

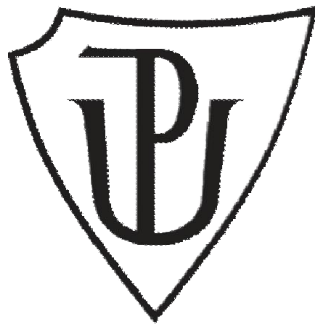
Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

**SEBEPOJETÍ DOSPÍVAJÍCÍCH S DIAGNÓZOU  
OBEZITA (E66)**

Self-Concept of Adolescents with Obesity Diagnosis (E66)



**Magisterská diplomová práce**

Autor: Pavlína Šutová

Vedoucí práce: PhDr. Radko Obereignerů, Ph.D.

Olomouc

2015

### **Prohlášení**

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma: „Sebepojetí dospívajících s diagnózou obezita (E66)“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 24. 3. 2015

Podpis .....

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucímu mé magisterské diplomové práce panu PhDr. Radku Obereignerů, Ph.D. za jeho odbornou asistenci a konstruktivní připomínky. Rovněž bych chtěla poděkovat panu Ing. Rostislavovi Pumprlovi managerovi zdravotních služeb a vrchní sestře paní Marii Krátké při Státních léčebných lázních Bludov, s.p., paní ředitelce MŠ a ZŠ Bludov Mgr. Dagmar Skoumalové, paní ředitelce Dětské léčebny Křetín MUDr. Kateřině Bednaříkové a její vrchní sestře Mgr. Jarmile Prudilové a všem respondentům za jejich vstřícnost, ochotu a čas, neboť bez nich by realizace výzkumu nebyla možná. V neposlední řadě také děkuji mé rodině za trpělivost a podporu při mém studiu.

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

---

- BEH subškála Přizpůsobivost Škály sebepojetí u dětí Piers-Harris 2
- BMI Index tělesné hmotnosti
- cm centimetr
- d Cohenovo d
- dg. diagnóza
- E66 diagnóza Obezita – otylost dle desáté revize Mezinárodní klasifikace nemocí
- ESF Evropský sociální fond
- FFPI-C Pětifaktorový osobnostní inventář pro děti
- FRE subškála Nepodléhání úzkosti Škály sebepojetí u dětí Piers-Harris 2
- HAP subškála Štěstí a spokojenost Škály sebepojetí u dětí Piers-Harris 2
- INC Index inkonzistentních odpovědí Škály sebepojetí u dětí Piers-Harris 2
- INT subškála Intelektové a školní postavení Škály sebepojetí u dětí Piers-Harris 2
- kg kilogram
- n počet respondentů
- PAQ Rohnerova škála sebehodnocení dítěte
- PASCI The Personal and Academic Self-Concept Inventory
- PHCSCS-2 Škála sebepojetí u dětí Piers-Harris 2
- PHY subškála Fyzický zjev Škály sebepojetí u dětí Piers-Harris 2
- POP subškála Popularita Škály sebepojetí u dětí Piers-Harris 2
- RES Index předpojatosti Škály sebepojetí u dětí Piers-Harris 2
- Sm. odchylka směrodatná odchylka
- SPAS Dotazník sebepojetí školní úspěšnosti dětí
- TOT Celkový skóre Škály sebepojetí u dětí Piers-Harris 2

# OBSAH

---

<b>ÚVOD</b> .....	7
<b>TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	8
<b>1. Sebepojetí</b> .....	9
1.1 Definice sebepojetí.....	9
1.2 Počátky vědeckého zkoumání sebepojetí.....	11
1.3 Současný výzkum sebepojetí.....	14
1.4 Metody výzkumu sebepojetí.....	18
1.4.1 Dotazníky.....	18
1.4.2 Posuzovací stupnice.....	19
<b>2. Vývojová specifika dospívání</b> .....	21
2.1 Tělesný vývoj.....	22
2.2 Vývoj sebepojetí.....	25
2.2.1 Vlastní tělo jako součást sebepojetí dospívajících.....	27
2.3 Socializace.....	27
<b>3. Obezita</b> .....	30
3.1 Definice obezity.....	30
3.2 Stanovení obezity u dětí a dospívajících dle BMI.....	31
3.3 Psychosociální aspekty obezity.....	35
<b>VÝZKUMNÁ ČÁST</b> .....	38
<b>4. Výzkumný problém, cíle práce</b> .....	39
<b>5. Testované hypotézy</b> .....	41
<b>6. Metody získávání dat, průběh výzkumu</b> .....	42
6.1 Škála sebepojetí u dětí Piers-Harris 2 (PHCSCS-2).....	44
6.2 Etické zásady výzkumu.....	47
<b>7. Výzkumný soubor</b> .....	49
7.1 Kontrolní skupina běžné populace dospívajících.....	52
<b>8. Zpracování dat</b> .....	54
<b>9. Výsledky výzkumu</b> .....	56
9.1 Testování hypotézy H1.....	56
9.2 Testování hypotézy H2.....	57
9.3 Testování hypotézy H3.....	58

9.4 Testování hypotézy $H_4$	59
9.5 K platnosti hypotéz	60
<b>10. Diskuze</b>	<b>62</b>
<b>11. Závěr</b>	<b>68</b>
<b>SOUHRN</b>	<b>69</b>
<b>LITERATURA</b>	<b>73</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH</b>	<b>77</b>
<b>PŘÍLOHY</b>	<b>i</b>

## ÚVOD

---

Současný životní styl vyznačující se nedostatkem fyzického pohybu a naopak zvýšeným příjmem snadno dostupné a energeticky bohaté potravy způsobil, že čím dál více jedinců trpí obezitou. Tento velmi rozšířený fenomén postihuje nejen dospělou populaci, ale i děti a dospívající. Obezita je nemoc charakteristická nadměrným množstvím tělesného tuku na úrovni, která pro jedince představuje zvýšené zdravotní riziko a současně viditelně mění jeho fyzický vzhled a proporce.

Dospívání je jedno z nejvýznamnějších vývojových období v životě člověka, kdy se z dítěte stává dospělý jedinec. Tento proces je podmíněn řadou tělesných, hormonálních, psychických a sociálních změn, které u dospívajícího vedou k nejistotě se sebou samým a k hledání nové identity. Obézní vzhled může být pod vlivem snahy dosáhnout obecně přijímaného ideálu krásy vnímán jako stigma. Tato myšlenka vede k otázce, jaký má diagnóza obezita na sebepojetí dospívajícího jedince vliv, zda se sebepojetí dospívajících s diagnózou obezita významně liší od sebepojetí jejich vrstevníků.

Cílem této práce je vymezit pojem sebepojetí s ohledem na počátky a současnost jeho vědeckého zkoumání; popsat vývojová specifika dospívání se zaměřením na tělesný vývoj, vývoj sebepojetí a proces socializace a definovat diagnózu obezita (E66) společně s nastíněním jejího psychosociálního dopadu na jedince. Tato tři stěžejní témata představují teoretická východiska pro kvantitativní výzkum realizovaný prostřednictvím standardizovaného dotazníku Škála sebepojetí u dětí Piers-Harris 2, jehož cílem je zjistit, zda se úroveň sebepojetí dospívajících s diagnózou obezita statisticky významně liší od běžné populace dospívajících. Tento výzkum probíhal v rámci projektu Evropského sociálního fondu (ESF) *Rozvoj a podpora kvality ve vzdělávání* č. CZ.1.07/1.1.38/02.0034, který je realizován Krajskou pedagogicko-psychologickou poradnou a Zařízením pro další vzdělávání pedagogických pracovníků ve Zlíně ve spolupráci s Filozofickou fakultou Univerzity Palackého v Olomouci a Pedagogickou fakultou Ostravské univerzity v Ostravě.

# TEORETICKÁ ČÁST



# 1. Sebepojetí

*„Sebepojetí je základem jáství člověka, je souhrnem názorů na sebe, na své místo ve světě, a v tomto smyslu je souhrnem pocitů, jimiž prožíváme spokojenost nebo nespokojenost se sebou, větší nebo menší sebedůvěru, sebeúctu a vliv na druhé. Sebepojetí je také uvědomování si svých osobnostních charakteristik, často zkresleně nebo stylizovaně se záměrem vyvolat o sobě v druhých určitý dojem. Do struktury sebepojetí patří i úroveň sebemonitorování a sebe prezentace a místo ovládnutí. Ze sebepojetí vyrůstá charakter člověka“ (Smékal, 2007, 368).*

## 1.1 Definice sebepojetí

Od začátku vědeckého zkoumání neexistuje pro označení jevů vnitřního světa člověka, které se týkají prožívání vlastní osobnosti a uvědomování si sebe sama jako osobnosti, jednotná terminologie. Historií této problematiky se vinou dva anglické termíny ‚I‘ a ‚self‘ (‚me‘) a psychoanalýzou zavedený termín ‚Ego‘. Čeština ale pro tyto pojmy doposud nenalezla adekvátní ekvivalenty. ‚I‘ lze jednoduše přeložit jako ‚já‘ a ‚self‘ (‚me‘) jako ‚sebe‘, ‚sám‘ či ‚mé‘. Pro pojem ‚self‘ (‚me‘) se však poslední dobou stále častěji objevují termíny jako ‚Ego-systém‘, ‚Ego-koncepce‘, ‚sebepojetí‘, ‚sebeobraz‘ či ‚představa vlastního já‘ neboli ‚sebeuvědomění‘. Antonín Heveroch, jeden ze zakladatelů moderní české psychiatrie, prosazoval pro označení všech aspektů Já pojem ‚jáství‘. V jáství prožíváme svou osobnost, kterou pociťujeme při všech svých psychických projevech i při tělesných pocitech. Prožívané Já se někdy označuje jako fenomenální Já, proti němuž se staví vysouzené Já neboli sebepojetí (Smékal, 2007). Termín sebepojetí je zde tak používán v širším významu, a to ve smyslu Já jako objekt (Macek, 2008).

Zastánci pojetí Já jako systému naopak preferují termín ‚jáský-systém‘ (self-system), který zahrnuje jak procesuální, tak strukturální stránku ‚jáství‘ i dynamiku jejich vzájemného ovlivňování (Blatný, 2010). Macek (2008) v této souvislosti předkládá k souhrnnému označení všech aspektů sebereflexe pojem ‚sebesystém‘. Sebepojetí v tomto případě tvoří kognitivní aspekt sebesystému – Já. Hartl, Hartlová (2010) definují stěžejní pojmy takto:

**já** (*self, I, myself*) – aktivní, činná nebo reflektující složka osobnosti; souhrn osobní zkušenosti; organizovaný, integrovaný celek duševního života (234);

**self** (*self*) – vnímané, reflektované, poznávané já, protějšek aktivního poznávajícího já; odpověď na otázky: kdo jsem? co dokážu? (518);

**jáství** (*I, self*) – termín A. Heverocha z r. 1919 pro uvědomování si sebe samého, svého já; pro objektivní popis jáství se častěji používá pojem osobnost (234);

**sebeпоjetí** (*self-concept*) – vytváření úsudku o sobě, jenž má hodnotící a popisný rozměr; na rozdíl od sebehodnocení je v sebeпоjetí zdůrazněna kognitivní složka (515).

Obecně lze v psychologii sebeпоjetí definovat jako „souhrn představ a hodnotících soudů, které člověk o sobě chová“ (Blatný, & Plháková, 2003, 92). Každý z autorů jej definuje z hlediska jiných teoretických a metodologických přístupů. Jednotná a všeobecně uznávaná definice však neexistuje (Blatný, 2001).

„Sebeпоjetí je hypotetický konstrukt, kterým se snažíme popsat obsah vědomí vztahovaný k vlastnímu já“ (Macek, 2008, 96).

„Sebeпоjetí se týká celkového pojetí vlastní osoby. Zahrnuje prvky kognitivní, emocionální i činnostně regulativní. Vychází z vlastních zkušeností i z názorů druhých a je jakýmsi subjektivním obrazem vlastní osoby“ (Fialová, 2001, 21).

„V nejširším smyslu je sebeпоjetí (*self-concept*) jedincova percepce sebe samého. Tyto percepce se utvářejí prostřednictvím jeho zkušeností s prostředím ... a jsou ovlivněny především posílením prostředí a významnými druhými“ (Shavelson, Hubner, & Stanton, 1976, 411).

Psychologie se zabývá sebeпоjetím ze tří úzce souvisejících hledisek. Zaprvé z hlediska procesu formování sebeпоjetí, kdy zkoumá jednak obecné principy a faktory utváření sebeпоjetí, jednak problém definování vlastního Já neboli vytváření vlastní identity. Zadruhé z hlediska sebeпоjetí jako produktu procesu sebeuvědomění, kdy studuje jednak jeho znaky jako psychické struktury, jednak jeho funkce v duševní činnosti člověka a v seberegulaci. Zatřetí z hlediska funkcí sebeпоjetí v psychické regulaci chování (Blatný, 2010).

Někteří autoři považují sebeпоjetí za postoj k sobě samému. Z tohoto hlediska lze sebeпоjetí, stejně jako postoj, charakterizovat třemi aspekty. Jedná se o aspekt kognitivní, který se týká obsahu a struktury sebeпоjetí, aspekt afektivní (emoční), týkající se

emocionálního vztahu k sobě – sebehodnocení, a aspekt konativní, neboť sebepojetí se též uplatňuje v regulaci chování (Blatný, & Plháková, 2003).

## 1.2 Počátky vědeckého zkoumání sebepojetí

Již v 17. století kladli významní filozofové jako René Descartes, David Hume či John Locke ve svých odborných pracích důraz na „Já“ jako základní součást vědomí (Hayesová, 2009). Na tuto myšlenku navázal v 19. století William James, který je považován za zakladatele psychologie Já (Blatný, & Plháková, 2003). Ten ve své monografii *Principy psychologie* (*The Principles of Psychology*) jako první publikoval obsažnou studii o jáství (Smékal, 2007). V ní mj. rozlišil dva aspekty Já: Já jako *subjekt* duševní činnosti, činitel duševního života, poznávajícího Já (*self as knower*) a Já jako *objekt* duševní činnosti, obraz činného Já (*self as known*). Angličtina navíc Jamesovi umožnila tuto dualitu Já podchytit i pojmově – Já jako subjekt označuje „I“, zatím co Já jako objekt označuje „Me“ (Blatný, & Plháková, 2003). Toto rozdělení vysvětluje James (1992, 174) skutečností, že „*at' už myslím na cokoliv, jsem si vždy méně či více vědom sám sebe, své osobní existence, současně jsem to ale Já, kdo si je vědom*“. Sám James si však uvědomoval, že takové rozdělení Já lze provést pouze na teoretické úrovni. Považoval jej ale za důležité, neboť mu umožňovalo vymezit oblast přístupnou pro empirický výzkum („*Me-self*“ – oblast, kterou dnes označujeme právě jako *sebepojetí*) a přesněji definovat vědomí jako psychologickou kategorii (Blatný, & Plháková, 2003).

James (1890) o empirickém *self* či „Me“ uvažoval jako o sumě všeho, co může daný jedinec označit za své vlastní (*his*), neboť všechny tyto věci v něm vyvolávají stejné emoce, třebaže jiné intenzity. Z tohoto hlediska James rozlišil tři složky empirického Já: materiální Já, sociální Já a duchovní Já.

*Materiální Já* zahrnuje kromě našeho těla také veškerý náš hmotný majetek a osobní věci. Jedná se především o naše oblečení, které si přivlastňujeme a se kterým se identifikujeme, naše nejbližší příbuzné i náš domov. *Sociální Já* tvoří zpětná vazba, kterou jedinec získává od druhých lidí. Na základě toho James předpokládá, že jedinec má tolik sociálních Já, kolik odlišných skupin jedinců, na jejichž názoru mu záleží, zná. Každé skupině pak má tendenci ukazovat právě to sociální Já, které je v souladu s představami jejich členů (James, 1890). Významným kritériem rozmanitosti sociálních Já je jejich

konzistence (Blatný, & Plháková, 2003). Pokud nejsou jednotlivá sociální Já v souladu, dochází k tzv. disonantnímu štěpení (discordant splitting), kdy se jedinec bojí projevit před jednou skupinou tak, jak jej zná skupina jiná (James, 1890). *Duchovní Já* představuje jedincovo niterní či subjektivní bytí, veškeré stavy vědomí, psychické vlohy a dispozice, které jsou nejtrvalejší a nejintimnější částí self. Ty se mohou kdykoli stát objektem našeho myšlení a podnítit tak řadu emocí. Čím intenzivnější pocity stavy vědomí vyvolají, tím centrálnější část duchovního Já tvoří (James, 1890, 1992).

Jednotlivé složky empirického self jsou hierarchicky uspořádány z hlediska jejich osobního významu a závažnosti. Základnu tvoří materiální Já, následuje sociální Já a duchovní Já, které představuje nejvyšší úroveň (Blatný, & Plháková, 2003). V jedinci všechny tři složky vzbuzují pocity a emoce vůči sobě samému, které vedou k sebehodnocení (self-appreciation) a podněcují jednání zaměřené na sebeochranu (self-preservation) a seberozvoj (self-seeking) (James, 1992).

K výzkumu sebepojetí jako další přispěli Charles H. Cooley a George H. Mead, symboličtí interakcionisté, kteří při utváření Já (self) zdůrazňovali vliv sociálních interakcí. Já je podle nich především sociální konstrukcí, která vzniká primárně v průběhu symbolických, a to hlavně jazykových, interakcí (Blatný, & Plháková, 2003).

Charles H. Cooley (1902) klade důraz na sociální aspekt empirického self. Podle něj se Já utváří zrcadlením představ druhých lidí o naší osobě. Takto vzniklé Já symbolicky nazval *zrcadlové Já* (looking-glass self). Já je naše představa o mínění druhých lidí o našem vzhledu, vystupování, motivech, činech, charakteru, přátelích atd. Během dospívání si názory druhých zvnitřňujeme do stálé psychické struktury (Blatný, & Plháková, 2003). Tuto představu sebe (self-idea) podle Cooleyho (1902) tvoří tři základní prvky: 1. představa toho, jak se druhému jevíme; 2. představa toho, jak druhý, to jak se mu jevíme, hodnotí; 3. pocit k sobě (self-feeling), jako je hrdost či ponížení. Tento třetí prvek byl později označen jako sebeúcta (Smékal, 2007). To, co v nás vyvolává konkrétní pocity určité intenzity, však není samotný mechanický odraz představ druhého, ale cit, postoj, který do něj tato osoba vkládá. Čím více si tohoto člověka vážíme, tím větší vliv na nás jeho mínění má (Cooley, 1902).

George H. Mead (1934) zdůrazňuje význam sociální interakce ještě více, a to především prostřednictvím jazyka, který považuje za nezbytný pro vývoj Já (self). Lidé podle něj nereagují na konkrétní osoby v konkrétních situacích, ale přejímají postoje

k sobě od generalizované skupiny důležitých osob sdílejících určitý společenský pohled (Blatný, & Plháková, 2003). Tato sociální skupina, která sjednocuje jedincovo Já (self), by se mohla dle Meada (1934) nazývat *zobecněný druhý* (generalized other). Postoj zobecněného druhého odpovídá postoji celé komunity (Mead, 1934). Dítě si osvojuje postoje druhých lidí k sobě prostřednictvím vývojových fází, které Mead označuje jako hraní si (play) a hra (game). První fáze, která předchází organizované hře, je hraní si na něco, v níž dítě imituje role dospělých. Teprve ve druhé fázi, hra, si dítě začne osvojovat pravidla sociální interakce a uvědomovat si existenci rozmanitých rolí ostatních hráčů, které je nezbytné respektovat. Organizované reakce ostatních se pak stanou zobecněným druhým, který v rámci sebepojetí představuje složku kontroly našeho chování (Blatný, & Plháková, 2003).

Přínos Jamese, Cooleyho a Meada je nepopíratelný, neboť i nyní jsou jejich poznatky východiskem současného výzkumu sebepojetí (Blatný, & Plháková, 2003). V průběhu 20. století s rozvojem různých psychologických směrů se problematikou Já zabývala řada autorů. Za zmínku stojí Sigmund Freud, jenž ve svém strukturálním modelu lidské psychiky označuje Já jako Ego, které se pokouší vypořádat s tlaky z Id i s požadavky vnějšího světa. Na něj navázal Heinz Hartmann, zakladatel ego-psychologie. Ten předpokládá, že funkcí Já je testování a uvědomování si reality, regulace pudů a vytváření objektních vztahů. Heinz Kohut, zakladatel psychologie self, považuje za důležitou složku osobnosti kromě Id, Ega a Superega ještě self, které je subjektivním pojetím a prožíváním toho, kdo jsem a jakou mám hodnotu (Plháková, 2006).

