94.3.468>
- Seacat, J. D., Dougal, S. C., & Roy, D. (2014). A daily diary assessment of female weight stigmatization. *Journal of Health Psychology*, 21(2), 228–240. <https://doi.org/10.1177/1359105314525067>
- Schmitt, M. T., Branscombe, N. R., Postmes, T., & Garcia, A. (2014). The consequences of perceived discrimination for psychological well-being: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 140(4), 921–948. <https://doi.org/10.1037/a0035754>
- Schooler, D., Ward, L. M., Merriwether, A., & Caruthers, A. S. (2005). Cycles of shame: Menstrual shame, body shame, and sexual decision-making. *Journal of Sex Research*, 42(4), 324–334. <https://doi.org/10.1080/00224490509552288>
- Schwartz, M. W., Seeley, R. J., Zeltser, L. M., Drewnowski, A., Ravussin, E., Redman, L. M., & Leibel, R. L. (2017). Obesity pathogenesis: an endocrine society scientific statement. *Endocrine reviews*, 38(4), 267–296. <https://doi.org/10.1210/er.2017-00111>
- Sievert, K., Lobstein, T., & Baker, P. (2018). Stigmatizing images in the media—a cross-national survey. *Clinical obesity*, 8(6), 407–410. <https://doi.org/10.1111/cob.12282>
- Sigmund, E., Baďura, P., Sigmundová, D., Pavelka, J., Voráčková, J., Hobza, V. Jr., Zacpal, J., Hamřík, Z., Půžová, Z., & Kalman, M. (2020). Trendy a koreláty obezity českých adolescentů ve vztahu k socioekonomickému statusu rodin mezi lety 2002–2018. *Praktický lékař*, 99(4), 147–153. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8336-2>
- Sikorski, C., Spahlholz, J., Hartlev, M., & Riedel-Heller, S. G. (2015). Weight-based discrimination: an ubiquitous phenomenon? *International Journal of Obesity*, 40(2), 333–337. <https://doi.org/10.1038/ijo.2015.165>
- Slimáková, M. (2018). *Velmi osobní kniha o zdraví*. BizBooks.
- Souček, M. (Ed.). (2011). *Vnitřní lékařství*. Grada.

- Stangor, C. (2009). The study of stereotyping, prejudice, and discrimination within social psychology: a quick history of theory and research. In Nelson, T. D. (Ed.). *Handbook of Prejudice, Stereotyping, and Discrimination*. Taylor & Francis.
- Státní zdravotní ústav. (n.d., 11. března 2022). *Co je Nutri-score a jak se používá*. Státní zdravotní ústav. <http://www.szu.cz/tema/bezpecnost-potravin/co-je-nutri-score-a-jak-se-pouziva>
- Stop obezitě. (n.d.). *O nás*. <https://www.stob.cz/cs/o-nas>
- Sutin, A., Robinson, E., Daly, M., & Terracciano, A. (2016). Weight discrimination and unhealthy eating-related behaviors. *Appetite, 102*, 83–89. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.02.016>
- Sutin, A. R., Stephan, Y., & Terracciano, A. (2015). Weight discrimination and risk of mortality. *Psychological science, 26*(11), 1803–1811. <https://doi.org/10.1177/0956797615601103>
- Svačina, Š., & Bretšnajdrová, A. (2008). *Jak na obezitu a její komplikace*. Grada Publishing.
- Šrámková, L., & Cakirpaloglu, P. (2015). Tvorba škály fyzického vzhledu a “body image” v kontextu českého prostředí. [Creation of the physical appearance and body image rating scale for the Czech context.]. *Psychologie a její kontexty. [Psychology and their contexts.]*, 6(2), 95–109. https://psychkont.osu.cz/fulltext/2015/sramkova-Cakirpaloglu_2015_2.pdf
- Tan, X., Chapman, C. D., Cedernaes, J., & Benedict, C. (2018). Association between long sleep duration and increased risk of obesity and type 2 diabetes: A review of possible mechanisms. *Sleep Medicine Reviews, 40*, 127–134. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2017.11.001>
- Tomiyama, A. J. (2014). Weight stigma is stressful. A review of evidence for the Cyclic Obesity/Weight-Based Stigma model. *Appetite, 82*, 8–15. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2014.06.108>
- Tomiyama, A. J., Carr, D., Granberg, E. M., Major, B., Robinson, E., Sutin, A. R., & Brewis, A. (2018). How and why weight stigma drives the obesity ‘epidemic’ and harms health. *BMC medicine, 16*(1), 1–6. <https://doi.org/10.1186/s12916-018-1116-5>