Teorii osobnosti z fenomenologické perspektivy vypracovali ve 40. letech 20. století dva američtí psychologové Donald Snygg a Arthur W. Combs. Ti považují sebepojetí (self-concept) za poměrně stabilní jádro jevového Já, jež tvoří vnitřní část vjemového pole (phenomenal self). Jevové Já představuje způsob, jak se lidé vnímají v různých sociálních situacích, jichž se účastní, a tudíž se od jedné situace k druhé mění. Sebepojetí má vliv na duševní zdraví či nemoc jedince. Známkou duševního zdraví je pozitivní sebepojetí, naopak negativní sebepojetí poukazuje na maladaptaci, depresi či sociopatické chování (Combs, & Snygg, 1959, in Drapela, 2008).

Carl R. Rogers, představitel humanistické psychologie, předpokládá, že sebepojetí vzniká v důsledku internalizace podmínek hodnoty (conditions of worth), které vznikají na základě interakce s druhými lidmi. Lidé potřebují dostávat od druhých pozitivní zpětnou vazbu a rozvíjet svůj potenciál a schopnosti (potřeba sebeaktualizace). Duševně zdraví

jedinec pozitivní zpětnou vazbu alespoň od jedné osoby získal, což mu umožnilo cítit se bezpečně a rozvíjet své nadání či schopnosti. To se také projevilo v jeho sebepojetí, které se příliš neliší od ideálního Já. Naopak u jedince, který pozitivní zpětnou vazbu získal pod podmínkou, že se bude chovat schvalovaným způsobem, vznikl velký rozdíl mezi ideálním a skutečným Já, přičemž jejich vzájemné srovnávání vede k nízké sebeúctě (Rogers, 1961, in Hayesová, 2009).

### 1.3 Současný výzkum sebepojetí

Významný posun v teorii i metodologii výzkumu sebepojetí přinesla 80. léta 20. století (Blatný, 2001). Zásadní změnou oproti 60. létům bylo především to, že se na sebepojetí přestalo nahlížet jako na globální, celistvou představu sebe, konzistentní v čase i situacích. Nejednalo se však o vznik radikálně nového přístupu, ale spíše o zdůrazňování určitých aspektů sebepojetí (Blatný, & Plháková, 2003). Mnoho tehdy provedených výzkumů se zaměřilo jednak na obsah a strukturu sebepojetí, jednak na to, jakou roli hraje sebepojetí v seberegulaci a v rámci intrapersonálních a interpersonálních procesů (Blatný, 2001). Přínos těchto studií spočíval především ve zjištění, že na sebepojetí nemůže být nahlíženo jako na jednotnou, neměnnou entitu a že fungování sebepojetí je závislé na Já-motivech (self-motives) (např. sebeaktualizace, udržování konzistence) a na konfiguraci bezprostředních sociálních situací. Významné bylo také pochopení, že sebepojetí nelze vyvozovat z komplexní činnosti, neboť chování jedince je podmíněno mnoha dalšími faktory (Markus, & Wurf, 1987). Při jeho zkoumání je proto nezbytné se zaměřit na jemněji strukturované chování (Blatný, 2001).

Nejdůležitějšími znaky, které podle současného pohledu charakterizují sebepojetí jako celek, jsou multifacetovost, hierarchické uspořádání, dynamika a provázanost procesuální a strukturální stránky Já, neboli jáský systém, jenž byl popsán v kapitole 1.1 (Blatný, & Plháková, 2003). Dle Shavelson et al. (1976) jsou charakteristickými znaky sebepojetí strukturovanost, multifacetovost, hierarchická uspořádanost, stabilita, schopnost vyvíjet se, schopnost hodnotit a odlišitelnost.

### ***Multifacetové sebepojetí***

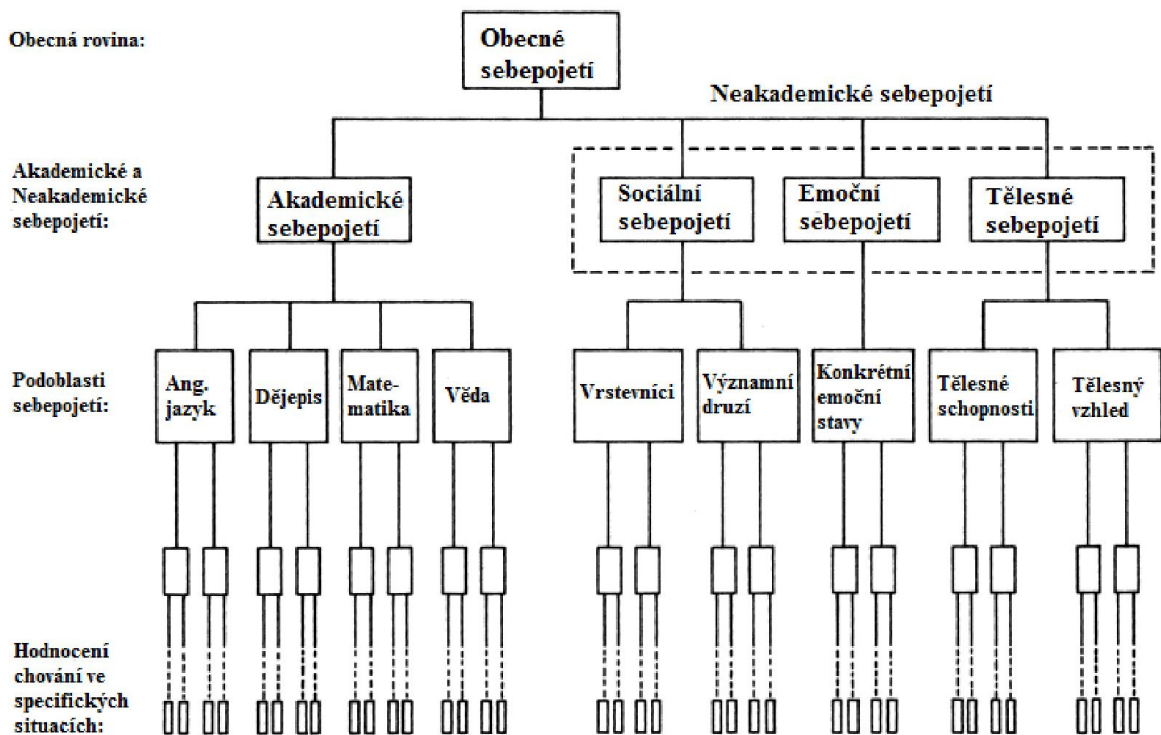
Termín ‚multifacetovost‘ vyjadřuje skutečnost, že sebepojetí je tvořeno množstvím odlišných mentálních reprezentací Já, označovaných různými autory jako percepce, obrazy, schémata či prototypy, které tvoří určitý systém nebo (strukturovaný) prostor významů vztahovaných k Já (Blatný, 2001). Jednotlivé reprezentace Já se v mnoha aspektech liší. Jedná se o kategorie, jako jsou jejich významnost, pozitivita či negativita, lokalizace v čase (reprezentace minulého, současného či budoucího Já) a možnost uskutečnění (reprezentace skutečného Já a ideálního Já) (Markus, & Wurf, 1987).

### ***Hierarchické sebepojetí***

Hierarchické uspořádání sebepojetí koreluje s jeho multifacetovou strukturou. V současné době stále platí teorie C. D. Cooleyho a G. H. Meada, podle nichž se sebepojetí utváří jednak na základě závěrů, které si lidé vytvářejí o svých postojích a dispozicích během pozorování vlastní činnosti, jednak na základě učení prostřednictvím sociálního srovnávání a vzájemné interakce se sociálním prostředím. Sebe­pojetí jsou tedy generalizované poznatky o sobě, které jsou hierarchicky uspořádány dle míry abstrakce od konkrétních prvků až po obecné kategorie (Blatný, & Plháková, 2003).

Shavelson et al. (1976) uvádějí příklad, jak by hierarchické uspořádání sebepojetí mohlo vypadat (viz schéma č.1). Na vrcholu je obecné sebepojetí (general self-concept), které se dělí na akademické sebepojetí (academic self-concept) a neakademické sebepojetí (nonacademic self-concept) sociální, emoční a tělesné (social, emotional, physical self-concept). Oba typy se dále dělí do podoblastí, které vyúsťují v hodnocení chování ve specifických situacích.

**Schéma č.1:** Hierarchické uspořádání sebepojetí (Shavelson et al., 1976, 413)



### ***Dynamické sebepojetí***

Sebepojetí jako konstrukt s multifacetovou strukturou má i svoji dynamickou stránku (Blatný, 2001). Jelikož není možné, aby všechny existující reprezentace Já byly dostupné v jednom okamžiku, byla vytvořena koncepce tzv. *aktivovaného sebepojetí* (working self-concept) (Markus, & Wurf, 1987). V závislosti na situaci je jedna reprezentace Já aktivizována a v tu chvíli plní funkci centrální, řídicí struktury sebepojetí (Blatný, & Plháková, 2003).

### ***Další aspekty sebepojetí***

V 90. letech se vědci začali zabývat dalšími aspekty sebepojetí, které jej charakterizují jako celek. Pozornost zaměřili na komplexitu Já, jasnost sebepojetí a stabilitu sebehodnocení (Blatný, 2001).

Komplexitou Já (self-complexity) Linville (1985) označuje množství jednotlivých reprezentací Já a jejich vzájemnou provázanost. Míru komplexity Já dává autorka do souvislosti s emočními reakcemi a sebehodnocením. Tvrdí, že čím méně komplexní kognitivní reprezentace Já jsou, tím extrémnější budou jedincovi emoční reakce a



sebehodnocení. Naopak vysoká míra komplexity Já umožňuje jedinci jednotlivé aspekty Já rozlišovat. To ho činí odolnějším vůči každodenním stresujícím událostem, neboť si je schopen zachovat pozitivní pocity vůči ostatním aspektům Já, které následně působí jako „tlumič“ (buffer) negativních myšlenek o dalších aspektech Já. Nízká míra komplexity Já tak činí jedince náchylnějším k depresi, zatím co vysoká míra komplexity i v tomto případě působí jako „tlumič“.

Jasnost sebepojetí vyjadřuje dle Campbell et al. (1996) do jaké míry jsou obsahy jedincova sebepojetí přesvědčivě definovány, vnitřně konzistentní a stabilní v čase. Souvisí s dobrým sebepoznáním a vede tak k větší sebejistotě a pozitivnímu postoji k sobě (Blatný, 2001). Jasnost a další strukturální proměnné (např. komplexita Já) jsou na obsahu sebepojetí teoreticky nezávislé. To znamená, že jednotlivé skupiny přesvědčení o sobě samém (self-beliefs) mohou být organizovány s odlišným stupněm komplexity nebo mohou mít odlišnou úroveň jistoty a stability (Campbell et al., 1996).

Současný výzkum také vedl ke zjištění, že stabilita sebehodnocení je pro výkon a reakce na zpětnou vazbu druhých významnější než to, zda je sebehodnocení vysoké či nízké. Lidé s nestabilním sebehodnocením reagují na pozitivní i negativní zpětnou vazbu silněji, což znamená, že jejich globální vztah k sobě je větší mírou ovlivňován jednotlivými, situačně podmíněnými hodnoceními vlastní osoby (Blatný, 2001).

Ani na počátku 21. století nepanuje mezi autory v přístupu k sebepojetí či Já (self) jednotné stanovisko. Například Antonio Damasio (2010), který navazuje na dělení Williama Jamese, definuje Já-jako-objekt (self-as-object) jako „*dynamický soubor integrovaných neurálních procesů, zaměřených na reprezentaci těla, které se projevuje prostřednictvím dynamického souboru integrovaných mentálních procesů*“ (Damasio, 2010, 17). Já-jako-subjekt (self-as-subject-and-knower) však nepovažuje za druhý aspekt Já, ale jako novou vrstvu neurálních procesů tvořící novou vrstvu procesů mentálních. V Já-jako-objekt a v Já-jako-subjekt tedy nespátřuje jako James dichotomii, ale výsledek kontinuity a vývoje. Já-jako-subjekt podle něj prochází z hlediska evoluce i vývoje jedince třemi stádii: *protoself* (protoself) obsahující prvotní, základní pocity; *jádrové self* (core self) jako obdoba materiálního Já; a *autobiografické self* (autobiographical self), které zahrnuje sociální a duchovní Já.

## 1.4 Metody výzkumu sebepojetí

Tradičními metodami výzkumu sebepojetí jsou třídící techniky a sebeposuzovací škály, metoda volné výpovědi, sledování reakčního času na podnětová slova a strukturované dotazníky (Kihlstrom, & Cantor, 1984, in Blatný, & Plháková, 2003). Všechny tyto psychodiagnostické metody řadíme do kategorie testy osobnosti (Svoboda, 2010). Dotazníky a posuzovací stupnice jsou dále popsány podrobněji.

### 1.4.1 Dotazníky

Podstatou dotazníků je subjektivní výpověď vyšetřované osoby o svých postojích, názorech, vlastnostech, pocitech apod. Jelikož jsou odpovědi respondenta závislé na jeho vnitřních poznacích, jejich konstrukce je založena na principu introspekce (Svoboda, 2010). Výhodou dotazníků je, že nám umožňují získat potřebné informace snadno a rychle, bohužel však na úkor úplnosti či přesnosti. Vždy záleží na tom, jak respondent otázkám rozumí, jak si je interpretuje a zda je vůbec potřebné introspekce schopen. V případě vyšetřování dětí či dospívajících může být navíc problematická jejich nedostatečná sebekritičnost, neschopnost své projevy objektivně ohodnotit, neochota své poznatky sdělit či dokonce snaha prezentovat se lépe. Názor dítěte na sebe sama je proto vždy třeba hodnotit z hlediska vývojového stadia, v němž se nachází, jakým způsobem o sobě v tomto období uvažuje a k jakému typu zkreslení má sklony. Po administraci jakéhokoli dotazníku je proto vhodné provést jeho rozbor v rozhovoru či porovnat výsledky více metod (Vágnerová, 2006).

Dotazníky je možné použít standardním způsobem od deseti let věku. Podmínkou je, že dítě umí dobře číst, porozumí otázce, zformuluje odpověď a je schopné introspekce. Pokud by bylo nezbytné z jakéhokoli důvodu použít dotazník u dětí mladších, může sloužit jako základ strukturovaného rozhovoru (Vágnerová, 2006).

U nás je dostupný Dotazník sebepojetí školní úspěšnosti dětí (SPAS), jehož českou verzi vytvořili Matějček a Vágnerová. Test tvoří 48 otázek rovnoměrně rozložených do šesti škál zjišťujících úroveň školního sebepojetí u různých skupin (např. u dyslektiků, u žáků zvláštních škol). Sebeipojetí může být rovněž měřeno dotazníkem The Personal and Academic Self-Concept Inventory (PASCI), který je určen středoškolským a vysokoškolským studentům (Svoboda, 2001).

### 1.4.2 Posuzovací stupnice

Posuzovací stupnice či škály umožňují posoudit sledovaný jev z hlediska jeho četnosti či intenzity v rámci vymezeného kontinua (Vágnerová, 2006). Testovaný jedinec na nebo kolem tohoto kontinua umísťuje své úsudky o jednotlivých vlastnostech posuzované osoby, v tomto případě sebe samého. Dle kritéria administrace rozlišujeme posuzovací škály numerické, grafické, standardní, kumulativní a s nucenou volbou (Svoboda, 2010).

Známa je technika Q-třídění, kdy respondent má za úkol rozřídít sebedopisné výroky do kategorií na základně jejich vhodnosti pro své sebezposouzení. Jednotlivé kategorie reprezentují určitou úroveň popisnosti výroků o sobě (Blatný, 2001). Respondent má například rozřídít osmdesát osobnostních rysů napsaných na samostatných kartičkách do devíti stanovených kategorií. Výroky, které jej charakterizují nejméně, umísťuje nalevo, výroky, které jej vystihují nejvíce, umísťuje naopak napravo. Mezi levým a pravým krajem se pak vyskytují výroky podle stoupající míry (Svoboda, 2010). Rozdělení výroků do příslušných kategorií je podřízeno normální distribuci (v případě osmdesáti výroků by jejich distribuce byla 3 – 6 – 9 – 13 – 18 – 13 – 9 – 6 – 3) (Blatný, 2001; Svoboda, 2010).

Další používanou metodou je sebezposouzení na adjektivních škálách. Ty mohou mít buď jeden pól, nebo dva póly tvořené adjektivy s opačným významem (Blatný, 2001). Záměrnou volbou párů adjektiv lze vytvořit sémantický diferenciál, jehož pomocí získáme rozsáhlejší výsledky než s použitím jednoduchých posuzovacích stupnic (Svoboda, 2010). Intenzitu souhlasu s jednotlivými výroky vyjadřuje respondent na pěti- až devítibodových škálách (Blatný, 2001).

Obě tyto metody lze použít nejen pro zachycení reálného Já, ale i jeho dalších aspektů, nejčastěji ideálního Já. Jejich nevýhodou je, že posuzovací škály, které volí výzkumník, nemusí zcela korespondovat se skutečným existujícím sebeobrazem respondenta. V případě techniky Q-třídění je navíc nevýhodou potřeba zachovat normální distribuci výroků (Blatný, 2001).

Sebezposuzovací stupnice či škály jsou, jak už název napovídá, založeny na tom, že posuzovaný jedinec provádí posouzení sebe samého. To znamená, že je současně objektem i subjektem tohoto posuzování (Svoboda, 2010). Sebezposuzovací stupnice jsou stejně jako dotazníky určeny pro děti od deseti let, kdy je dítě schopné dobře číst a rozumí obsahu a významu použitých charakteristik a číselnému označení vyjadřujícího určitou kvalitu, které

má dítě pro sebehodnocení použít. Pokud by tomu tak nebylo, sebesuzovací stupnice nelze administrovat. I při vyhodnocování platí stejná pravidla jako u dotazníků, tedy že je vždy nezbytné přihlídnout k vývojovému stadiu dítěte (Vágnerová, 2001).

Mezi u nás používané sebesuzovací škály pro děti řadíme Rohnerovu škálu sebehodnocení dítěte (PAQ), Rosenbergovu škálu sebehodnocení, Škálu sebehodnocení školní práce a vztahu ke škole a Student Self-Concept Scale. Rohnerova škála sebehodnocení dítěte (PAQ) je součástí baterie rodinné diagnostiky. Jedná se o univerzálně použitelnou metodu sebereflexe dítěte, která je nezávislá na kulturních rozdílech. Sám autor považuje sebehodnocení za významnou složku dětské osobnosti. V sebehodnocení dítěte se dle něj odráží jeho zkušenosti z dětství, způsob výchovy aplikovaný jeho rodiči a jejich schopnost rozvinout v dítěti sebedůvěru a celkově pozitivní sebepojetí (Vágnerová, 2001).

Rosenbergova škála sebehodnocení byla původně určena pouze pro adolescenty, ale později se začala používat i pro jiné věkové kategorie. Škála obsahuje deset položek zjišťujících sebehodnocení na základě srovnávání s jinými lidmi. Její použití je vhodné pro zjištění míry spokojenosti se sebou samým, avšak pouze jako screeningová či doplňková metoda (Vágnerová, 2006).

Škála sebehodnocení školní práce a vztahu ke škole je určena pro děti od deseti do třinácti let. Obsahuje patnáct položek, v nichž dítě vyjadřuje míru souhlasu s různými charakteristikami. Škálu je vhodné použít jako součást testové baterie hlavně pro diagnostiku školských problémů, školní neúspěšnosti a adaptačních poruch. Chceme-li totiž porozumět a vyřešit potíže problémového žáka, je nezbytné znát mj. jeho vlastní názor na sebe samého. Tři významné oblasti sebehodnocení – školní výkon, sociální pozici a self-image – měří Student Self-Concept Scale (Vágnerová, 2001). Tato metoda byla do češtiny přeložena pro experimentální účely (R. Obereignerů, osobní sdělení 10. prosince 2014).

Každý dotazník či sebesuzovací škála je určena pro danou věkovou kategorii. Tomuto věku je přizpůsoben jednak rozsah dotazníku či škály, jednak struktura a obtížnost kladených otázek. Obě metody je však vhodnější používat u dospívajících, neboť ti jsou schopni odpovídat na složitější otázky a mají lepší představu o sobě i o vztazích s druhými lidmi. Bohužel to však není zárukou, že budou také ochotní je sdělit (Vágnerová, 2006).