- Tomiyama, A. J., Finch, L. E., Belsky, A. C. I., Buss, J., Finley, C., Schwartz, M. B., & Daubenmier, J. (2015). Weight bias in 2001 versus 2013: Contradictory attitudes among obesity researchers and health professionals. *Obesity*, 23(1), 46–53. <https://doi.org/10.1002/oby.20910>
- U.S. Department of Health & Human Services. (2019). *Physical Activity Guidelines for Americans*. Získáno 21. ledna 2020 z <https://www.hhs.gov/fitness/active/physical-activityguidelines-for-americans/index.html>
- Vanhove, A., & Gordon, R. A. (2014). Weight discrimination in the workplace: a meta-analytic examination of the relationship between weight and work-related outcomes. *Journal of Applied Social Psychology*, 44(1), 12–22. <https://doi.org/10.1111/jasp.12193>
- Vartanian, L. R. (2015). Development and validation of a brief version of the Stigmatizing Situations Inventory. *Obesity Science & Practice*, 1(2), 119–125. <https://doi.org/10.1002/osp4.11>
- Vítek, L. (2008). *Jak ovlivnit nadváhu a obezitu*. Grada.
- Vyhláška č. 282/2016 Sb., o požadavcích na potraviny, pro které je přípustná reklama a které lze nabízet k prodeji a prodávat ve školách a školských zařízeních. Česká republika.
- Wang, G., & Speakman, J. R. (2016). Analysis of positive selection at single nucleotide polymorphisms associated with body mass index does not support the “thrifty gene” hypothesis. *Cell metabolism*, 24(4), 531–541. <https://doi.org/10.1016/j.cmet.2016.08.014>
- World Health Organization. (2000). *Obesity: preventing and managing the global epidemic (No. 894)*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2018a, 12. října 2019). *Obesity and Overweight*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- World Health Organization. (2018b, 12. října 2019). *Noncommunicable diseases*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

- World Health Organization. (2022, 15. března 2022). *World Obesity Day 2022 – Accelerating action to stop obesity*. <https://www.who.int/news/item/04-03-2022-world-obesity-day-2022-accelerating-action-to-stop-obesity>
- World Population Review. (n.d.-a). *Obesity Rates by Country 2021*. Získáno 10. října 2021 z <https://worldpopulationreview.com/country-rankings/obesity-rates-by-country>
- World Population Review. (n.d.-b). *Obesity Rates by Country 2022*. Získáno 9. března 2022 z <https://worldpopulationreview.com/country-rankings/most-obese-countries>
- Wu, Y.-K., & Berry, D. C. (2017). Impact of weight stigma on physiological and psychological health outcomes for overweight and obese adults: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 74(5), 1030–1042. <https://doi.org/10.1111/jan.13511>
- Zach (2021, 1. března). *What is Partial Eta Squared? (Definition & Example)*. Statology. <https://www.statology.org/partial-eta-squared/>
- Zdravá generace. (2018). *České děti přibírají. Pětina z nich má problém s hmotností*. <https://zdravagenerace.cz/reporty/obezita>