## 2. Vývojová specifika dospívání

Vývojové stadium dospívání zahrnuje druhou dekádu života jedince, kdy dochází ke komplexní proměně osobnosti – dítě se stává dospělým jedincem (Vágnerová, 2005). Konkrétní časové vymezení a specifikace tohoto období se však u jednotlivých autorů liší. V evropské psychologii se tradičně rozlišuje *pubescence* vymezená věkem 11 – 15 let a *adolescence* vymezená věkem 15 – 20/22 let, přičemž pubescenci někteří autoři dále vnitřně diferencují na prepubertu a pubertu (Macek, 2003). K zastáncům tohoto tradičního dělení patří u nás Vágnerová (2005), která rozlišuje fázi raná adolescence (*pubescence*) a pozdní adolescence, či Langmeier a Krejčířová (2006), kteří období *pubescence* navíc dělí na první pubertální fázi (fáze prepuberty) a druhou pubertální fázi (fáze vlastní puberty). Jiní autoři naopak preferují označovat celé období dospívání pouze termínem *adolescence*. Takové pojetí má původ na americkém kontinentě, avšak v současnosti získává popularitu i jinde ve světě. Nicméně i v tomto případě se v rámci dospívání rozlišují tři etapy, a to časná adolescence (10/11 – 13 let), střední adolescence (14 – 16 let) a pozdní adolescence (17 – 20 let) (Macek, 2003).

Erikson, který chápal vývoj osobnosti jako proces probíhající epigenetickými stadii od narození do stáří, označil toto období jako *stadium identity proti konfuzi rolí*. Dospívající začne v důsledku rychlosti fyzického růstu a dosažení pohlavní zralosti více či méně zpochybňovat veškerou neměnnost a kontinuitu, na kterou se jako dítě spoléhal. Středem jeho zájmu je nyní především to, jak vypadá v očích jiných lidí ve srovnání s tím, jak se sám cítí (Drapela, 2008; Erikson, 2002). Všechny dosavadní představy dospívajícího jedince o sobě samém jsou nyní integrovány. Vědomí ego identity v něm vzbuzuje důvěru, že jeho sebepojetí odpovídá tomu, jak ho vnímají druzí. Ctností tohoto stadia, kterou jedinec získává, pokud je konflikt přiměřeně vyřešen, je podle Eriksona věrnost a oddanost zvolenému povolání nebo životní filozofii (Drapela, 2008).

Psychoanalýza naopak klade důraz na význam pohlavního dozrání a nastupující sexuální aktivity (Vágnerová, 2005). Freud ve své teorii psychosexuálního vývoje označil tento věk jako *genitální stadium*. Po období latence, jež se vyznačovalo zdánlivým spánkem sexuálních impulsů, začíná libido působit zcela novou silou (Drapela, 2008). Sexuální potřeby sice nadále určují směřování osobnosti, avšak objektem potenciálního uspokojení již není jeden z rodičů, jak tomu bylo ve fázi Oidipovského komplexu. Incestní

zaměření je již překonáno a dospívající si hledá náhradní sexuální objekt – dívku či chlapce – s nímž postupně dosahuje pravých erotických vztahů a genitálních projevů (Drapela, 2008; Vágnerová, 2005).

Z biologického hlediska lze celé období dospívání vymezit na jedné straně prvními známkami pohlavního zrání a akcelerací růstu, na straně druhé dovršením plné pohlavní zralosti a dokončením tělesného růstu. Současně s biologickým zráním probíhá i mnoho důležitých psychických změn. Rovněž dochází k novému sociálnímu zařazení jedince, které pramení z měnícího se pojetí vlastní role i nově reflektovaného sebepojetí (Langmeier, & Krejčířová, 2006).

## 2.1 Tělesný vývoj

Hlavní biologickou změnou v období pubescence je zvýšená produkce pohlavních hormonů, která je spouštěčem tělesné proměny a pohlavního zrání. Kdy přesně bude proces dospívání zahájen, je zakódováno v genetické výbavě každého člověka, avšak sociální podmínky či výživa jej mohou částečně urychlit či oddálit (Janošová, 2008). Faktory ovlivňující začátek a průběh puberty dělíme na genetické a získané. Mezi genetické faktory patří pohlaví, rasa, národnost a endokrinní změny, mezi získané faktory řadíme výživu, hmotnost, psychické faktory a sociální faktory (Šašinka, Šagát, & Kovács, 2007). Pro období dospívání je proto typická odlišná akcelerace vývoje jak mezi chlapci a dívkami, tak i u jedinců stejného pohlaví (Šimíčková-Čížková et al., 2003). V naší populaci začíná puberta u dívek přibližně mezi desátým až dvanáctým rokem, u chlapců o jeden až o jeden a půl roku později, přičemž rozptyl začátku a konce puberty činí tři až čtyři roky. Následnost pubertálních změn je však u obou pohlaví stabilní (Šašinka et al., 2007).

Během posledního století se vývoj i růst dětí výrazně urychlil – fyzické změny nastupují dříve, zvyšuje se i hmotnost a výška dospívajících. Tento trend je označován jako *sekulární akcelerace* (Šimíčková-Čížková et al., 2003). V Evropě došlo k urychlení nástupu pubescence o čtyři až pět roků a ke zvýšení průměrné výšky o deset centimetrů. Příčinou sekulární akcelerace jsou změny ve výživě (více bílkovin, vitamínů, vyšší energetický příjem), socioekonomické faktory (vliv městských aglomerací a komunikačních prostředků, množství stimulů prostředí a koedukační výchova) a především

zvýšení tělesné hmotnosti. Současné děti dříve dosahují tzv. kritické hmotnosti, která spouští endokrinní mechanismy puberty. Brzký nástup puberty souvisí i se skutečností, že třetina dětí je mírně obézní. Vysoká obezita však nástup puberty tlumí (Šašinka et al., 2007).

Počátkem pubescentních změn je signál, který vyše pod vlivem genetického programu hypotalamus žlázám s vnitřní sekrecí. Tyto orgány (vaječníky a varlata) začnou na jeho popud produkovat zvýšené množství příslušných pohlavních hormonů (estrogenu a testosteronu) (Janošová, 2008). V důsledku zvýšeného působení těchto hormonů se u dívek i chlapců začnou objevovat *sekundární pohlavní znaky*, což zvýrazní intersexuální rozdíly v jejich fyzickém vzhledu (Šimíčková-Čížková et al., 2003).

První viditelnou známkou dospívání dívek bývá obvykle počátek růstu prsů (Janošová, 2008). Před první menstruací roste ňadro kuželovitě tukovou tkání, po první menstruaci se začne zvětšovat a zakulacovat růstem mléčné žlázy (Říčan, 2004). Tělesné tvary dívek se zaoblují, pánev roste do šířky i do hloubky, čímž se rozšiřují boky, a v oblasti podbřišku a v podkožních jamkách se objevuje ochlupení (Janošová, 2008; Říčan, 2004). V oblasti stehen, hýždí a břicha se začíná ukládat tělesný tuk, jeho množství se v organismu dívky zvýší o deset až dvacet procent (Šašinka et al., 2007). Současně probíhá vývoj vnitřních pohlavních orgánů, především vaječnicků. Signálem pohlavního zrání je první menstruace, která se nejčastěji objevuje po dvanáctém roce, jsou zde však značné věkové rozdíly – některé dívky menstruuji již v devíti letech, některé naopak až po patnáctém roce (Říčan, 2004). I v tomto případě ovlivňuje nástup menarche tělesná hmotnost. Obézní dívky mají menarche dříve, naopak dívky podvyživené později (Šašinka et al., 2007). Menstruace bývá zpočátku anovulační a nepravidelná. Pravidelný ovulační cyklus a schopnost oplodnění se zpravidla dostavuje po jednom až dvou letech. Plné reprodukční zralosti je však postupně dosaženo až v adolescenci, přičemž růst dělohy je ukončen až ve dvaceti letech (Langmeier, & Krejčířová, 2006).

Tělesné zrání chlapců, ke kterému dochází přibližně o dva roky později než u dívek, začíná zvětšením testes, penisu a skrota. Poté vede zvýšená produkce testosteronu k celkové maskulinizaci vzhledu – roste silnější svalová hmota, vytváří se maskulinní tvar kostry a vzniká nápadnější tělesné ochlupení (Janošová, 2008). Tělesného tuku u chlapců v důsledku tělesného růstu na rozdíl od dívek ubývá a jeho rozložení v organismu je rovnoměrnější (Šašinka et al., 2007). V důsledku růstu hrtanu a hlasivek dochází k prohloubení hlasu, což se projevuje mutací (Janošová, 2008; Říčan, 2004). Okolo

šestnáctého roku se chraplavý hlas stane spíše skřehotavým, následně asi o oktávu klesne, až se nakonec vyrovná a zmohutní. V adolescenci začínají chlapcům růst vousy, objevuje se ovšem i estetický problém v podobě akné (Říčan, 2004).

Poslední biologickou funkcí z celkového procesu dozrávání, jež ohlašuje úplnou pohlavní zralost muže, je spermiogeneze (Janošová, 2008). Signálem nastupující mužnosti je první poluce – první emise semene, která se objevuje zhruba ve třinácti letech, a to v souvislosti se sexuálním snem (Říčan, 2004). Sexualita je přímým doprovodným jevem spermiogeneze, neboť ejakulace je u chlapců spojena právě se zážitkem orgasmu. Také u dívek se během dospívání objevuje schopnost sexuální vzrušivosti a dosahování orgasmu, avšak není jako u chlapců bezprostředně vázána na reprodukční schopnost (Janošová, 2008). Období pubescence je považováno za významný biologický mezník, kdy se z dítěte stává jedinec schopný reprodukce (Vágnerová, 2005).

Pro obě pohlaví je v pubescenci typický *růstový spurt* neboli dočasné prudké zrychlení růstu. Dívčí spurt vrcholí nejčastěji mezi jedenáctým a dvanáctým rokem. Průměrná dívka v tomto období vyroste asi o devět centimetrů a přibude na váze o pět kilogramů. Chlapecký spurt probíhá asi o dva roky později, je ovšem prudší a vede k trvalému rozdílu mezi výškou mužů a žen. Chlapec vyroste za rok, v němž jeho růstový spurt vrcholí, zhruba o deset až dvanáct centimetrů a hmotnost zvýší o šest kilogramů (Říčan, 2004).

Tělesný růst ale není na začátku období pubescence rovnoměrný, takže se objevují určité tělesné disproporce (Langmeier, & Krejčířová, 2006). Paže, nohy a krk zahajují růst o rok dříve než trup a také ruce a chodidla rostou zpočátku rychleji než paže a nohy (Říčan, 2004). Tato asymetrie jednotlivých částí těla působí, že je daný jedinec „samá noha, samá ruka“, což dělá dojem tělesné nevyváženosti a pohybové neobratnosti (Langmeier, & Krejčířová, 2006). To zcela pochopitelně u pubescenta vyvolává rozpaky. V rychlosti růstu jsou navíc patrné značné intersexuální i interindividuální rozdíly, a tak spurt u některých pubescentů je výraznější než u jiných (Říčan, 2004). Na konci tohoto období se však růst končetin zpomaluje a tělesné proporce se začínají pozvolna vyvažovat (Šimíčková-Čížková et al., 2003).

Po patnáctém roce pokračuje tělesný růst u dívek již pozvolna, zatímco u chlapců je růst do výšky ještě výrazný. Průměrný chlapec vyroste mezi patnáctým a osmnáctým rokem ještě o dalších sedm centimetrů. Trup adolescentů už roste více než končetiny, takže



postava získává konečně dospělé proporce. Dívčí postava se v důsledku růstu prsů a boků stává výrazně ženskou, chlapcům mohutní svalstvo a jejich postava dále mužní (Říčan, 2004).

Motorický vývoj je na začátku dospívání ovlivněn diskrepancí vývoje fyzického a psychického. Zrychlený tělesný růst zhoršuje fyzickou výkonnost. Pubescent je schopen silácké, ale krátkodobé fyzické aktivity, kterou střídá pocit únavy až apatie. V hrubé motorice se zejména u chlapců objevuje přechodná neobratnost a nekoordinovanost pohybů. V jemné motorice je patrná křečovitost, která může vyústit ve zhoršení grafického výkonu. Postupem času se však diskrepance mezi fyzickým a psychickým vývojem začne vyrovnávat. Fyzický růst se zpomalí a začnou se vyvíjet především psychické funkce. Důsledkem harmonizace tělesných proporcí se pohybová koordinace zdokonaluje, klátivost a neobratnost postupně mizí. Fyzická výkonnost se zlepšuje a stabilizuje, takže střídání motorické aktivity a pasivity již není tak markantní. Pro období adolescence je již typická vysoká fyzická výkonnost v krátkodobějších a zátěžově intenzivnějších aktivitách (Šimíčková-Čížková et al., 2003).

## 2.2 Vývoj sebepojetí

Sebepojetí se utváří a vyvíjí v interakci jedince se světem na základě zkušeností jeho samého se sebou. Jedná se o zkušenosti různého druhu a i jejich náplň, určující obsah sebepojetí, je rozmanitá. Základ sebepojetí je tvořen během třetího roku života, kdy dítě začne odlišovat já – ty a osoby – předměty (Balcar, 1991). Nejprve se vyvíjí „tělové já“, následně „sociální já“ (Fialová, 2001). Jednotlivé fáze vývoje sebepojetí lze s ohledem na ontogenezi jedince charakterizovat dle Balcara (1991, 157) následovně:

- věk batolecí: „*Jsem to, co mohu svobodně dělat*“;
- věk předškolní: „*Jsem to, co učiním*“;
- věk školní: „*Jsem to, co dovedu*“;
- dospívání: „*Jsem to, čemu věřím*“;
- mladá dospělost: „*Jsem to, co miluji*“;
- střední věk: „*Jsem to, co poskytuji*“;
- období zralosti: „*Jsem to, co po mně zůstane*“.

Poznávání sebe sama souvisí se sociální integrací (Fialová, 2001). Zkušenosti s druhými lidmi, kteří často zaujímají k jedinci hodnotící postoj, jsou považovány za nejdůležitější prvky v utváření sebepojetí. První zkušenosti tohoto druhu poskytují dítěti jeho rodiče, dítě proto na sebe nejprve pohlíží tak, jak předpokládá, že jej vidí oni (Balcar, 1991). Postupem času, s přibývajícím informacemi, se vztah k vlastnímu já mění a prohlubuje, sebepojetí a sebehodnocení nabývá na významu. Během pubescence a adolescence dochází v sebepojetí k velkému kvalitativnímu zlomu. Pozornost dospívajícího zpočátku upoutává jeho rostoucí fyzická síla, vzhled, tvary a vlastnosti jeho těla, vyšší úroveň kognitivních procesů mu však nově umožňuje i sebereflexi, vlastní já již není vnímáno pouze jako subjekt činnosti, ale stává se i objektem sebeuvědomění. Sebeuvědomění se tak čím dál více formuje jako celkový postoj a vztah k vlastní osobě (Fialová, 2001).

Mezilidské vztahy se promítají nejen do sebeuvědomování a sebepojetí, ale i do sebehodnocení. Pubescenti a mladší adolescenti jsou velmi citliví na dojem, jímž působí na druhé lidi (Fialová, 2001). Mají proto tendenci se s ostatními srovnávat, současně si však jsou vědomi, že i druzí se porovnávají s nimi a hodnotí je. Mínění druhých lidí o jejich osobě má pro ně velký význam (Sebastian, Burnett, & Blakemore, 2008). Veškeré informace, které dospívající tímto způsobem o vlastní osobě získávají, se společně s jejich vlastními poznatky stávají součástí komplexního sebepojetí. V období pozdní adolescence se pak sebepojetí stává konzistentnější, diferencovanější, integrovanější a méně ovládané aktuálními podněty. Adolescent si je již vědom, že jej ostatní lidé mohou posuzovat způsobem, který se výrazně liší od jeho mínění. Rovněž si však uvědomuje, že různé názory mohou mít relativní význam (Vágnerová, 2005).

Vliv sociálního prostředí na utváření sebepojetí je tedy značný. Neurologické výzkumy uskutečněné pomocí zobrazovacích metod však dokazují, že během dospívání dochází také k významným změnám mozkové aktivity v mediální prefrontální kůře (medial prefrontal cortex) a dalších oblastech souvisejících se sebezpracováním (self-processing). Je proto velmi pravděpodobné, že tento neurokognitivní vývoj ovlivňuje typické chování dospívajících, jako je zvýšená sebereflexe (self-consciousness) či snadná ovlivnitelnost druhými (Sebastian et al., 2008).

### 2.2.1 Vlastní tělo jako součást sebepojetí dospívajících

Tělesná proměna, jež je podstatným projevem dospívání, může mít subjektivně různý význam. Ten závisí na představě o atraktivitě dospěléjšího zevnějšku, na psychické vyspělosti jedince a na reakcích druhých lidí. Tělové schéma hraje v sociální interakci důležitou roli, neboť je první informací, kterou o jedinci sociální partner získává. Změna dětského těla proto přirozeně vyústí ve změnu chování lidí, s nimiž je pubescent v kontaktu (Vágnerová, 2000). Na základě fyzického vzhledu již nelze pubescenta řadit mezi děti, avšak jako dospělý není též akceptován, neboť v jeho chování stále přetrvávají infantilní projevy. Dospívající proto navazují více kontaktů se svými vrstevníky a dle společných zájmů si vytvářejí skupiny (Šimíčková-Čížková et al., 2003). V těchto vrstevnických skupinách pak každodenně dochází k výraznému sociálnímu srovnávání, kdy jedinec získává sociální zkušenost jednak se sebou samým, jednak s tím zda je druhými přijímán nebo odmítán a proč. Nadměrná závislost na názorech skupiny může ale vést až k nežádoucí konformitě, kdy mladiství ztrácí schopnost se samostatně hodnotit (Fialová, 2001).

Rovněž v adolescenci se jedinec často a ve velké míře zabývá svým tělem, přestože z vývojového hlediska již k žádné významné změně nedochází. Adolescent má potřebu své vlastní tělo posuzovat z hlediska aktuálního standardu atraktivity, svých vrstevníků a současného ideálu krásy. Pokud jeho tělové schéma obecně přijímanému ideálu krásy odpovídá, stává se důležitou oporou jeho sebevědomí a dodává mu pocit jistoty, že bude sociálně akceptován. V opačném případě jedinec trpí negativním sebehodnocením, jež bývá navíc sociálně posilováno (např. časté zesměšňování obézních jedinců) (Vágnerová, 2000). Ačkoli nelze s jistotou říci, že tělesné sebepojetí jedince bude vždy odpovídat jeho fyzickému vzhledu, je možné předpokládat změnu tělesného i celkového sebepojetí v závislosti na změně morfologických znaků (Puhaj, Matejek, & Planinšec, 2013).

## 2.3 Socializace

Hartl, Hartlová (2010, 537) definují socializaci jako *„začleňování člověka do společnosti prostřednictvím nápodoby a identifikace; zpočátku v primární rodině, následně v malých společenských skupinách až po zapojení do celospolečenských vztahů“*. Dvěma stěžejními úkoly celoživotního procesu socializace jsou v období dospívání jednak

emancipace od rodiny, jednak navazování diferencovanějších a hlubších vztahů k vrstevníkům stejného i opačného pohlaví (Langmeier, & Krejčířová, 2006). Dospívající jedinec je přitom hnán touhou po nezávislosti, jež se projevuje snahou samostatně se rozhodovat a v rozhovorech s dospělými uplatňovat své názory. Současně se také objevuje touha se od svých vychovatelů odlišovat, ať už v názorech, v chování či v oblékání (Šimíčková-Čížková et al., 2003). Odsuzování dospělých se však příliš neliší od kritizování vrstevníků, bývá ale nápadnější, neboť doposud byly takové projevy sociálním tabu. Dospívající nešetří ani kritikou vůči sobě samému, tyto projevy si ovšem nechává sám pro sebe, neboť si chce zachovat sebeúctu alespoň navenek. Sociální skupiny (rodina, vrstevnická skupina) a instituce (škola, volnočasové instituce) nezbytné pro sociální vývoj a rozvoj osobnosti jsou obdobné jako v mladším školním věku, změnil se však jejich subjektivní význam i vliv (Vágnerová, 2005).