SEZNAM GRAFŮ, OBRÁZKŮ A TABULEK

Graf 1: Spokojenost s tvarem těla (n = 420).....	64
Graf 2: Spokojenost s váhou (n = 420).....	65
Graf 3: Sutinový graf (krátká verze SSI).....	69
Graf 4: Sutinový graf (Krátký CRI).....	71
Graf 5: Sutinový graf (WBIS-M).....	73
Graf 6: Rozdíl mezi reálnou a ideální postavou v absolutní hodnotě (n = 420).....	75
Graf 7: Rozdíl mezi reálnou a ideální postavou v absolutní hodnotě (n = 401).....	76
Graf 8: Rozložení odpovědí u krátké verze SSI (n = 401).....	78
Graf 9: Rozložení odpovědí u Krátkého CRI (n = 401).....	80
Graf 10: Výskyt interpersonálních zdrojů dle pohlaví (n _ž = 354, n _m = 47).....	82
Graf 11: Krabicový graf zobrazující rozdíly mezi kategoriemi BMI v SSI.....	85
Graf 12: Krabicový graf zobrazující rozdíly mezi pohlavím v metodě SSI.....	87
Graf 13: Bodový graf korelace věku a hrubého skóre v krátké verzi SSI.....	88
Graf 14: Bodový graf korelace skóre v BOBR a v SSI.....	89
Graf 15: Krabicový graf zobrazující rozdíly mezi kategoriemi BMI v subškále Přehodnocení.....	90
Graf 16: Krabicový graf zobrazující rozdíly mezi kategoriemi BMI v subškále Odpojení.....	92
Graf 17: Bodový graf korelace hrubého skóre v SSI a v subškále Přehodnocení.....	94
Graf 18: Bodový graf korelace hrubého skóre v SSI a v subškále Odpojení.....	95
Graf 19: Krabicový graf zobrazující rozdíly mezi kategoriemi BMI ve WBIS-M.....	96
Graf 20: Rozdíly v hrubém skóru mezi pohlavími ve WBIS-M.....	98
Graf 21: Bodový graf korelace hrubého skóre v SSI a WBIS-M.....	99
Graf 22: Bodový graf korelace hrubého skóre v subškále Přehodnocení a WBIS-M.....	100
Graf 23: Bodový graf korelace hrubého skóre v subškále Odpojení a WBIS-M.....	101
Graf 24: Bodový graf korelace diskrepance mezi reálnou a ideální postavou a hrubého skóre ve WBIS-M.....	102
Obrázek 1: Sebeposuzovací vizuální škála BOBR.....	61
Tabulka 1: Klasifikace hmotnosti na základě hodnoty BMI.....	10

Tabulka 2: Přehled 12 celosvětově nejvíce postižených zemí obezitou dle populace.....	12
Tabulka 3: Přehled 10 evropských zemí bojujících s obezitou dle populace	12
Tabulka 4: Subškály a ukázkové položky metody Krátký CRI.....	58
Tabulka 5: Deskriptivní charakteristiky souboru mužů a žen z hlediska věku.....	63
Tabulka 6: Rozložení BMI mezi respondenty (n = 690)	63
Tabulka 7: Rozložení BMI mezi respondenty po odstranění osob bez zkušeností se stigmatizujícími situacemi (n = 601)	64
Tabulka 8: Interpretace korelačního koeficientu	68
Tabulka 9: Interpretace éty na druhou	68
Tabulka 10: Faktorové náboje (krátká verze SSI)	70
Tabulka 11: Deskriptivní statistické hodnoty subškál Krátkého CRI.....	70
Tabulka 12: Deskriptivní statistické hodnoty subškál Krátkého CRI.....	71
Tabulka 13: Faktorové náboje (Krátký CRI).....	72
Tabulka 14: Faktorové náboje (WBIS-M).....	73
Tabulka 15: Absolutní četnost jednotlivých odpovědí v metodě BOBR (n = 420).....	75
Tabulka 16: Absolutní četnost jednotlivých odpovědí v metodě BOBR (n = 401).....	75
Tabulka 17: Četnost stigmatizujících situací u lidí s vyšší tělesnou hmotností (n = 401)...	77
Tabulka 18: Četnost užívání copingových strategií u lidí s vyšší tělesnou hmotností (n = 401)	79
Tabulka 19: Četnost interpersonálních zdrojů stigmatizace (n = 401)	81
Tabulka 20: Přehled základních hodnot u kategorií BMI v metodě SSI	84
Tabulka 21: Rozdíly v SSI mezi kategoriemi BMI	86
Tabulka 22: Přehled základních hodnot u kategorií BMI v subškále Přehodnocení	90
Tabulka 23: Rozdíly v subškále Přehodnocení mezi kategoriemi BMI	91
Tabulka 24: Přehled základních hodnot u kategorií BMI v subškále Odpojení	91
Tabulka 25: Rozdíly v subškále Odpojení mezi kategoriemi BMI	93
Tabulka 26: Přehled základních hodnot u kategorií BMI v metodě WBIS-M	96
Tabulka 27: Rozdíly v subškále Odpojení mezi kategoriemi BMI	97
Tabulka 28: Přehled závěrů ze statistického ověřování hypotéz	103
Tabulka 29: Korelace	105
Tabulka 30: Korelace – pokračování	106
Tabulka 31: Výsledky zpětné krokové regresní analýzy	107

SEZNAM ZKRATEK

AUC = Area Under Curve

BDI-II = Beckova škála deprese

BMI = body mass index (index tělesné hmotnosti)

BOBR = Basic Olomouc Body Rating (Základní olomoucká škála k posouzení postav)

CRI = Coping Responses Inventory

EASO = The European Association for the Study of Obesity (Evropská asociace pro studium obezity)

HBSC studie = The Health Behavior in School-aged Children

M = průměr

MIDUS = National Survey of Midlife Development in the United States (Národní průzkum vývoje středního věku ve Spojených státech)

SD = směrodatná odchylka

SSI = Stigmatizing Situations Inventory (Inventář stigmatizujících situací)

STOB = Stop obezitě

WBI = Weight Bias Internalization (internalizace předpojatosti vůči obezitě)

WBIS = Weight Bias Internalization Scale (Modifikovaná škála internalizace předpojatosti spojené s váhou)

WBIS-M = Weight Bias Internalization Scale – Modified (Modifikovaná škála internalizace předpojatosti spojené s váhou)

WHO = World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

PŘÍLOHY

Seznam příloh:

1. Abstrakt v českém jazyce
2. Abstrakt v anglickém jazyce
3. Úvodní část dotazníkové baterie

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Zkušenosti osob s vyšší hmotností se stigmatizací

Autor práce: Bc. Markéta Kostková

Vedoucí práce: PhDr. Miroslav Charvát, Ph.D.

Počet stran a znaků: 146 stran, 252 612 znaků

Počet příloh: 3

Počet titulů použité literatury: 197

Abstrakt:

Cílem diplomové práce je zmapování zkušeností české dospělé populace s hmotnostní stigmatizací, zmapování copingových strategií a míry internalizace předsudků vůči obezitě s důrazem na osoby s vyšší tělesnou hmotností. Jsou zjišťovány vzájemné vztahy, rozdíly mezi vybranými proměnnými (pohlaví, věk, BMI) a souvislosti s výskytem deprese. Byl realizován kvantitativní výzkum, kterého se účastnilo 690 respondentů ve věku 18–63 let. Vytvořili jsme online dotazníkovou baterii skládající se ze sociodemografických položek, z metod Inventář stigmatizujících situací – krátká verze (SSI-krátká verze), Krátký inventář copingových strategií (Krátký CRI), Modifikovaná škála internalizace předpojatosti spojené s váhou (WBIS-M), Škála interpersonálních zdrojů stigmatizace na základě hmotnosti, Beckova škála deprese (BDI-II), Základní olomoucká škála k posouzení postav (BOBR), dále z otázek na hmotnostní stigmatizaci v médiích a z otázek na tělesnou hmotnost a výšku k výpočtu BMI. První tři nástroje jsme převáděli do českého jazyka. Všechny prokázaly dobré psychometrické vlastnosti. Z celkového počtu 14 hypotéz jsme jich přijali 11. Výsledky práce poukazují na přítomnost hmotnostní stigmatizace (95,5 % osob s vyšší tělesnou hmotností). Jako nejčastější zdroje tohoto druhu stigmatizace se ukázaly být spolužáci (60,9 %), členové rodiny (59,6 %) a lékaři (51,4 %). Prokázaly se rozdíly mezi pohlavím a kategoriemi BMI v těchto zkušenostech, v copingových strategiích (především maladaptivních) i internalizaci předsudků vůči obezitě. Problematika hmotnostní stigmatizace je vážnější u žen a u osob s vyšším BMI. Jako prediktor výskytu deprese se ukázalo být užívání adaptivních a maladaptivních copingových strategií a spokojenost se svou postavou.