## **Rodina**

Závislost na rodičích pozvolna klesá již od kojeneckého věku a od předškolního věku se dítě začíná postupně více orientovat na své vrstevníky. Odpoutávání se od rodičů a začleňování se mezi vrstevníky představuje pro dospívajícího další krok k samostatnosti (Říčan, 2004). Proces osamostatňování se od rodiny je spojen s proměnou citové vazby k rodičům; infantilní závislost je postupně nahrazována citovým vztahem zralejším a vyrovnanějším. Uvolňování se z již nefunkční dětské závislosti na rodičích může u dospívajícího vyústit v negaci všeho, co do té doby platilo. Tyto projevy však nebývají dlouhodobé. Jsou pouze výrazem potřeby mladistvého překonat vazbu, která by byla pro jeho další vývoj omezující (Vágnerová, 2005). I přes veškerá úskalí však zůstávají vztahy a vazby v rodině i nadále vlivným faktorem socializace a individuace po celé období dospívání (Macek, 2003).

## **Vrstevníci**

Paralelně s procesem osamostatňování se a překonávání závislosti na rodičích navazuje dospívající nové a diferenciovanější vztahy se svými vrstevníky. Tyto vztahy mu poskytují jistotu, kterou společně s odpoutáváním se od rodiny ztrácí, a připravují ho na budoucí trvalé emoční vztahy v dospělosti (Langmeier, & Krejčířová, 2006). Vrstevníci totiž představují pro mladistvého rovnocenné partnery, kteří mají podobné problémy a jako jeho generační skupina sdílí také stejné názory, hodnoty, normy i preferovaný způsob

života. Vrstevnická skupina poskytuje mladistvému oporu v procesu budování jeho vlastní identity, usnadňuje mu proces osamostatňování se a individuace, dodává mu pocit sebevědomí a sebejistoty (Vágnerová, 2005) a posiluje jeho sebepojetí (Šimíčková-Čížková et al., 2003). Vztahy s vrstevníky mohou rovněž uspokojovat některé psychické potřeby, jako je například potřeba stimulace, potřeba jistoty a bezpečí či potřeba být akceptován (Vágnerová, 2005). Obecně lze rozlišit pět vývojových fází vrstevnických vztahů:

- **skupinová izosexuální fáze** – stabilní a organizované skupiny jedinců stejného pohlaví;
- **individuální izosexuální fáze** – intimní párová přátelství jedinců stejného pohlaví umožňující sdílení soukromých pocitů, zkušeností a problémů;
- **přechodná etapa** – počátek zájmu o druhé pohlaví, jenž je zprvu nejistý, projeven „na dálku“ a doprovázen posměšky členů vlastní skupiny;
- **heterosexuální fáze polygamní** – první nestálé a proměnlivé vztahy chlapců a dívek prožívané jako „první lásky“;
- **etapa zamilovanosti** – vztah jedinců opačného pohlaví založený na porozumění a oddanosti, jenž může za příznivých okolností vyústit až v autentický erotický vztah (Langmeier, & Krejčířová, 2006, 154-155).

Je však nezbytné si uvědomit, že uvedené pořadí není u všech dospívajících totožné. Stejně tak věk, kdy jedinci jednotlivých fází dosáhnou, je individuální. Záleží to na jejich osobnosti a na podmínkách rodiny i celé společnosti. Moderní způsob života navíc celý proces urychluje, pozměňuje a některé uvedené fáze dokonce zkresluje. Někteří autoři se domnívají, že dospívání již není pozvolný proces, jak tomu bylo dříve, děti si pod společenským tlakem osvojují předčasnou dospělost a navazují sexuální vztahy bez stabilního emočního pouta (Langmeier, & Krejčířová, 2006).

### 3. Obezita

V České republice trpí obezitou 20 % dospělých obyvatel a 5 – 10 % dětské populace (Marinov, & Zemková, 2012, 13). Celosvětově se počet obézních jedinců od roku 1980 zdvojnásobil (World Health Organization, leden 2015). Takto vysoká rychlost nárůstu obezity je alarmující. Jedná se o globální epidemii obezity, která postihuje obyvatele nejen rozvinutých, ale i rozvojových zemí (Müllerová, 2009b). Co to však obezita je? Vzhledem k tak masivnímu výskytu tohoto jevu by se mohlo zdát, že se jedná o všeobecně známý pojem. Začneme-li ale hledat obecně přijímanou definici, zjistíme, že se různé prameny liší (Marinov, & Zemková, 2012).

#### 3.1 Definice obezity

Desátá revize Mezinárodní klasifikace nemocí (World Health Organization, 2008) řadí obezitu do kategorie E: Nemoci endokrinní, výživy a přeměny látek. Konkrétně se jedná o diagnózu E66 Obezita – otylost. Ta může být způsobena buď nadměrným příjmem kalorií (E66.0), nebo léky (E66.1) nebo se jedná o extrémní obezitu s alveolární hypoventilací (E66.2 Pickwickovský syndrom) nebo o obezitu jinou (E66.8) nebo nespécifikovanou (E66.9). Dětská obezita jako samostatná diagnóza v Mezinárodní klasifikaci nemocí neexistuje. U dětí a dospívajících se používá, stejně jako u dospělých, diagnóza E66 Obezita (K. Bednaříková, osobní sdělení 10. prosince 2014).

Slovo obezita pochází z latinského *obesus*, což v překladu znamená dobře živený, tučný (Pastucha, 2011, 11). Nejedná se tedy primárně o nadměrnou hmotnost, ale o nadměrné nahromadění tukové tkáně (Pastucha, 2011). Obecně lze obezitu definovat jako „stav, ve kterém přirozená energetická rezerva savce (např. člověka) uložená v tukové tkáni stoupla nad obvyklou úroveň a poškozuje zdraví“ (Marinov, Barčáková, Nesrstová, & Pastucha, 2011, 12). Tomu odpovídá i definice Světové zdravotnické organizace, dle které se jedná o „abnormální či nepřiměřené nahromadění tuku, které může poškozovat zdraví“ (World Health Organization, leden 2015). Popisnější definice říká, že se jedná o „nadměrné ukládání tělesného tuku v organismu obvykle spojené s vzestupem hmotnosti“ (Marinov et al., 2011, 12). Müllerová (2009a, 17) definuje obezitu jako

*„chorobu, která je charakterizována zmnožením tělesné tukové tkáně v organismu nad určitou optimální mez“.*

Ve výše uvedených definicích se autoři shodují na zvýšeném množství tukové tkáně nad obvyklou úroveň. Stanovit však, co to „obvyklá úroveň“ či „optimální mez“ je, není jednoduché. U dospělých všeobecně platí, že za obezitu považujeme stav, kdy je index tělesné hmotnosti (BMI – Body Mass Index) vypočtený jako tělesná hmotnost v kilogramech dělená druhou mocninou tělesné výšky v metrech (Marinov, & Zemková, 2012, 13) vyšší než 30 jednotek. U dětí však toto kritérium pro stanovení obezity použít nelze, neboť je u nich nezbytné, aby hraniční hodnoty BMI zohledňovaly jejich neustále se měnící poměr výšky a hmotnosti (Marinov, & Zemková, 2012).

### **3.2 Stanovení obezity u dětí a dospívajících dle BMI**

Zda vývoj tělesných charakteristik dítěte odpovídá jeho věku a zda jsou tyto parametry proporční, lze zjistit porovnáním rozměrů jeho tělesných znaků (BMI) s referenčními hodnotami, jež byly pro danou populaci vytvořeny. Nejčastěji jsou tyto referenční hodnoty používány ve formě percentilových růstových grafů, sítí (Fraňková, Pařízková, & Malichová, 2013; Vignerová, & Bláha, 2007). Tyto grafy vznikají na základě průřezových studií, do nichž bývají náhodně vybrány klinicky zdravé děti s nejrůznější úrovní a typem výživy pocházející z různých socioekonomických podmínek. Z toho vyplývá, že výsledné růstové grafy pouze mapují, jak zkoumaná populace roste nezávisle na tom, zda podmínky jejího růstu odpovídají růstovému standardu (Vignerová, & Bláha, 2007).

Pro českou populaci dětí a mládeže vytvořili percentilové růstové grafy pro obě pohlaví (viz graf č.1 a graf č.2) Bláha a Vignerová (1999, in Fraňková et al., 2013). Ti na základě rozsáhlých populačních měření chlapců a dívek od narození do dospělosti vypočítali referenční hodnoty rozdělující BMI do jednotlivých kategorií dle percentilů, které jsou pro každý věk různé (Fraňková et al., 2013). V percentilových růstových grafech jsou znázorněny křivky odpovídající hodnotám 3., 10., 25., 50., 75., 90. a 97. percentilu pro daný věk referenčních hodnot. Percentil 50., znázorněný jako prostřední silná křivka, představuje střední hodnotu, která zhruba odpovídá průměru tělesného znaku v referenční populaci (Vignerová, & Bláha, 2007). Hodnoty BMI pod 25. percentilem poukazují

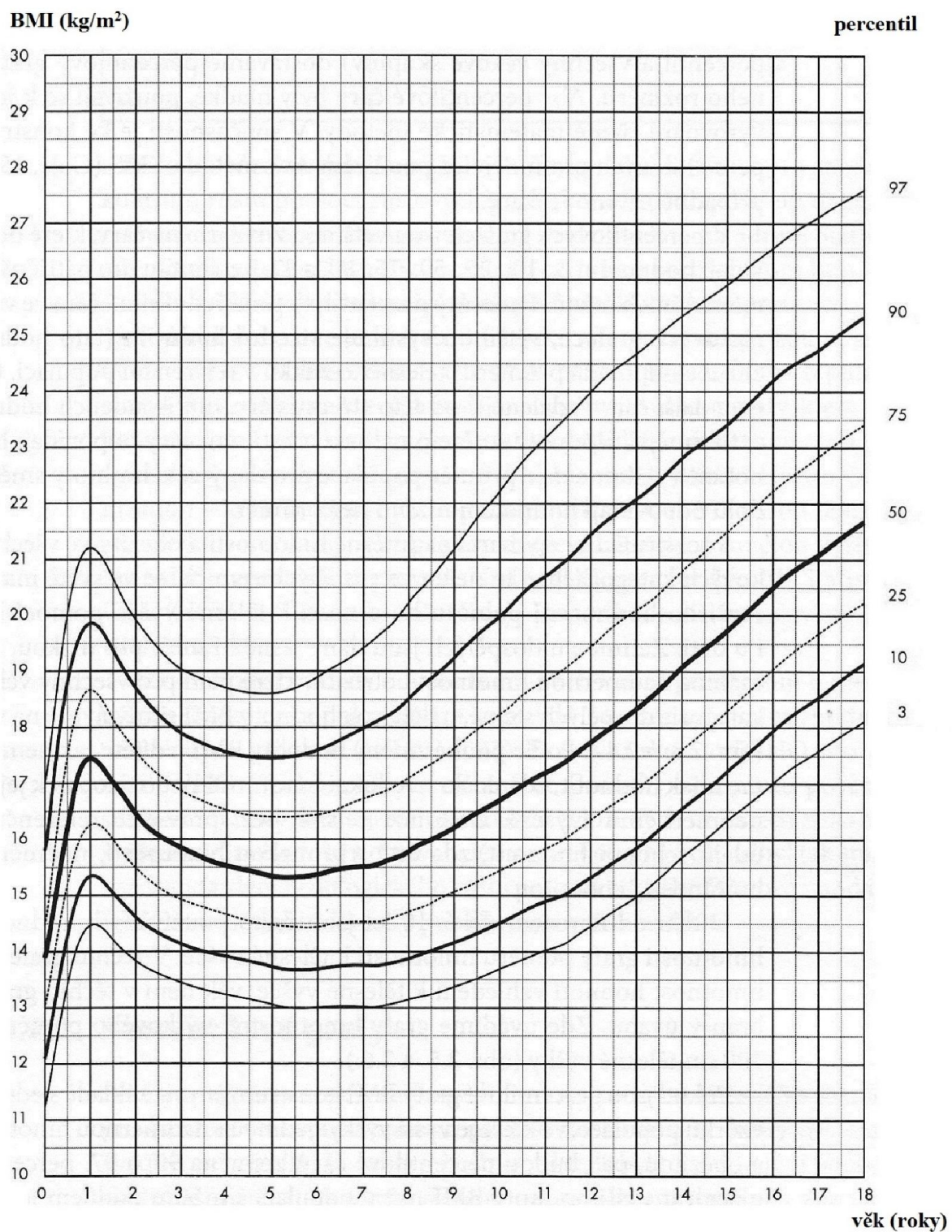
na sníženou hmotnost a nad 75. percentilem na zvýšenou hmotnost. Hodnoty BMI vyšší než 85. percentil již značí, že by dítě mělo být podrobněji vyšetřeno, především z hlediska obsahu tukové hmoty v těle. Za hranici nadváhy byly stanoveny hodnoty 90. percentilu, za hranici obezity hodnoty 97. percentilu. Přibližnou hranicí pro stanovení závažné obezity jsou pak hodnoty 99. percentilu (Marinov et al., 2011) (viz tabulka č.1).

**Tabulka č.1:** Hodnocení dítěte dle zařazení jeho BMI do percentilových pásem (Marinov et al., 2011, 14)

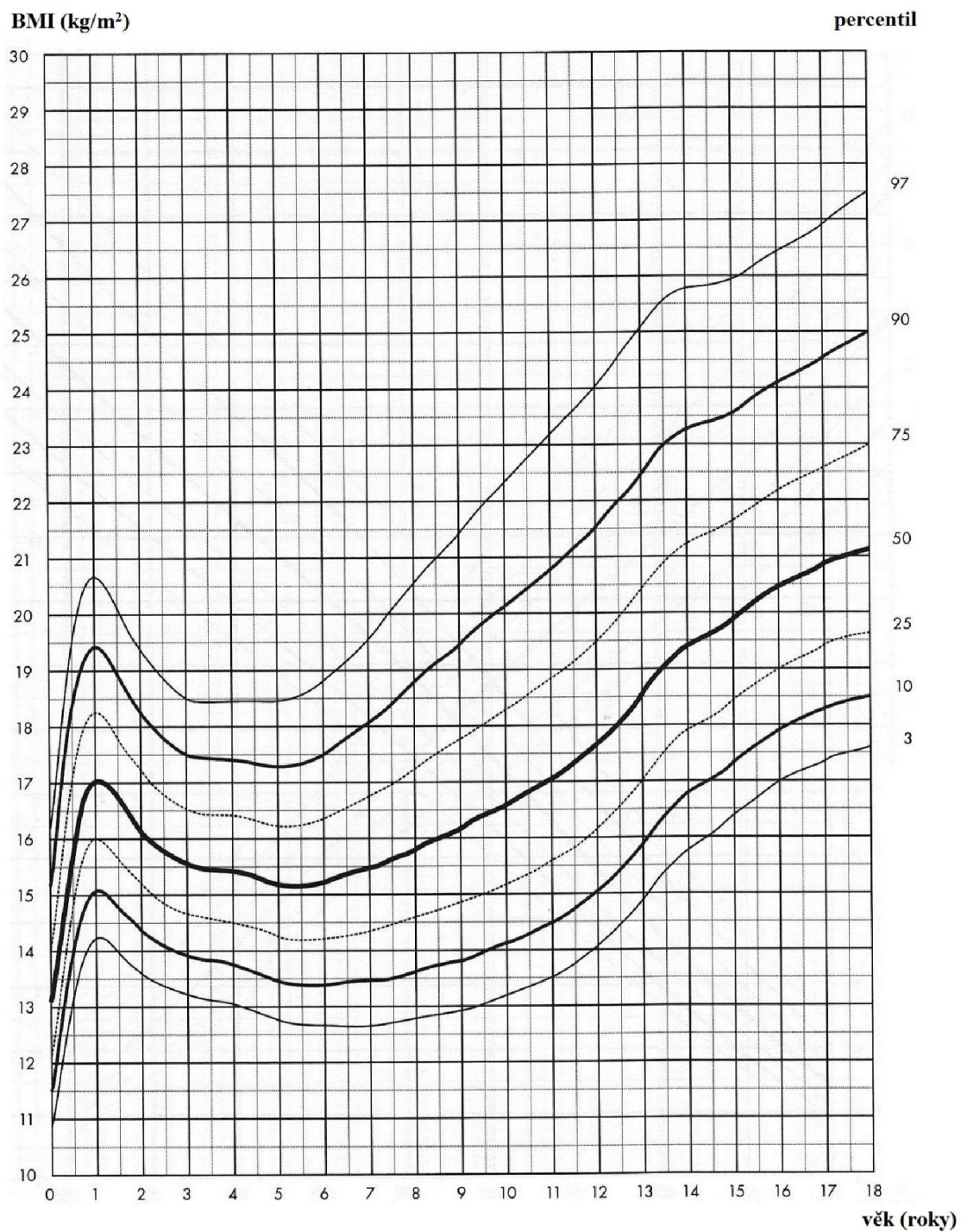
Percentilové pásmo	Hodnocení dítěte dle BMI
nad 99. percentil	závažná obezita
97. – 99. percentil	mírná obezita
90. – 97. percentil	nadváha
85. – 90. percentil	robustní až nadváha
75. – 85. percentil	robustní
25. – 75. percentil	proporční
10. – 25. percentil	štíhlé
3. – 10. percentil	hubené
pod 3. percentil	nízká hmotnost



**Graf č.1:** Percentilový graf BMI, chlapci 0 – 18 let (Vignerová, & Bláha, 2007, 34)

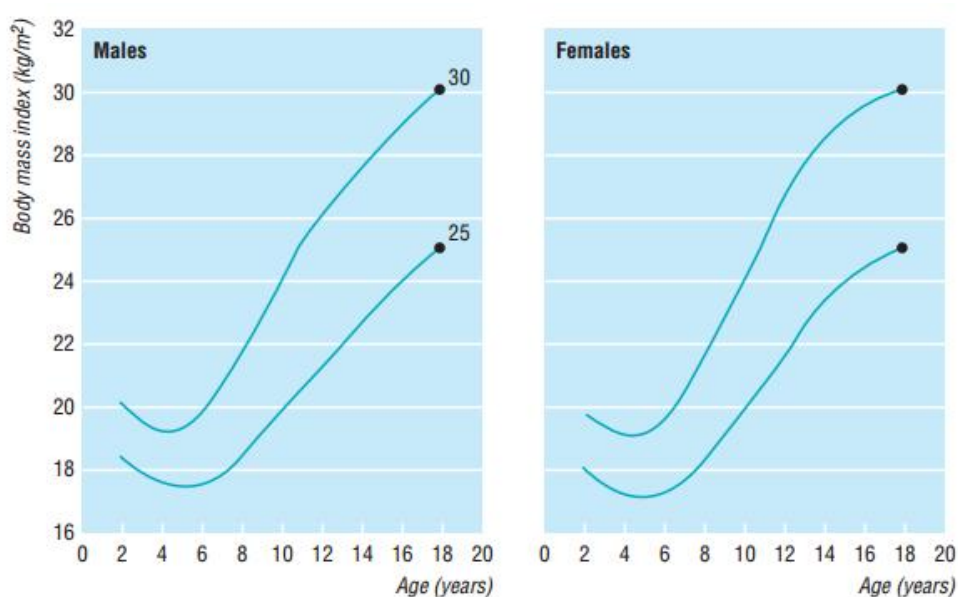


**Graf č.2:** Percentilový graf BMI, dívky 0 – 18 let (Vignerová, & Bláha, 2007, 35)



Cole, Bellizzi, Flegal a Dietz (2000) vytvořili na základě šesti reprezentativních průřezových studií provedených v Brazílii, Velké Británii, Hong Kongu, Nizozemí, Singapuru a USA percentilové růstové grafy k mezinárodnímu užití. Jednotlivé státy však používají odlišné percentily pro stanovení hranice nadváhy a obezity, protože autoři vycházeli z mezinárodně uznávaných hodnot BMI pro dospělé populaci. Percentilové grafy (viz obrázek č.1) tedy zkonstruovali tak, aby jednotlivé křivky v osmnácti letech navázaly právě na tyto hodnoty BMI (nadváha 25, obezita 30).

**Obrázek č.1:** Mezinárodní hranice hodnot BMI dle věku pro stanovení nadváhy a obezity u chlapců a dívek (Cole et al., 2000, 5)



### 3.3 Psychosociální aspekty obezity

Rozmach civilizace v posledních stoletích způsobil, že jsme se náhle ocitli v takzvaném obezitogenním prostředí. To je charakteristické nedostatkem pohybu a volným a neomezeným přístupem k potravě průmyslové výroby vyznačující se vysokou energetickou hodnotou a vysokým obsahem jednoduchých cukrů a nenasycených mastných kyselin (Marinov et al., 2011). Moderní způsob života plný nejrůznějších technologických vymožeností příliš fyzické aktivity nevyžaduje. Děti jsou zvyklé trávit svůj volný čas sezením u počítače či televize, do školy je často vozí rodiče. Rovněž jejich stravovací návyky nejsou zdravé (Haslam, & Wittert, 2009). Snížená pohybová aktivita a

zvýšené psychické nároky vedou ke vzniku únavy, což vede k ještě většímu upřednostňování pasivní aktivity. Část dětské populace má navíc tendenci si zvýšené psychické nároky kompenzovat zvýšeným příjmem potravy, a to především ve večerních hodinách. Absolutní či relativní přejídání není v současné době nic neobvyklého. Důsledkem je vyšší příjem energie než její výdej (Marinov et al., 2011).

Spojícím prvkem všech obezitogenních faktorů a tedy hlavním zdrojem dětské obezity v civilizovaném světě je životní styl rodiny (Marinov et al., 2011). Jsou to právě rodiče, kteří mohou obezitě svých dětí předejít, neboť oni rozhodují o tom, jaké jídlo domů nakoupí a co a kdy bude jejich dítě během dne jíst, čímž mu předávají určité stravovací návyky. Rodiče mají rovněž možnost vést své potomky k tomu, aby pohyb byl přirozenou součástí jejich života, a v neposlední řadě rozhodují o množství peněz, které svým dětem dají, čímž nepřímo ovlivňují, kolik jídla navíc si má dítě možnost koupit (Burniat, Cole, Lissau, & Poskitt, 2002). Děti vyrůstající v rodinném prostředí, kde tělesné hmotnosti navíc není věnována větší pozornost, nemají důvod se kriticky hodnotit a jsou tedy se sebou spokojeni (Fraňková, 2007).

Obtíže nastávají až ve chvíli, kdy dítě přichází do kontaktu se svými vrstevníky, kde je konfrontováno s jejich hodnotícím postojem a nuceno porovnávat s nimi svůj vzhled. Obézní děti a dospívající mají v oblasti sociálních vztahů značné problémy. Jejich fyzický vzhled a tělesné proporce neodpovídají společenským normám a představám, což se promítá do vztahu k nim. Obzvláště vrstevníci mají tendenci považovat obézní jedince za hloupé, nezajímavé, mající slabou vůli omezovat se v jídle. Mezi vrstevníky jsou tedy obézní děti málo oblíbené a často bývají předmětem šikadlení a posměchu. Rovněž jsou méně často zapojovány do společenských her a zájmových činností (Fraňková, 2007).

Dospívající ovšem více než v jiném věku potřebují být svými vrstevníky akceptováni, podporováni a zapojováni do skupinových činností (Burniat et al., 2002). Obézní jedinec však zpravidla bývá nemotorný a ne příliš zdatný ve sportu, což ho ještě více z kolektivu vyřazuje. V důsledku toho ztrácí sebevědomí, straní se druhým, uzavírá se do sebe a více se zdržuje doma, kde však většinu času tráví sedavými činnostmi a kde má snadný přístup k jídlu. Dítě se tak dostává do začarovaného kruhu (Marinov et al., 2011). Pokud si navíc začne osvojovat názory druhých o jeho osobě, může to v něm vyvolat či prohloubit pocity méněcennosti. To vede k tomu, že svým chováním začne tyto názory ještě více podporovat, čímž se začne vyřazovat ze společných aktivit (Fraňková, 2007).

Obézní jedinci bývají také často svými vrstevníky šikanováni. Ti je mj. oslovují ponižujícími přezdívkami a zesměšňují jejich fyzický vzhled a tělesné proporce (Storch et al., 2007, in Kalra, De Sousa, Sonavane, & Shah, 2012). Naopak však sami mohou být iniciátory šikany. Důvodem toho bývá touha cítit nad druhými převahu a moc a překonat tak pocit méněcennosti, který pramení z obezity a nespokojenosti s vlastním tělem. Tento způsob šikanování většinou začíná už v předškolním věku (Griffiths, Wolke, Page, & Hardwood, 2006, in Kalra et al., 2012).

Janssen, Craig, Boyce a Pickett (2004) provedli v Kanadě výzkum, v němž se zabývali vztahem mezi tělesnou hmotností (nadváha, obezita) a jednotlivými formami šikany (fyzická, verbální, vztahová a sexuální obtěžování). Zajímalo je, jak hodnota BMI souvisí s tím, jestli bude jedinec obětí nebo iniciátorem šikany či dokonce obětí i iniciátorem najednou. Výzkumný soubor tvořilo 5 749 chlapců a dívek ve věku 11 až 16 let. Výsledky prokázaly, že dívky i chlapci s nadváhou či obezitou se v tomto věku skutečně stávají častěji oběťmi násilného chování ze strany vrstevníků než jedinci s průměrnou tělesnou hmotností. Typicky se přitom jedná o násilí vztahové (např. šíření pomluv a lží) a zjevné (např. provokování, kopání, postrkování). Souvislost mezi hodnotou BMI a sexuálním obtěžováním prokázána nebyla. Dále bylo zjištěno, že chlapci i dívky s nadváhou či obezitou se ve věku 15 až 16 let stávají rovněž iniciátory šikany, a to ve větší míře než jejich vrstevníci s průměrnou tělesnou hmotností. U chlapců se jednalo o verbální a vztahové šikanování, naopak dívky s nárůstem BMI více šikanovaly fyzicky. Vliv hodnoty BMI na sexuální obtěžování nebyl prokázán ani v tomto případě.

# VÝZKUMNÁ ČÁST

## 4. Výzkumný problém, cíle práce

Dospívání je významné období v životě každého člověka. Během tohoto vývojového stadia trvajících celé jedno desetiletí dochází k podstatným biologickým, psychologickým a sociálním změnám, v jejichž důsledku se z dítěte stává dospělý jedinec (Langmeier, & Krejčířová, 2006; Vágnerová, 2005). Snad nejvíce patrná je proměna tělesná, která upoutává pozornost dospívajícího a nutí ho zabývat se vlastním tělem více než obvykle (Vágnerová, 2000). Současný životní styl, jenž se vyznačuje nedostatkem pohybu a nadměrným příjmem potravin s vysokou energetickou hodnotou (Marinov et al., 2011) však způsobil, že stále více dospívajících je obézních a jejich procentuální zastoupení v celkové populaci již dávno není zanedbatelné. Obezita je nemoc charakteristická nadměrným množstvím tělesného tuku, která má nejen závažný dopad na celkové zdraví jedince (World Health Organization, leden 2015), ale zároveň znatelně mění jeho tělesný vzhled a proporce.

Jedním z vývojových úkolů dospívání je odpoutání se ze závislosti na rodině, v jehož důsledku se mladistvý čím dál více orientuje na své vrstevníky, s nimiž navazuje hlubší vztahy, než tomu bylo v mladším školním období (Langmeier, & Krejčířová, 2006). Vrstevníci jsou pro něj rovnocennými partnery, kteří prožívají stejné problémy jako on a s nimiž sdílí obdobné názory, postoje, hodnoty, normy či životní styl. Jsou to právě vrstevníci, kteří mají na utváření sebepojetí dospívajícího významný vliv. Dospívající si jsou totiž pod vlivem tělesných, hormonálních a psychických změn nejisti sami sebou a jsou velmi citliví na mínění druhých o jejich osobě (Šimíčková-Čížková et al., 2003; Vágnerová, 2005).

Pokud se ke všem vývojovým změnám objeví u dospívajícího ještě faktor, který jej vybočuje z normy, nastává problém. Takovýmto faktorem může být právě obezita, která činí jedince viditelně odlišným. To, jak jeho okolí na tuto skutečnost zareaguje, se promítne do jeho vlastního postoje vůči sobě. Obézní dospívající bývají svými vrstevníky často zesměšňováni, neakceptováni a vylučováni z kolektivu. To vede u obézního jedince k pocitu méněcennosti a ztrátě sebedůvěry, až se nakonec začne ostatním sám stranit (Fraňková, 2007; Marinov et al., 2011). Tento předpoklad vede k otázce, zda tělesný vzhled a proporce obézního dospívajícího mají vliv na jeho sebepojetí, ať už z hlediska toho jak vnímá sám sebe či z hlediska projevů lidí v jeho sociálním prostředí.

Pro měření úrovně sebepojetí byl zvolen u nás nově standardizovaný dotazník Škála sebepojetí u dětí Piers-Harris 2. Jedná se o kvantitativní výzkum, jehož hlavním cílem je porovnat výsledky šesti subškál sebepojetí a Celkový skór tohoto standardizovaného dotazníku mezi skupinou dospívajících s diagnózou obezita a kontrolní skupinou běžné populace dospívajících se záměrem zjistit, zda se bude úroveň sebepojetí dospívajících s diagnózou obezita statisticky významně lišit od úrovně sebepojetí kontrolní skupiny běžné populace dospívajících. Dalším cílem výzkumu je porovnat Celkový skór tohoto standardizovaného dotazníku u skupiny dospívajících s diagnózou obezita s kontrolní skupinou běžné populace dospívajících v závislosti na pohlaví. Třetím cílem výzkumu je zjistit, zda existuje statisticky významná souvislost mezi Celkovým skórem tohoto standardizovaného dotazníku u skupiny dospívajících s diagnózou obezita a jejich indexem tělesné hmotnosti (BMI), neboť lze předpokládat, že s nárůstem hodnoty indexu tělesné hmotnosti (BMI) bude úroveň jedincova sebepojetí klesat.

Postup pro dosažení výše uvedených cílů je možno shrnout do následujících etap:

- Formulace hypotéz.
- Získání výzkumného souboru o minimálně 40 dospívajících splňujících dvě základní kritéria: rok narození 1996 až 2003 a lékařem diagnostikovaná obezita (E66).
- Administrace standardizovaného dotazníku Škála sebepojetí u dětí Piers-Harris 2.
- Vyhodnocení dotazníku v souladu s příslušným manuálem.
- Statistické porovnání dat výzkumného souboru s daty kontrolní skupiny pomocí statistických metod v programech Microsoft Office Excel 2007 a Statistica 12.
- Přijetí či zamítnutí hypotéz a vyvození závěrů.



## 5. Testované hypotézy

V souladu s cíli výzkumu a zvolenou metodou sběru dat byly stanoveny následující čtyři hypotézy:

### **H1:**

Existuje statisticky významný rozdíl ve všech ukazatelích sebepojetí (Celkový skór, Přizpůsobivost, Intelektové a školní postavení, Fyzický zjev, Nepodléhání úzkosti, Popularita, Štěstí a spokojenost) dospívajících zjišťovaných Škálou sebepojetí u dětí Piers-Harris 2 mezi skupinou dospívajících s diagnózou obezita a kontrolní skupinou běžné populace dospívajících.

### **H2:**

Existuje statisticky významný rozdíl v Celkovém skóru Škály sebepojetí u dětí Piers-Harris 2 mezi skupinou dospívajících dívek s diagnózou obezita a kontrolní skupinou běžné populace dospívajících dívek.

### **H3:**

Existuje statisticky významný rozdíl v Celkovém skóru Škály sebepojetí u dětí Piers-Harris 2 mezi skupinou dospívajících chlapců s diagnózou obezita a kontrolní skupinou běžné populace dospívajících chlapců.

### **H4:**

Existuje statisticky významná souvislost mezi indexem tělesné hmotnosti a Celkovým skórem Škály sebepojetí u dětí Piers-Harris 2 u skupiny dospívajících s diagnózou obezita.

## 6. Metody získávání dat, průběh výzkumu

Výzkum probíhal v rámci projektu Evropského sociálního fondu (ESF) *Rozvoj a podpora kvality ve vzdělávání* č. CZ.1.07/1.1.38/02.0034, který je realizován Krajskou pedagogicko-psychologickou poradnou a Zařízením pro další vzdělávání pedagogických pracovníků ve Zlíně ve spolupráci s Filozofickou fakultou Univerzity Palackého v Olomouci a Pedagogickou fakultou Ostravské univerzity v Ostravě. Cílem tohoto projektu je zjistit prostřednictvím dotazníkového šetření spokojenost ve škole, úroveň pozornosti a základní osobnostní charakteristiky žáků základních a středních škol ve věku 9 až 18 let. Testovou baterii tvoří čtyři standardizované psychodiagnostické metody:

- Pětifaktorový osobnostní inventář pro děti (FFPI-C);
- Škála sebepojetí u dětí Piers-Harris 2 (PHSCS-2);
- Test pozornosti d2;
- Dotazník sebepojetí školní úspěšnosti dětí (SPAS).

Snímání v rámci projektu probíhá prostřednictvím počítačové techniky s připojením na internet. Respondent dostane heslo pro připojení k online verzi testů. Součástí testové baterie je vstupní maska, kde respondent vyplní základní osobní informace. Celková délka testování by neměla přesáhnout 45 minut. U nezletilých žáků je zajištěn informovaný souhlas zákonných zástupců. Získaná data jsou bezpečně uložena do centrálního úložiště, přičemž jsou dodržovány všechny požadavky na práci s důvěrným materiálem včetně ochrany osobních údajů (zákon č. 101/2000 Sb.). Na vyhodnocení a zpracování výstupů se podílejí odborníci z Krajské pedagogicko-psychologické poradny a Zařízení pro další vzdělávání pedagogických pracovníků ve Zlíně ve spolupráci s odborníky z Filozofické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci a z Ostravské univerzity v Ostravě (Krajská pedagogicko-psychologická poradna Zlín, 2013a, 2013b).

Výzkum zabývající se sebepojetím dospívajících s diagnózou obezita probíhal v období květen až listopad 2014. Nejprve byla v květnu a v červnu 2014 prostřednictvím e-mailu kontaktována jednotlivá lázeňská zařízení poskytující léčebné pobyty pro děti a dospívající s diagnózou obezita na Moravě s žádostí o umožnění sběru dat pro diplomovou práci. Postupně byla oslovena tato lázeňská zařízení: Sanatorium Klimkovice, Lázně Teplice nad Bečvou, Státní léčebné lázně Bludov, Priessnitzovy léčebné lázně Jeseník a Dětská léčebna Křetín. Žádosti nakonec vyhověly pouze Státní léčebné lázně Bludov a

Dětská léčebna Křetín, neboť ostatní lázeňská zařízení neměla dostatečný počet pacientů splňujících kritéria pro zařazení do výzkumného souboru.

Základní kritéria pro zařazení do výzkumného souboru byla dvě, a to rok narození 1996 až 2003 a lékařem diagnostikovaná obezita (E66). Potenciální účastníci společně s jejich rodiči byli osloveni vždy v den zahájení léčebného pobytu, kdy byli seznámeni s účelem a průběhem výzkumu. Přítomnost rodičů byla nezbytná, neboť se ve většině případů jednalo o nezletilé jedince, kteří mohli být do výzkumu zařazeni pouze na základě písemného informovaného souhlasu jejich zákonného zástupce (viz Příloha 3). Společně s podepsáním informovaného souhlasu byli rodiče (zákonní zástupci) požádáni o sdělení tělesné hmotnosti a výšky jejich dítěte. Tyto údaje, které sloužily pro výpočet indexu tělesné hmotnosti (BMI), byly následně konfrontovány s naměřenými hodnotami při zahájení léčebného pobytu a v případě neshody byly opraveny.

Sběr dat probíhal v období červenec až listopad 2014 vždy v rámci daného léčebného turnusu. Administrace probíhala pokaždé skupinově počítačovou formou v tichém přirozeném prostředí. Ve Státních léčebných lázních Bludov se dotazníkové šetření uskutečnilo v počítačové učebně základní školy při Státních léčebných lázních Bludov, v Dětské léčebně Křetín sběr dat probíhal v samostatné místnosti – herně, kde byly pro tento účel dočasně zapojeny čtyři notebooky.

V den testování byli účastníci znovu stručně seznámeni s dotazníkovým šetřením, přičemž byli ujištěni, že data budou zpracována anonymně a že jejich jména nebudou nikde zveřejněna. Následně byla každému respondentovi sdělena internetová adresa a heslo pro vstup do online verze testů. Respondenti nejprve vyplnili základní informace o sobě a poté celou testovou baterii (Pětifaktorový osobnostní inventář pro děti, Škála sebepojetí u dětí Piers-Harris 2, Test pozornosti d2, Dotazník sebepojetí školní úspěšnosti dětí), přičemž pro účely tohoto výzkumu byla použita pouze data ze Škály sebepojetí u dětí Piers-Harris 2. Popis výzkumné metody následuje v kapitole 6.1. Během administrace nenastala žádná situace, která by mohla reliabilitu získaných dat ovlivnit.

Testování jednoho respondenta trvalo většinou 30 až 45 minut, ve výjimečných případech o něco déle. Roli zde hrál zejména věk respondenta a jeho schopnost soustředit se po určitou dobu na daný úkol. K účasti na výzkumu nebyli respondenti motivováni žádnou hmotnou odměnou, většina z nich práci na počítači považovala za zpestření volného času v rámci čtyřdenního léčebného pobytu.

Online vyplněná testová baterie byla uložena do centrálního uložiště, kde byly také všechny čtyři psychodiagnostické testy počítačově vyhodnoceny. Výsledky dotazníku Škála sebepojetí u dětí Piers-Harris 2 výzkumného souboru byly následně dodány ve formě hrubých skóru v přehledné tabulce programu Microsoft Office Excel. Takto získaná data byla pomocí statistických metod porovnána s daty kontrolní skupiny.

## 6.1 Škála sebepojetí u dětí Piers-Harris 2 (PHCSCS-2)

Původní Škála sebepojetí u dětí Piers-Harris vznikla v 60. letech 20. století jako krátký sebesuzovací nástroj k hodnocení sebepojetí u dětí a dospívajících. Sebepečetí autoři definovali jako „*relativně stabilní soubor postojů reflektující to, jak jedinec popisuje a hodnotí své vlastní chování a vlastnosti*“ (Piers, & Herzberg, 2002, 3). Druhé vydání Škály sebepojetí u dětí Piers-Harris, v originále Piers-Harris Children's Self-Concept Scale 2 (Piers-Harris 2, PHCSCS-2), je výsledkem důkladné revize původní verze. Hlavním cílem revize bylo usnadnit používání a vylepšit psychometrický základ této metody (Piers, & Herzberg, 2002).

První zásadní změnou bylo, že druhé vydání je založeno na reprezentativních normativních datech. Výzkumný soubor nově tvoří 1 387 chlapců a dívek ve věku 7 až 18 let, kteří byli získáni ze škol po celých Spojených státech; zatímco vzorek první verze zahrnoval pouze žáky z jedné veřejné školy v Pensylvánii. Druhou změnou byla redukce škály z osmdesáti na šedesát položek, což podstatně zkrátilo dobu administrace při zachování škál sebepojetí a validačních škál z původního vydání Škály sebepojetí u dětí Piers-Harris. Třetí změnou je zavedení počítačové administrace a programu pro vyhodnocování (Piers, & Herzberg, 2002).

### Obecný popis škály

Škála sebepojetí u dětí Piers-Harris 2 je šedesáti položkový sebesuzovací dotazník s podnázvem *Jak vnímám sám/sama sebe* (The Way I Feel About Myself) určený pro děti a dospívající ve věku 7 až 18 let za podmínky, že dítě je schopné číst minimálně na úrovni druhé třídy základní školy. Jednotlivé položky představují výroky, které popisují, jak může jedinec vnímat sám sebe (např. výrok „*Jsem šťastný člověk.*“). Úkolem respondenta je určit, zda se daný výrok na něj vztahuje tím, že zvolí jednu ze dvou

možných odpovědí *ano* nebo *ne*. Administrace může probíhat individuálně nebo v menších skupinách, a to buď formou tužka-papír, nebo na počítači. Čas potřebný k vyplnění všech položek bývá u většiny respondentů 10 až 15 minut, přičemž časový limit není stanoven, každému je poskytnuto tolik času, kolik potřebuje (Piers, & Herzberg, 2002).

Škála sebepojetí u dětí Piers-Harris 2 zahrnuje stejné škály sebepojetí a validizační škály jako její originální verze. Škály sebepojetí tvoří Celkový skór a šest subškál sebepojetí. Celkový skór (TOT – Total score) je mírou celkového sebepojetí respondenta. Jednotlivé subškály hodnotí specifickou oblast sebepojetí, přičemž čím vyššího skóru jedinec dosáhne, tím pozitivnější sebehodnocení v dané oblasti má. Jedná se o tyto subškály (Obereignerů, Orel, & Reiterová, v tisku, 3; Piers, & Herzberg, 2002, 3):

- BEH (Behavioral Adjustment) – Přizpůsobivost;
- INT (Intellectual and School Status) – Intelektové a školní postavení;
- PHY (Physical Appearance and Attributes) – Fyzický zjev;
- FRE (Freedom From Anxiety) – Nepodléhání úzkosti;
- POP (Popularity) – Popularita;
- HAP (Happiness and Satisfaction) – Štěstí a spokojenost.