Klíčová slova: obezita, stigmatizace na základě hmotnosti, internalizace předpojatosti spojené s váhou, copingové strategie, deprese

ABSTRACT OF THESIS

Title: Stigma experiences among persons with higher body weight

Author: Bc. Markéta Kostková

Supervisor: PhDr. Miroslav Charvát, Ph.D.

Number of pages and characters: 146 pages, 252 612 characters

Number of appendices: 3

Number of references: 197

Abstract:

The aim of the thesis is to map the weight-stigma experiences of Czech adult population, coping strategies and weight-bias internalization with emphasis on people with higher body weight. Correlations, differences between selected variables (gender, age, BMI) and associations with the occurrence of depression were investigated. A quantitative survey was conducted with 690 respondents aged 18–63 years. We created an online questionnaire battery consisting of socio-demographic items, the Stigmatizing Situations Inventory-Brief Version (SSI-Brief Version), the Brief Coping Responses Inventory (Brief CRI), the Weight Bias Internalization Scale-Modified (WBIS-M), Interpersonal Sources of Weight Stigma Scale, the Beck Depression Inventory (BDI-II), the Basic Olomouc Body Rating (BOBR), and of questions on weight-stigma in the media and questions on body weight and height to calculate BMI. The first three instruments were translated into the Czech. All of them showed good psychometric properties. We accepted 11 of the 14 hypotheses. The results of the work indicate the presence of weight stigma (95.5% of people with higher body weight). The most frequent sources of this type of stigma were classmates (60.9%), family members (59.6%) and doctors (51.4%). Differences between gender and BMI categories were found in these experiences, in coping strategies (mainly maladaptive) and in the weight bias internalization. The issue of weight stigma is more severe in women and in those with higher BMI. The use of adaptive and maladaptive coping strategies and satisfaction with one's figure emerged as predictors of depression.

Key words: obesity, weight stigmatization, weight bias internalization, coping strategies, depression

Zkušenosti se stigmatizací na základě váhy

Dobrý den,

jmenuji se Markéta Kostková a jsem studentkou 2. ročníku navazujícího magisterského studia psychologie na Univerzitě Palackého v Olomouci. V rámci své diplomové práce se věnuji tématu **zkušenostem stigmatizace na základě váhy**. Prosím o pomoc ve formě vyplnění dotazníkové baterie.

Jedná se o zkušenosti posměchu, narážek a dalších podobných zážitků mířících na lidi s vyšší tělesnou hmotností, čímž může docházet ke snižování jejich sebehodnoty. Tyto zážitky mohou mít následně významný dopad na duševní pohodu s přesahem na fyzické zdraví.

Téma vnímám jako důležité a zároveň poněkud opomíjené. Mojí snahou je zjistit, jaká situace panuje v České republice, na kolik se tento jev objevuje a jaké jsou souvislosti s různými proměnnými. Na základě toho pak mohou probíhat intervence s cílem změnit stávající situaci. Z výsledků mohou čerpat organizace a kampaně zaměřující se na téma stigmatizace na základě hmotnosti.

Hledám osoby ve věkové kategorii **18–64 let**. Vyplnění dotazníku Vám zabere kolem **10 minut**.

Účast na výzkumu je **dobrovolná**, lze z něj kdykoli odstoupit. Prosím o maximální upřímnost. Odpovědi nejsou hodnoceny, jde o prozkoumání problematiky stigmatizace na základě váhy v různých souvislostech. Veškeré údaje zůstávají **anonymní**.

Předem velice děkuji za Váš čas a ochotu podílet se na výzkumu.

Markéta Kostková

Kdybyste měli jakékoli otázky, neváhejte se obrátit na mailovou adresu marketa.kostkova02@upol.cz