Celkový skór (TOT) je tvořen všemi šedesáti položkami dotazníku, přičemž každá z těchto položek náleží k jedné či více subškálám (viz tabulka č.2) (Piers, & Herzberg, 2002).

**Tabulka č.2:** Počet položek v jednotlivých škálách sebepojetí (Piers, & Herzberg, 2002, 4)

Škály sebepojetí	Počet položek
Celkový skór (TOT)	60
<b>Subškály</b>	
Přizpůsobivost (BEH)	14
Intelektové a školní postavení (INT)	16
Fyzický zjev (PHY)	11
Nepodléhání úzkosti (FRE)	14
Popularita (POP)	12
Štěstí a spokojenost (HAP)	10

Validizační škály metody Škála sebepojetí u dětí Piers-Harris 2 zahrnují Index inkonzistentních odpovědí (INC – Inconsistent Responding index), který odhalí náhodný výběr odpovědí, a Index předpojatosti (RES – Response Bias index), který měří tendenci dítěte opakovaně odpovídat ano či ne bez ohledu na obsah položky (Obereignerů et al., v tisku; Piers, & Herzberg, 2002).

### **Vyhodnocení škál sebepojetí a validizačních škál**

Při manuální formě administrace (tužka-papír) respondent vyplňuje formulář, v němž uvede své osobní údaje a následně, dle vlastního uvážení, u každého ze šedesáti výroků (položek) zakroužkuje pouze jednu odpověď *ano* či *ne* podle toho, zda se na něj daný výrok vztahuje nebo ne. Respondentovy odpovědi se přes průklepový papír otisknou na skórovací formulář, který slouží jako šablona pro vyhodnocení dotazníku. Každá odpověď je skórována body 0 nebo 1, přičemž je stanoveno, zda respondent získá jeden bod za odpověď *ano* nebo za odpověď *ne* (Piers, & Herzberg, 2002).

Hrubý Celkový skór (TOT) se vypočítá jako součet všech položek, které byly skórovány jedním bodem. Pro výpočet hrubých skórů jednotlivých subškál sečteme všechny příslušné položky pro danou subškálu, které byly skórovány jedním bodem. Vzhledem k tomu, že některé položky dotazníku náleží k více než jedné subškále, Celkový skór (TOT) nelze vypočítat prostým sečtením hrubých skórů ze všech šesti subškál (Piers, & Herzberg, 2002).

Hrubý skór Indexu inkonzistentních odpovědí (INC) vypočítáme dle patnácti párů položek, které jsou uvedeny v levém sloupci skórovacího formuláře. U každé dvojice položek, která splňuje podmínky inkonzistence, zaškrtneme políčko. Celkový počet zaškrtnutých políček reprezentuje hrubý skór Indexu inkonzistentních odpovědí (INC). Hrubý skór INC může tedy nabývat hodnot od 0 do 15, přičemž hrubý skór 4 a více již naznačuje, že dítě odpovědělo alespoň na některé položky dotazníku náhodně. Hrubý skór Indexu předpojatosti (RES) se rovná počtu položek, na které respondent odpověděl *ano* (Piers, & Herzberg, 2002).

Hrubé skóry škál sebepojetí a validizačních škál se pomocí profilového formuláře převedou na standardizované T-skóry a percentily. T-skór nám umožní určit, zda jedincovo sebepojetí odpovídá normě či zda se od ní odchyluje. Průměr T-skóru je 50, směrodatná

odchylka je 10. Normální pásmo Škály sebepojetí u dětí Piers-Harris 2 se tedy nachází v rozmezí 40T až 60T (Piers, & Herzberg, 2002).

### **Česká verze Škály sebepojetí u dětí Piers-Harris 2**

Autory české standardizace Škály sebepojetí u dětí Piers-Harris 2 jsou Obereignerů, Orel a Reiterová (v tisku). Standardizační vzorek tvoří 2 600 dětí a adolescentů ve věku 9 až 21 let ze základních a středních škol v České republice, avšak majoritní část vzorku pochází ze Zlínského kraje (74,3 %). Nezávisle na věkovém rozpětí standardizačního vzorku doporučují autoři využívat metodu u jedinců ve věku 9 až 18 let. Českou verzi je možné administrovat ve formě tužka-papír nebo na počítači. Počítačovou verzi je z hlediska množství dat a jejich následného vyhodnocení výhodné využít pro skupinovou administraci (Obereignerů et al., v tisku).

## **6.2 Etické zásady výzkumu**

Po celou dobu sběru dat prostřednictvím psychodiagnostické kvantitativní metody Škála sebepojetí u dětí Piers-Harris 2 byly dodržovány tyto etické zásady výzkumu:

- dobrovolnost účasti ve výzkumu;
- možnost kdykoli od výzkumu odstoupit;
- písemný informovaný souhlas zákonného zástupce v případě nezletilých jedinců;
- dodržení všech požadavků na práci s důvěrným materiálem;
- ochrana osobních údajů v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb.

Potenciální účastníci byli osloveni v den jejich nástupu na léčebný pobyt. Jelikož se ve většině případů jednalo o nezletilé jedince, byla vyžadována přítomnost i jejich zákonného zástupce. Oslovení potenciální účastníci a jejich zákonní zástupci byli vždy informováni o okolnostech a průběhu výzkumu. Také jim bylo sděleno, že jejich účast na výzkumu je zcela dobrovolná a byli ujištěni, že zpracované výsledky budou sloužit pouze výzkumným účelům a jejich osobní údaje nebudou nikde zveřejňovány. Pokud projeví zájem se na výzkumu podílet, byli požádáni, aby si v klidu přečetli písemný informovaný souhlas a v případě nejasností vznesli dotazy. Pro případ pozdějších dotazů jim byla poskytnuta e-mailová adresa zřízená čistě pro tyto výzkumné účely.

Dotazníkového šetření se zúčastnili a do výzkumu byli zařazeni pouze ti nezletilí jedinci, jejichž zákonný zástupce s jejich účastí ve výzkumu souhlasil, což potvrdil podpisem písemného informovaného souhlasu. Před zahájením samotné administrace, která probíhala vždy o několik dnů později, byli respondenti opět seznámeni s výzkumem, rovněž byli informováni o možnosti svoji účast kdykoli ukončit a ujištění, že získaná data budou zpracována hromadně a jejich osobní údaje nebudou nikde zveřejněny.

Data výzkumného souboru a osobní údaje všech respondentů byla po jejich statistickém zpracování smazána. Písemné informované souhlasy budou archivovány po nezbytně dlouhou dobu a následně budou skartovány.



## 7. Výzkumný soubor

Základní soubor tvoří všichni dospívající narození v letech 1996 až 2003 s diagnózou obezita (E66) v České republice. Výzkumný soubor byl získán prostřednictvím výběru na základě dostupnosti (Hendl, 2009, 57) v lázeňských zařízeních na Moravě, která poskytují dětem a dospívajícím s touto diagnózou léčebné pobyty. Postupně byly s žádostí o umožnění sběru dat pro výzkum kontaktovány Sanatorium Klimkovice, Lázně Teplice nad Bečvou, Státní léčebné lázně Bludov, Priessnitzovy léčebné lázně Jeseník a Dětská léčebna Křetín. Žádosti nakonec vyhověly a sběr dat pro diplomovou práci umožnily pouze Státní léčebné lázně Bludov a Dětská léčebna Křetín. Spolupráce s ostatními lázeňskými zařízeními byla pro nedostatečný počet pacientů splňujících kritéria pro zařazení do výzkumného souboru s lítostí odmítnuta.

Základními kritérii pro zařazení do výzkumného souboru byly rok narození 1996 až 2003 (v případě nezletilých jedinců s písemným informovaným souhlasem zákonného zástupce) a lékařem diagnostikovaná obezita (E66). Roky narození 1996 až 2003 byly zvoleny proto, aby v roce 2014, kdy výzkum probíhal, respondenti dosáhli věku 11 až 18 let; přesný kalendářní věk však nebyl pro výzkumné účely podstatný.

Při splnění uvedených kritérií bylo získáno 110 respondentů, z nichž 8 bylo vyřazeno z důvodu vysoké hodnoty (4 a více) Indexu inkonzistentních odpovědí (INC). Výzkumný soubor tedy tvoří celkem 102 dospívajících jedinců, z toho 80 ze Státních léčebných lázní Bludov a 22 z Dětské léčebny Křetín.

### Pohlaví:

Výzkumný soubor tvoří 67 dívek (65,7 %) a 35 chlapců (34,3 %). Ve Státních léčebných lázních Bludov 56 dívek (70 %) a 24 chlapců (30 %), což je více než dvakrát tolik dívek co chlapců. Naopak v Dětské léčebně Křetín je počet dívek a chlapců zcela vyrovnaný, 11 dívek (50 %) a 11 chlapců (50 %) (viz tabulka č.3).

**Tabulka č.3:** Rozložení výzkumného souboru dle pohlaví (n = 102)

	Státní léčebné lázně Bludov	Dětská léčebna Křetín	Řádkový součet
Dívky	56	11	67
Chlapci	24	11	35
Celý soubor	80	22	102

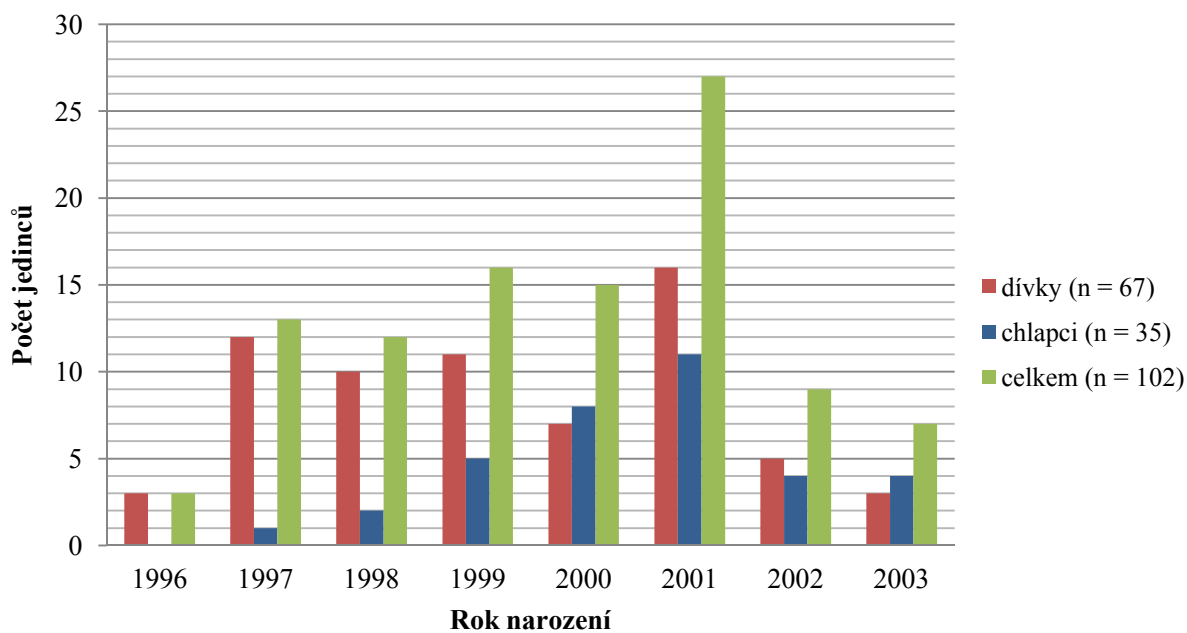
### Rok narození:

Nejvíce respondentů celkem (27; 26,5 %) i dle pohlaví: chlapců (11; 31,4 %) a dívek (16; 23,9 %) se narodilo v roce 2001. Naopak nejméně respondentů (3; 2,9 %) se narodilo v roce 1996. Nejméně dívek se narodilo v letech 1996 a 2003 (3; 4,5 %), současně se jedná o nejstarší a nejmladší dívky. Nejméně chlapců se narodilo v roce 1996 (0; 0 %). Nejstarší chlapec se narodil v roce 1997 (1; 2,9 %). Nejmladší chlapci se narodili v roce 2003 (4; 11,4 %) (viz tabulka č.4 a graf č.3).

**Tabulka č.4:** Rozložení výzkumného souboru dle roku narození (n = 102)

	Rok narození								Řádkový součet
	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	
Dívky	3	12	10	11	7	16	5	3	67
Chlapci	0	1	2	5	8	11	4	4	35
Celý soubor	3	13	12	16	15	27	9	7	102

**Graf č.3:** Rozložení výzkumného souboru dle roku narození (n = 102)



### Tělesná výška:

Průměrná tělesná výška výzkumného souboru je 164,92 cm. Nejvyšším respondentem je chlapec, který měří 186 cm. Nejnižším respondentem je naopak dívka, která měří 144 cm. Průměrná výška chlapců je 168,04 cm, průměrná výška dívek je 163,28 cm. Nejnižší dívka

měří již zmiňovaných 144 cm, nejnižší chlapec měří více pouze o 2 cm (146 cm). Naopak nejvyšší dívka měří 178 cm, což je o 8 cm méně než již zmiňovaný nejvyšší chlapec, který měří 186 cm (viz tabulka č.5).

**Tabulka č.5:** Popisné charakteristiky výzkumného souboru dle tělesné výšky (n = 102)

	Počet	Průměr	Sm. odchylka	Rozptyl	Minimum	Maximum
Dívky	67	163,28	9,07	82,21	144	178
Chlapci	35	168,04	7,24	52,39	146	186
Celý soubor	102	164,92	8,19	67,06	144	186

### **Tělesná hmotnost:**

Průměrná tělesná hmotnost výzkumného souboru je 85,12 kg. Nejvyšší hmotnost má dívka vážící 145,8 kg. Rovněž nejnižší hmotnost má také dívka vážící 58,6 kg, přičemž průměrná tělesná hmotnost dívek je 84,05 kg. Průměrná tělesná hmotnost chlapců je 87,18 kg. Nejnižší hmotností u chlapců je 59,6 kg, naopak nejvyšší hmotností je 143,4 kg (viz tabulka č.6).

**Tabulka č.6:** Popisné charakteristiky výzkumného souboru dle tělesné hmotnosti (n = 102)

	Počet	Průměr	Sm. odchylka	Rozptyl	Minimum	Maximum
Dívky	67	84,05	17,87	319,18	58,60	145,80
Chlapci	35	87,18	17,25	297,58	59,60	143,40
Celý soubor	102	85,12	17,63	310,99	58,60	145,80

### **Index tělesné hmotnosti (BMI):**

Průměrná hodnota BMI výzkumného souboru je 31,08. Nejnižší hodnotu BMI 24,2 má dívka narozena v roce 2001. Nejvyšší hodnotu BMI 46,5 má rovněž dívka narozena v roce 1996. Průměrná hodnota BMI je u dívek 31,31 a u chlapců 30,64. U chlapců má nejnižší hodnotu BMI 25,1 jedinec narozen v roce 1999, naopak nejvyšší hodnotu BMI 42,4 má jedinec narozen v roce 1997 (viz tabulka č.7).

Hodnota BMI byla u každého jedince zanesena v závislosti na pohlaví do příslušného standardizovaného percentilového grafu BMI. Jelikož nebylo možné bez znalosti dne a měsíce narození určit, zda jedinec v den testování již dosáhl věku dle roku narození, byly v grafu vyhledány údaje pro oba možné věky, aby bylo možné s jistotou tvrdit, že jedinec

spadá do pásma nadváha či obezita. Dle percentilového grafu BMI spadá 98 respondentů za hranici obezity (percentil 97.) a 4 respondenti za hranici nadváhy (percentil 90.). Ze zmíněných 98 respondentů má 74 navíc hodnotu BMI rovno či vyšší než 28, což znamená, že dle percentilového grafu BMI spadají za hranici obezity nezávisle na věku či pohlaví. Kritériem pro zařazení do výzkumného souboru byla však obezita diagnostikovaná lékařem, výpočty hodnot BMI nebyly z tohoto hlediska směrodatné.

**Tabulka č.7:** Popisné charakteristiky výzkumného souboru dle indexu tělesné hmotnosti (BMI) (n = 102)

	Počet	Průměr	Sm. odchylka	Rozptyl	Minimum	Maximum
Dívky	67	31,31	4,90	23,98	24,20	46,50
Chlapci	35	30,64	3,83	14,65	25,10	42,40
Celý soubor	102	31,08	4,55	20,70	24,20	46,50

## 7.1 Kontrolní skupina běžné populace dospívajících

Kontrolní skupinu tvoří vyvážený výběr jedinců narozených v letech 1996 až 2003 ze standardizačního vzorku české verze Škály sebepojetí u dětí Piers-Harris 2, který byl získán od jeho autorů (Obereignerů et al., v tisku). Ze standardizačního vzorku, který tvoří 2 600 dětí a dospívajících ve věku 9 až 21 let, byli nejprve vyřazeni všichni jedinci narození v letech 1995 a dříve a 2004 a později. Protříděním standardizačního vzorku bylo získáno 2 023 dospívajících narozených v letech 1996 až 2003, konkrétně se jednalo o 1 182 dívek (58,4 %) a 841 chlapců (41,6 %).

Porovnávat však výzkumný soubor (102 respondentů) s téměř dvacetkrát větším standardizačním vzorkem (2 023 respondentů) by mohlo vést ke zkreslení výsledků. Proto byl proveden z 2 023 respondentů vyvážený výběr dle pohlaví a roku narození, aby množství respondentů standardizačního vzorku bylo maximálně dvakrát větší, než je výzkumný soubor.

Původních 2 023 respondentů standardizačního vzorku bylo nejprve seřazeno dle roku narození a následně v každém roce dle pohlaví. Jelikož bylo žádoucí, aby kontrolní (výběrová) skupina měla cca 150 jedinců, byl vybrán z takto seřazeného souboru každý dvanáctý respondent. Výsledný výběr tak tvoří 156 respondentů, 91 dívek (58,3 %) a

65 chlapců (41,7 %). Zda je kontrolní (výběrová) skupina skutečně vyvážená bylo ověřeno porovnáním procentuálního zastoupení dívek a chlapců v standardizačním vzorku a v kontrolní (výběrové) skupině, a to jak v jednotlivých letech narození tak i celkově (viz tabulka č.8). Dále byly vypočítány a porovnány průměry hrubých skóre Celkového skóru (TOT) a všech šesti subškál Škály sebepojetí u dětí Piers-Harris 2 standardizačního vzorku a kontrolní (výběrové) skupiny (viz tabulka č.9).

**Tabulka č.8:** Procentuální zastoupení dívek a chlapců ve standardizačním vzorku (n = 2 023) a v kontrolní (výběrové) skupině (n = 156)

Rok narození	Standardizační vzorek				Kontrolní (výběrová) skupina			
	Dívky		Chlapci		Dívky		Chlapci	
1996	208	77,1 %	62	22,9 %	16	76,2 %	5	23,8 %
1997	206	73 %	76	27 %	16	72,7 %	6	27,3 %
1998	153	61 %	98	39 %	12	63,2 %	7	36,8 %
1999	130	46,6 %	149	53,4 %	10	47,6 %	11	52,4 %
2000	144	53,5 %	125	46,5 %	11	52,4 %	10	47,6 %
2001	137	49,5 %	140	50,5 %	10	47,6 %	11	52,4 %
2002	114	53,8 %	98	46,2 %	9	52,9 %	8	47,1 %
2003	90	49,2 %	93	50,8 %	7	50 %	7	50 %
Celkem	1 182	58,4 %	841	41,6 %	91	58,3 %	65	41,7 %

**Tabulka č.9:** Průměry hrubých skóre jednotlivých škál Škály sebepojetí u dětí Piers-Harris 2 standardizačního vzorku (n = 2 023) a kontrolní (výběrové) skupiny (n = 156)

Škály sebepojetí	Standardizační vzorek	Kontrolní (výběrová) skupina
Celkový skór (TOT)	40,06	39,57
Přizpůsobivost (BEH)	10,28	10,30
Intelektové a školní postavení (INT)	9,72	9,63
Fyzický zjev (PHY)	6,75	6,67
Nepodléhání úzkosti (FRE)	8,79	8,38
Popularita (POP)	8,32	8,24
Štěstí a spokojenost (HAP)	7,70	7,72

## 8. Zpracování dat

K rozřídění a statistickému vyhodnocení dat byly použity programy Microsoft Office Excel 2007 a Statistica 12. Online sebraná data všech respondentů byla bezprostředně odeslána do centrálního uložení a následně počítačově vyhodnocena v rámci projektu ESF *Rozvoj a podpora kvality ve vzdělávání* č. CZ.1.07/1.1.38/02.0034. Výsledky dotazníku Škála sebepojetí u dětí Piers-Harris 2 byly dodány ve formě tabulky programu Microsoft Office Excel. Tabulka obsahuje základní údaje o respondentovi, v souladu s manuálem oskóvané odpovědi body 0 nebo 1 u všech šedesáti položek a dle manuálu vypočítané hrubé skóry všech validizačních škál a škál sebepojetí (Obereignerů et al., v tisku):

- Index inkonzistentních odpovědí (INC);
- Index předpojatosti (RES);
- Celkový skór (TOT);
- Přizpůsobivost (BEH);
- Intelektové a školní postavení (INT);
- Fyzický zjev (PHY);
- Nepodléhání úzkosti (FRE);
- Popularita (POP);
- Štěstí a spokojenost (HAP).

Respondentů, kteří se dotazníkového šetření zúčastnili, bylo původně 110. Osm z nich však bylo na základě hodnoty hrubého skóru Indexu inkonzistentních odpovědí (INC) vyřazeno. Hrubý skór Indexu inkonzistentních odpovědí (INC), jež nabývá hodnot 4 a více totiž značí, že respondent odpověděl alespoň na některé položky dotazníku náhodně (Obereignerů et al., v tisku). Data získaná od těchto respondentů proto nebyla pro zachování reliability do výzkumu zařazena.

Dále byly u každého respondenta výzkumného souboru doplněny hodnoty jeho tělesné váhy a tělesné výšky. Tyto údaje byly získány od rodičů respondentů při podpisu písemného informovaného souhlasu a pro ověření jejich přesnosti byly následně konfrontovány s hodnotami naměřenými při zahájení léčebného pobytu. Index tělesné hmotnosti (BMI) byl vypočítán dle běžně užívaného vzorce: tělesná hmotnost

v kilogramech dělená druhou mocninou tělesné výšky v metrech (Marinov, & Zemková, 2012, 13).

Před rozhodnutím, který statistický test pro porovnání dvou nezávislých souborů bude použit, bylo pomocí testů normality ověřeno, zda zkoumané výběry pocházejí z normálního rozdělení. Výsledky testů normality ukázaly, že výběry z normálního rozdělení nepocházejí, a proto byl pro porovnání hrubých skóre Celkového skóre (TOT) a jednotlivých subškál sebepojetí Škály sebepojetí u dětí Piers-Harris 2 výzkumného souboru a kontrolní skupiny běžné populace dospívajících zvolen neparametrický dvouvýběrový Wilcoxonův test. Míra souvislosti mezi indexem tělesné hmotnosti (BMI) a Celkovým skórem (TOT) Škály sebepojetí u dětí Piers-Harris 2 u skupiny dospívajících s diagnózou obezita byla statisticky testována pomocí Pearsonova korelačního koeficientu.

Míra účinku (effect size) statisticky významných výsledků byla ověřena pomocí Cohenova  $d$  podle vzorce:

$$d = 2Z / \sqrt{N}$$

kdy  $Z$  je výsledek testové statistiky a  $N$  je celkový počet respondentů porovnávaných souborů (Cortina, & Nouri, 2000, in Sigmund, 2012, 23). Běžně používané hodnocení velikosti koeficientu  $d$  je následující (Cohen, 1988; Sheskin, 2007, in Sigmund, 2012, 22):

$d \geq 0,80$	→	velký efekt,
$d \in (0,50 - 0,80)$	→	střední efekt,
$d \in (0,20 - 0,50)$	→	malý efekt.

## 9. Výsledky výzkumu

### 9.1 Testování hypotézy H1

*H1: Existuje statisticky významný rozdíl ve všech ukazatelích sebepojetí (Celkový skór, Přizpůsobivost, Intelektové a školní postavení, Fyzický zjev, Nepodléhání úzkosti, Popularita, Štěstí a spokojenost) dospívajících zjišťovaných Škálou sebepojetí u dětí Piers-Harris 2 mezi skupinou dospívajících s diagnózou obezita a kontrolní skupinou běžné populace dospívajících.*

Hypotéza H1 byla ověřována pomocí neparametrického dvouvýběrového Wilcoxonova testu na jednotlivých ukazatelích Škály sebepojetí u dětí Piers-Harris 2. Výsledky testů jsou uvedeny v tabulce č.10. Shoda mediánů na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$  nebyla zamítnuta v ukazatelích BEH, PHY a POP, naopak byla zamítnuta v ukazatelích TOT, INT, FRE a HAP.

**Tabulka č.10:** Srovnání Celkového skóru a šesti subškál sebepojetí skupiny dospívajících s diagnózou obezita s kontrolní skupinou běžné populace dospívajících

Škála	Medián		Wilcoxonův test		d
	Dospívající s dg. obezita	Kontrolní skupina	Z	p	
TOT	36	41	2,65	<b>0,008</b>	0,33
BEH	11	11	1,78	0,075	0,22
PHY	9	10	1,31	0,192	0,16
INT	6	7	3,09	<b>0,002</b>	0,38
FRE	8	9	2,03	<b>0,043</b>	0,25
POP	9	9	1,06	0,291	0,13
HAP	7	9	4,28	<b>&lt; 0,001</b>	0,53

*Pozn.: TOT – Celkový skór, BEH – Přizpůsobivost, INT – Intelektové a školní postavení, PHY – Fyzický zjev, FRE – Nepodléhání úzkosti, POP – Popularita, HAP – Štěstí a spokojenost. Soubor dospívajících s diagnózou obezita tvoří 102 jedinců, kontrolní skupinu běžné populace dospívajících tvoří 156 jedinců. Sloupec d je ukazatelem míry účinku (Cohenovo d).*

**Hypotéza H1 byla ověřena a nepřijata.** Nebyl naměřen statisticky významný rozdíl ve všech ukazatelích sebepojetí (Celkový skór, Přizpůsobivost, Intelektové a školní



postavení, Fyzický zjev, Nepodléhání úzkosti, Popularita, Štěstí a spokojenost) dospívajících zjišťovaných Škálou sebepojetí u dětí Piers-Harris 2 mezi skupinou dospívajících s diagnózou obezita a kontrolní skupinou běžné populace dospívajících.

## 9.2 Testování hypotézy H2

*H2: Existuje statisticky významný rozdíl v Celkovém skóru Škály sebepojetí u dětí Piers-Harris 2 mezi skupinou dospívajících dívek s diagnózou obezita a kontrolní skupinou běžné populace dospívajících dívek.*

Hypotéza H2 byla ověřována pomocí neparametrického dvouvýběrového Wilcoxonova testu na Celkovém skóru Škály sebepojetí u dětí Piers-Harris 2. Výsledky testu jsou uvedeny v tabule č.11. Shoda mediánů na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$  nebyla v Celkovém skóru zamítnuta.

**Tabulka č.11:** Srovnání Celkového skóru skupiny dospívajících dívek s diagnózou obezita s kontrolní skupinou běžné populace dospívajících dívek

Škála	Medián		Wilcoxonův test		
	Dívky s dg. obezita	Kontrolní skupina dívek	Z	p	d
TOT	37	39	1,18	0,236	0,19
BEH	11	11	0,97	0,330	0,16
PHY	10	10	0,18	0,858	0,03
INT	6	6	1,96	<b>0,049</b>	0,31
FRE	8	8	1,09	0,276	0,17
POP	9	9	-0,43	0,665	-0,07
HAP	7	8	3,02	<b>0,003</b>	0,48

*Pozn.: TOT – Celkový skór, BEH – Přizpůsobivost, INT – Intelektové a školní postavení, PHY – Fyzický zjev, FRE – Nepodléhání úzkosti, POP – Popularita, HAP – Štěstí a spokojenost. Soubor dospívajících s diagnózou obezita tvoří 67 dívek, kontrolní skupinu běžné populace dospívajících tvoří 91 dívek. Sloupec d je ukazatelem míry účinku (Cohenovo d).*

**Hypotéza H2 byla ověřena a nepřijata.** Nebyl naměřen statisticky významný rozdíl v Celkovém skóru Škály sebepojetí u dětí Piers-Harris 2 mezi skupinou

dospívajících dívek s diagnózou obezita a kontrolní skupinou běžné populace dospívajících dívek.

Pro informaci byly provedeny analýzy i na dalších ukazatelích Škály sebepojetí u dětí Piers-Harris 2 (viz tabulka č.11). Shoda mediánů na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$  nebyla zamítnuta v ukazatelích BEH, PHY, FRE a POP, naopak byla zamítnuta v ukazatelích INT a HAP.

### 9.3 Testování hypotézy H3

*H3: Existuje statisticky významný rozdíl v Celkovém skóru Škály sebepojetí u dětí Piers-Harris 2 mezi skupinou dospívajících chlapců s diagnózou obezita a kontrolní skupinou běžné populace dospívajících chlapců.*

Hypotéza H3 byla ověřována pomocí neparametrického dvouvýběrového Wilcoxonova testu na Celkovém skóru Škály sebepojetí u dětí Piers-Harris 2. Výsledky testu jsou uvedeny v tabule č.12. Shoda mediánů na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$  byla v Celkovém skóru zamítnuta.

**Tabulka č.12:** Srovnání Celkového skóru dospívajících chlapců s diagnózou obezita s kontrolní skupinou běžné populace dospívajících chlapců

Škála	Medián		Wilcoxonův test		
	Chlapci s dg. obezita	Kontrolní skupina chlapců	Z	p	d
TOT	35	42	2,71	<b>0,007</b>	0,54
BEH	8	11	1,95	0,051	0,39
PHY	8	10	2,04	<b>0,041</b>	0,41
INT	5	7	2,18	<b>0,029</b>	0,44
FRE	8	10	1,64	0,101	0,33
POP	7	9	2,49	<b>0,013</b>	0,50
HAP	7	9	2,96	<b>0,003</b>	0,59

*Pozn.: TOT – Celkový skór, BEH – Přizpůsobivost, INT – Intelektové a školní postavení, PHY – Fyzický zjev, FRE – Nepodléhání úzkosti, POP – Popularita, HAP – Štěstí a spokojenost. Soubor dospívajících s diagnózou obezita tvoří 35 chlapců, kontrolní skupinu běžné populace dospívajících tvoří 65 chlapců. Sloupec d je ukazatelem míry účinku (Cohenovo d).*

**Hypotéza H3 byla ověřena a přijata.** Byl naměřen statisticky významný rozdíl v Celkovém skóru Škály sebepojetí u dětí Piers-Harris 2 mezi skupinou dospívajících chlapců s diagnózou obezita a kontrolní skupinou běžné populace dospívajících chlapců.

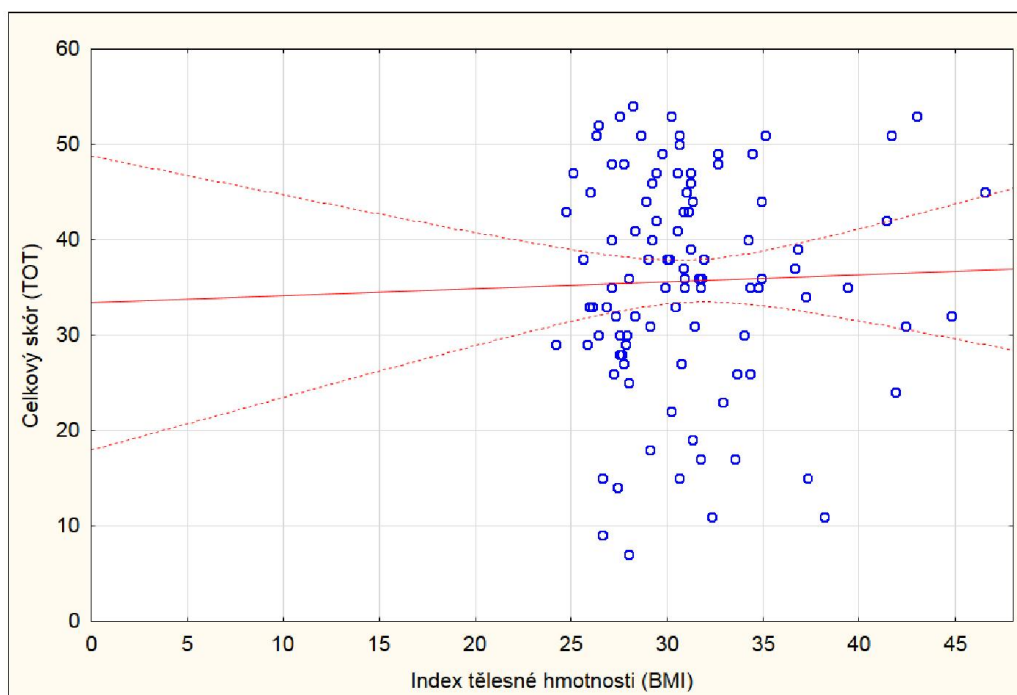
Pro informaci byly provedeny analýzy i na dalších ukazatelích Škály sebepojetí u dětí Piers-Harris 2 (viz tabulka č.12). Shoda mediánů na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$  nebyla zamítnuta v ukazatelích BEH a FRE, naopak byla zamítnuta v ukazatelích PHY, INT, POP a HAP.

## 9.4 Testování hypotézy H4

*H4: Existuje statisticky významná souvislost mezi indexem tělesné hmotnosti a Celkovým skórem Škály sebepojetí u dětí Piers-Harris 2 u skupiny dospívajících s diagnózou obezita.*

Hypotéza H4 byla ověřována na základě korelace pomocí Pearsonova korelačního koeficientu. Ten byl vypočítán mezi hodnotami indexu tělesné hmotnosti (BMI) a hrubým skórem Celkového skóru (TOT) Škály sebepojetí u dětí Piers-Harris 2. Vypočítaný korelační koeficient není na hladině  $\alpha = 0,05$  statisticky významný ( $r = 0,03$ ;  $p = 0,77$ ). Mezi proměnnými index tělesné hmotnosti (BMI) a Celkový skór (TOT) neexistuje žádná souvislost (viz graf č.4).

**Graf č.4:** Závislost Celkového skóru (TOT) na indexu tělesné hmotnosti (BMI)



**Hypotéza H4 byla ověřena a nepřijata.** Nebyla naměřena statisticky významná souvislost mezi indexem tělesné hmotnosti a Celkovým skórem Škály sebepojetí u dětí Piers-Harris 2 u skupiny dospívajících s diagnózou obezita.

## 9.5 K platnosti hypotéz

### Výsledky hypotézy H1

K ověření platnosti hypotézy H1: *Existuje statisticky významný rozdíl ve všech ukazatelích sebepojetí (Celkový skór, Přizpůsobivost, Intelektové a školní postavení, Fyzický zjev, Nepodléhání úzkosti, Popularita, Štěstí a spokojenost) dospívajících zjišťovaných Škálou sebepojetí u dětí Piers-Harris 2 mezi skupinou dospívajících s diagnózou obezita a kontrolní skupinou běžné populace dospívajících.*

Hypotéza H1 byla ověřena a nepřijata.

Nebyl naměřen statisticky významný rozdíl ve všech ukazatelích sebepojetí (Celkový skór, Přizpůsobivost, Intelektové a školní postavení, Fyzický zjev, Nepodléhání úzkosti, Popularita, Štěstí a spokojenost) dospívajících zjišťovaných Škálou sebepojetí u dětí Piers-Harris 2 mezi skupinou dospívajících s diagnózou obezita a kontrolní skupinou běžné populace dospívajících.

### Výsledky hypotézy H2

K ověření platnosti hypotézy H2: *Existuje statisticky významný rozdíl v Celkovém skóru Škály sebepojetí u dětí Piers-Harris 2 mezi skupinou dospívajících dívek s diagnózou obezita a kontrolní skupinou běžné populace dospívajících dívek.*

Hypotéza H2 byla ověřena a nepřijata.

Nebyl naměřen statisticky významný rozdíl v Celkovém skóru Škály sebepojetí u dětí Piers-Harris 2 mezi skupinou dospívajících dívek s diagnózou obezita a kontrolní skupinou běžné populace dospívajících dívek.

### Výsledky hypotézy H3

K ověření platnosti hypotézy H3: *Existuje statisticky významný rozdíl v Celkovém skóru Škály sebepojetí u dětí Piers-Harris 2 mezi skupinou dospívajících chlapců s diagnózou obezita a kontrolní skupinou běžné populace dospívajících chlapců.*

Hypotéza H3 byla ověřena a přijata.

Byl naměřen statisticky významný rozdíl v Celkovém skóru Škály sebepojetí u dětí Piers-Harris 2 mezi skupinou dospívajících chlapců s diagnózou obezita a kontrolní skupinou běžné populace dospívajících chlapců.

### Výsledky hypotézy H4

K ověření platnosti hypotézy H4: *Existuje statisticky významná souvislost mezi indexem tělesné hmotnosti a Celkovým skórem Škály sebepojetí u dětí Piers-Harris 2 u skupiny dospívajících s diagnózou obezita.*

Hypotéza H4 byla ověřena a nepřijata.

Nebyla naměřena statisticky významná souvislost mezi indexem tělesné hmotnosti a Celkovým skórem Škály sebepojetí u dětí Piers-Harris 2 u skupiny dospívajících s diagnózou obezita.

## 10. Diskuze

Cílem výzkumné části této diplomové práce bylo porovnat výsledky Celkového skóru (TOT) a šesti subškál sebepojetí (BEH, INT, PHY, FRE, POP, HAP) standardizovaného dotazníku Škála sebepojetí u dětí Piers-Harris 2 mezi skupinou dospívajících s diagnózou obezita a kontrolní skupinou běžné populace dospívajících. Dalším cílem výzkumu bylo zjistit, zda existuje statisticky významná souvislost mezi Celkovým skórem (TOT) tohoto standardizovaného dotazníku a indexem tělesné hmotnosti (BMI) u skupiny dospívajících s diagnózou obezita.

Standardizovaný dotazník Škála sebepojetí u dětí Piers-Harris 2 je revidovaným vydáním původní verze Škály sebepojetí u dětí Piers-Harris. Dotazník obsahuje šedesát položek, které popisují, jak může jedinec sám sebe vnímat. Úkolem respondenta je prostřednictvím odpovědí ano/ne určit, zda se daný výrok vztahuje právě na něj. Celkový skór (TOT) dotazníku hodnotí celkové sebepojetí respondenta, skóry jednotlivých subškál hodnotí specifické oblasti sebepojetí, a to Přízpůsobivost (BEH), Intelektové a školní postavení (INT), Fyzický zjev (PHY), Nepodléhání úzkosti (FRE), Popularitu (POP) a Štěstí a spokojenost (HAP) (Obereignerů et al., v tisku).

Samotný výzkum byl proveden v období květen až listopad 2014. Výzkumný soubor tvořící 102 respondentů (67 dívek a 35 chlapců) byl získán prostřednictvím *výběru na základě dostupnosti* (Hendl, 2009, 57) v lázeňských zařízeních, která poskytují dětem a dospívajícím s diagnózou obezita (E66) léčebné pobyty; konkrétně se jedná o moravské Státní léčebné lázně Bludov a Dětskou léčebnu Křetín. Reprezentativnost výzkumného souboru však nelze zaručit, neboť se nejednalo o náhodný výběr, tudíž každý jedinec základního souboru neměl stejnou pravděpodobnost, že bude do výzkumu zařazen. Na výsledky výzkumu mohlo mít rovněž vliv nerovnoměrné zastoupení dívek a chlapců ve výzkumném souboru.

Hlavní kritéria pro zařazení do výzkumného souboru byla dvě, a to rok narození 1996 až 2003 a lékařem diagnostikovaná obezita (E66). Roky narození 1996 až 2003 byly zvoleny proto, aby v roce 2014, kdy výzkum probíhal, respondenti dosáhli věku 11 až 18 let. Dolní věková hranice 11 let byla stanovena v souladu s tradicí evropské psychologie, která tímto věkem vymezuje počátek období dospívání (např. Langmeier, & Krejčířová, 2006; Macek, 2003; Vágnerová, 2005). Skutečný nástup procesu dospívání

však nesouvisí s dosažením jedenáctého roku věku, ale s biologickými změnami, ke kterým v tomto období dochází; v zahájení pubescentních změn tak existují mezi jednotlivci značné individuální i genderové rozdíly, a proto přesný kalendářní věk v den testování nebyl pro výzkum, ani pro zařazení do výzkumného souboru, podstatný. Horní věková hranice 18 let byla stanovena v souladu s manuálem administrovaného standardizovaného dotazníku, který je určen pro děti a dospívající ve věku 9 až 18 let.

Druhé kritérium pro zařazení do výzkumného souboru splňovali již všichni potencionální účastníci výzkumu, kteří byli v den zahájení léčebného pobytu osloveni, neboť lékařem stanovená diagnóza obezita (E66) je podmínkou pro indikaci léčby obezity v lázeňském zařízení. Z tohoto důvodu nebyli z výzkumu vyřazeni ani 4 respondenti, kteří dle indexu tělesné hmotnosti (BMI) spadají do pásma nadváha, neboť hodnoty BMI jsou pouze orientační a tedy pro lékařské stanovení diagnózy obezita (E66) nezávazné.

Data výzkumného souboru byla statisticky porovnána s daty kontrolní skupiny běžné populace dospívajících, kterou tvoří vyvážený výběr 156 jedinců narozených v letech 1996 až 2003 ze standardizačního vzorku české verze Škály sebepojetí u dětí Piers-Harris 2, který byl získán od jeho autorů (Obereignerů et al., v tisku). Tento výběr je vyvážen dle pohlaví a roku narození tak, aby procentuální zastoupení dívek a chlapců kontrolní (výběrové) skupiny odpovídal v jednotlivých rocích procentuálnímu zastoupení dívek a chlapců ve standardizačním vzorku. Pro kontrolu byly rovněž u standardizačního vzorku a u kontrolní (výběrové) skupiny porovnány průměry hrubých skóre Celkového skóre (TOT) a všech šesti subškál dotazníku Škála sebepojetí u dětí Piers-Harris 2.

Skutečnost, že kontrolní skupinu tvoří respondenti, kteří byli vybráni z běžné populace pro účely standardizace české verze Škály sebepojetí u dětí Piers-Harris 2 a o kterých tedy nelze s jistotou říci, že žádný z nich diagnózou obezita (E66) netrpí, mohlo výsledky výzkumu ovlivnit. Proto by se pro ověření platnosti výsledků testovaných hypotéz tohoto výzkumu v budoucnu mohlo osvědčit porovnávat data výzkumného souboru dospívajících s diagnózou obezita se skupinou dospívajících bez této diagnózy či dokonce se skupinou dospívajících, kteří aktivně sportují.

Administrace standardizovaného dotazníku Škála sebepojetí u dětí Piers-Harris 2 probíhala vždy skupinově počítačovou formou, přičemž právě dostupnost dostatečného množství počítačů s připojením na internet se zpočátku zdála býti limitujícím faktorem. Ve Státních léčebných lázních Bludov se dotazníkové šetření nakonec uskutečnilo

v počítačové učebně základní školy při Státních léčebných lázních Bludov, v Dětské léčebně Křetín, kde bylo v jednotlivých turnusech výrazně méně respondentů, stačilo zapojení čtyř soukromých notebooků v samostatné místnosti – herně. Za další nevýhodu online testování považují možnost ztráty dosavadních dat při dlouhodobém výpadku internetu v průběhu vyplňování. Tato situace nastala při sběru dat pouze dvakrát, přičemž v obou případech byl respondent požádán o opakované vyplnění testové baterie.

Výhodu online testování shledávám především v tom, že respondent má k dispozici vždy pouze jednu dotazníkovou položku bez možnosti návratu k předchozím, což mu znemožňuje své odpovědi v jednotlivých položkách porovnávat. Další výhoda spočívá v tom, že není možné přejít k další položce, dokud není dokončena položka aktuální, přičemž u každé položky lze označit pouze jednu odpověď. Tím je zajištěno, že respondent nebude vyřazen z výzkumu pro velké množství položek bez odpovědi či s vícenásobnou odpovědí.

Testování jednoho respondenta trvalo většinou 30 až 45 minut; pomalejším zabralo vyplnění celé testové baterie i 60 minut. Roli zde hrál především věk respondenta, jeho schopnost se na daný úkol po celou dobu soustředit i jeho ochota spolupracovat. Někteří chlapci měli navíc při skupinové administraci potřebu testové položky komentovat či odpověď diskutovat s kamarády, čehož po požádání o klid zanechali. Před zahájením vyplňování testové baterie bylo každému respondentovi nabídnuto se v případě jakýchkoli nejasností dotázat. Respondenti zadání bez problémů porozuměli, avšak opakovaně se objevoval dotaz, co znamená slovo „*nesmělý*“.

Hlavním cílem výzkumu bylo na základě statistického zpracování získaných dat ověřit platnost čtyř stanovených hypotéz. Hypotéza H1: *Existuje statisticky významný rozdíl ve všech ukazatelích sebepojetí (Celkový skór, Přizpůsobivost, Intelektové a školní postavení, Fyzický zjev, Nepodléhání úzkosti, Popularita, Štěstí a spokojenost) dospívajících zjišťovaných Škálou sebepojetí u dětí Piers-Harris 2 mezi skupinou dospívajících s diagnózou obezita a kontrolní skupinou běžné populace dospívajících*; byla ověřena pomocí neparametrického dvouvýběrového Wilcoxonova testu na jednotlivých ukazatelích Škály sebepojetí u dětí Piers-Harris 2. Shoda mediánů na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$  nebyla zamítnuta v ukazatelích BEH – Přizpůsobivost ( $p = 0,075$ ), PHY – Fyzický zjev ( $p = 0,192$ ) a POP – Popularita ( $p = 0,291$ ). Shoda mediánů na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$  naopak byla zamítnuta v ukazatelích TOT – Celkový skór ( $p = 0,008$ ), INT – Intelektové a školní postavení ( $p = 0,002$ ), FRE – Nepodléhání úzkosti



( $p = 0,043$ ) a HAP – Štěstí a spokojenost ( $p < 0,001$ ); v těchto ukazatelích byl tedy naměřen statisticky významný rozdíl mezi skupinou dospívajících s diagnózou obezita a kontrolní skupinou běžné populace dospívajících. Podmínkou pro přijetí hypotézy H1 však bylo prokázat statisticky významný rozdíl ve všech ukazatelích sebepojetí současně, a tak hypotéza H1 nebyla přijata.

Z hlediska míry účinku (effect size) mají rozdíly v ukazatelích TOT ( $d = 0,33$ ), INT ( $d = 0,38$ ) a FRE ( $d = 0,25$ ) pouze malý efekt, zatímco v ukazateli HAP ( $d = 0,53$ ) má míra účinku (effect size) efekt střední. Rozdíly v ukazateli HAP lze interpretovat tak, že dospívající s diagnózou obezita se cítí méně šťasten a spokojen se sebou samým a je kritický ke svému fyzickému vzhledu, ke schopnosti komunikovat s ostatními a ke svým základním osobnostním vlastnostem; celkově tedy postrádá pocit životní pohody (Obereignerů et al., v tisku). Jednou z možných příčin těchto pocitů by mohla být konfrontace s hodnotícím postojem vrstevníků, s nimiž dospívající porovnává svůj fyzický vzhled, který však neodpovídá jejich obecně přijímaným normám a představám (Fraňková, 2007). Výsledkem tedy může být nespokojenost s vlastním životem a se sebou samým.

Wadden, Foster, Brownell a Finley (1984) porovnávali výsledky dotazníku Škála sebepojetí u dětí Piers-Harris 105 obézních (47 dívek a 58 chlapců) a 105 průměrně vážících dětí ve třetí až osmé třídě vybrané základní školy a již v roce 1984 došli k obdobnému výsledku, tedy že mezi skupinou obézních dětí a skupinou průměrně vážících dětí není v úrovni jejich sebepojetí statisticky významný rozdíl. Tyto výsledky jsou ovšem v rozporu s výsledky výzkumu Sallade (1973, in Wadden et al., 1984), který prostřednictvím Škály sebepojetí u dětí Piers-Harris zjistil, že obézní děti vykazují statisticky významně nižší sebepojetí než jejich neobézní vrstevníci. Wadden et al. (1984) se však na základě porovnání výsledků obou výzkumů domnívají, že statisticky významné rozdíly výzkumu Sallade nejsou významné klinicky. Pokud by ale klinicky významné byly, lze předpokládat, že v 70. letech 20. století kdy se tento výzkum uskutečnil, nebyla obezita ve společnosti ještě běžná, což mohlo mít na sebepojetí obézního jedince značný vliv.

Hypotéza H2: *Existuje statisticky významný rozdíl v Celkovém skóru Škály sebepojetí u dětí Piers-Harris 2 mezi skupinou dospívajících dívek s diagnózou obezita a kontrolní skupinou běžné populace dospívajících dívek*; byla rovněž ověřena pomocí neparametrického dvouvýběrového Wilcoxonova testu na Celkovém skóru (TOT) Škály

sebepojetí u dětí Piers-Harris 2. Shoda mediánů na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$  nebyla v Celkovém skóru zamítnuta ( $p = 0,236$ ). Hypotéza tedy nebyla přijata.

Pro informaci byly provedeny analýzy i na dalších ukazatelích Škály sebepojetí u dětí Piers-Harris 2. Shoda mediánů však byla zamítnuta pouze v ukazatelích INT ( $p = 0,049$ ) a HAP ( $p = 0,003$ ), avšak z hlediska míry účinku (effect size) mají tyto rozdíly v obou ukazatelích (INT:  $d = 0,31$ ; HAP:  $d = 0,48$ ) pouze malý efekt. Na základě statistických výsledků lze tedy konstatovat, že v úrovni sebepojetí dospívajících dívek s diagnózou obezita a dívek běžné populace dospívajících není faktický rozdíl.

Hypotéza H3: *Existuje statisticky významný rozdíl v Celkovém skóru Škály sebepojetí u dětí Piers-Harris 2 mezi skupinou dospívajících chlapců s diagnózou obezita a kontrolní skupinou běžné populace dospívajících chlapců*; byla také ověřena pomocí neparametrického dvouvýběrového Wilcoxonova testu na Celkovém skóru (TOT) Škály sebepojetí u dětí Piers-Harris 2. Shoda mediánů na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$  byla v Celkovém skóru (TOT) zamítnuta ( $p = 0,007$ ). Hypotéza byla ověřena a přijata. Míra účinku (effect size) tohoto rozdílu má střední efekt (TOT:  $d = 0,54$ ), z čehož lze usuzovat, že u chlapců má na rozdíl od dívek tato diagnóza a s ní spojený fyzický vzhled a tělesné proporce na celkovou úroveň sebepojetí větší dopad.

Dále byly u chlapců provedeny analýzy i na dalších ukazatelích Škály sebepojetí u dětí Piers-Harris 2. Shoda mediánů byla na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$  rovněž zamítnuta v ukazatelích PHY ( $p = 0,041$ ), INT ( $p = 0,029$ ), POP ( $p = 0,013$ ) a HAP ( $p = 0,003$ ), přičemž míra účinku (effect size) těchto rozdílů má u ukazatelů PHY ( $d = 0,41$ ) a INT ( $d = 0,44$ ) pouze malý efekt, zatímco u ukazatelů POP ( $d = 0,50$ ) a HAP ( $d = 0,59$ ) má efekt střední. To je možné interpretovat tak, že obézní dospívající chlapci nejsou oproti běžné populaci svých vrstevníků spokojeni nejen se svým životem a se sebou samými, ale i se svojí schopností navazovat přátelské vztahy či zapojovat se do společenských her, sportu a dalších aktivit. V extrémním případě se mohou cítit sociálně izolováni, kdy jsou buď ignorováni a nebo naopak jsou terčem posměchu (Obereignerů et al., v tisku).

Tyto výsledky se zdají být velmi překvapivé, neboť lze předpokládat, že dospívající dívky budou v tomto věku klást důraz na svůj fyzický vzhled a budou chtít dosáhnout obecně přijímaného ideálu krásy a být tak pro své okolí atraktivní (Vágnerová, 2000). U chlapců však může mít mnohem silnější dopad na celkovou úroveň jejich sebepojetí než

samotný fyzický vzhled skutečnost, že jsou svými fyzickými proporcemi omezeni v pohybových aktivitách, že jsou nemotorní a ne příliš zdatní ve sportu, v důsledku čehož bývají často vyřazeni z kolektivu svých vrstevníků (Marinov et al., 2011).

Hypotéza H4: *Existuje statisticky významná souvislost mezi indexem tělesné hmotnosti a Celkovým skórem Škály sebepojetí u dětí Piers-Harris 2 u skupiny dospívajících s diagnózou obezita*; byla ověřena pomocí Pearsonova korelačního koeficientu. Ten byl vypočítán mezi hodnotami indexu tělesné hmotnosti (BMI) a hrubým skórem Celkového skóru (TOT) Škály sebepojetí u dětí Piers-Harris 2 u skupiny dospívajících s diagnózou obezita (E66). Vypočítaný korelační koeficient není na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$  statisticky významný ( $p = 0,77$ ). Mezi proměnnými neexistuje žádná souvislost. Hypotéza H4 byla ověřena a nepřijata. Důvodem neprokázání souvislosti mezi indexem tělesné hmotnosti (BMI) a Celkovým skórem (TOT) u dospívajících s diagnózou obezita může být předpoklad, že na úroveň sebepojetí jedince nemá primární vliv jeho tělesná váha, ale jeho osobnostní rysy či sociální prostředí.

Z jednotlivých výsledků tohoto výzkumu lze usuzovat, že obezita je v současné době natolik rozšířený fenomén, že obézní vzhled již není považován za sociální stigma. Navíc se zdá, že společnost se v rámci nastoleného trendu inkluze stala více tolerantní k jedincům nesplňujícím obecnou představu o tom, co je a co není v normě a upustila od přísných hodnotících soudů a předsudků. To dokládá i mnoho studií, které se zabývají vlivem chronických zdravotních problémů na sebepojetí dětí a které zjistily, že úroveň jejich sebepojetí se ve srovnání s jejich zdravými vrstevníky neliší (Obereignerů et al., v tisku). Například Edwards-Beckett (1995) porovnával výsledky dotazníku Škála sebepojetí u dětí Piers-Harris 30 dětí s rozštěpem páteře a 30 zdravých dětí ve věku 6 až 12 let a zjistil, že ani v Celkovém skóru (TOT) ani v jednotlivých subškálách sebepojetí není u těchto dětí statisticky významný rozdíl.

## 11. Závěr

Cílem výzkumné části této práce bylo standardizovaným dotazníkem Škála sebepojetí u dětí Piers-Harris 2 zjistit, zda existuje statisticky významný rozdíl v sebepojetí mezi skupinou dospívajících s diagnózou obezita (E66) a kontrolní skupinou běžné populace dospívajících, a to jak nezávisle na pohlaví, tak pro dívky a chlapce zvlášť. Dalším cílem bylo zjistit, zda existuje mezi indexem tělesné hmotnosti (BMI) a Celkovým skórem (TOT) tohoto standardizovaného dotazníku u skupiny dospívajících s diagnózou obezita (E66) statisticky významná souvislost. Na základě zpracování a statistického vyhodnocení výzkumných dat byly zjištěny tyto výsledky:

- Mezi skupinou dospívajících s diagnózou obezita a kontrolní skupinou běžné populace dospívajících není ve všech ukazatelích sebepojetí zjišťovaných Škálou sebepojetí u dětí Piers-Harris 2 statisticky významný rozdíl.
- Mezi skupinou dospívajících dívek s diagnózou obezita a kontrolní skupinou běžné populace dospívajících dívek není v Celkovém skóru (TOT) Škály sebepojetí u dětí Piers-Harris 2 statisticky významný rozdíl.
- Statisticky významný rozdíl byl naměřen v Celkovém skóru (TOT) Škály sebepojetí u dětí Piers-Harris 2 mezi skupinou dospívajících chlapců s diagnózou obezita a kontrolní skupinou běžné populace dospívajících chlapců. Tento výsledek má z hlediska míry účinku (effect size) střední efekt.
- Mezi indexem tělesné hmotnosti (BMI) a Celkovým skórem (TOT) Škály sebepojetí u dětí Piers-Harris 2 neexistuje u skupiny dospívajících s diagnózou obezita statisticky významná souvislost, proměnné nekorelují.

## SOUHRN

---

Pojem sebepojetí lze obecně definovat jako „*souhrn představ a hodnotících soudů, které člověk o sobě chová*“ (Blatný, & Plháková, 2003, 92), avšak jednotná a všeobecně uznávaná definice, jako u mnoha psychologických pojmů, neexistuje (Blatný, 2001). Od samotného počátku vědeckého zkoumání nebyla ve skutečnosti ani stanovena jednotná terminologie pro označení tohoto jevu. Historií této problematiky se nicméně prolínají především dva anglické termíny, a to ‚I‘ (Já) a ‚self‘ nebo také ‚me‘ (Smékal, 2007).

Za zakladatele psychologie Já je považován William James, který jako první ve svém díle *Principy psychologie* publikoval rozsáhlou studii o jáství. Snad nejnámější je jeho rozlišení dvou aspektů Já, a to *Já jako subjekt* (self as a knower – I) a *Já jako objekt* (self as known – Me) (Blatný, & Plháková, 2003), a následné vymezení tří složek Já jako objektu: materiální Já, sociální Já a duchovní Já (James, 1890). Na Williama Jamese navázali symboličtí interakcionisté Charles H. Cooley a George H. Mead, kteří při utváření Já kladli důraz zejména na sociální interakce (Blatný, & Plháková, 2003).

Současný výzkum sebepojetí se zaměřuje především na jeho jednotlivé aspekty, které jej charakterizují jako celek. Jedná se o multifacetovost, hierarchické uspořádání zobecněných poznatků o sobě dle míry abstrakce od konkrétních po obecné, dynamiku a provázanost procesuální a strukturální stránky Já (Blatný, & Plháková, 2003). Dalšími aspekty sebepojetí jsou komplexita Já, jasnost sebepojetí a stabilita sebehodnocení (Blatný, 2001). Mezi výzkumné metody sebepojetí řadíme zejména dotazníky a posuzovací stupnice. Tématu sebepojetí je věnována první kapitola této práce.

Vývojové stadium dospívání, které je popsáno v druhé kapitole, zahrnuje celou druhou dekádu života jedince (Vágnerová, 2005). V evropské psychologii je toto dlouhé období tradičně rozděleno na *pubescenci* (11 – 15 let) a *adolescenci* (15 – 20/22 let), přičemž pubescence je dále ještě některými autory dělena na prepubertu a pubertu (Macek, 2003). Během tohoto dlouhého období dochází k významným biologickým, psychologickým a sociálním změnám, na jejichž konci dosáhne jedinec plné pohlavní zralosti a dokončení tělesného růstu; z dítěte se tak stává dospělý jedinec schopný reprodukce (Langmeier, & Krejčířová, 2006; Vágnerová, 2005). Současně se vyvíjí také sebepojetí, na které má značný vliv především sociální prostředí, a to zejména vrstevníci, na které se dospívající orientuje během procesu osamostatňování se a překonávání závislosti na rodičích.

Třetí kapitola této práce pojednává o diagnóze obezita – nemoci, která se v posledních desetiletích stala celosvětovou epidemií postihující obyvatele rozvinutých i rozvojových zemí. Dle desáté revize Mezinárodní klasifikace nemocí se jedná o diagnózu E66 Obezita – otylost (World Health Organization, 2008) postihující děti i dospělé. Ačkoliv je obezita velmi rozšířený fenomén, její obecně přijímaná definice, stejně jako u sebepojetí, neexistuje. Autoři různých definic se však shodují, že se jedná o zmnožení tělesného tuku nad obvyklou úroveň (např. Marinov et al., 2011; Müllerová, 2009a). Někteří autoři navíc zdůrazňují, že takovéto množství tuku může již poškozovat zdraví (např. World Health Organization, leden 2015). Zda vývoj tělesných charakteristik dětí a dospívajících odpovídá jejich věku a zda jsou tyto parametry proporční, lze orientačně určit pomocí výpočtu indexu tělesné hmotnosti (BMI). Jeho následným zanesením do percentilových růstových grafů lze stanovit, ve kterém percentilovém pásmu se dítě či dospívající nachází (Fraňková et al., 2013; Vignerová, & Bláha, 2007). Závěr třetí kapitoly se zabývá psychosociálními aspekty obezity z hlediska jejich příčin i důsledků.

Cílem teoretické části diplomové práce bylo popsat tři stěžejní témata: sebepojetí, období dospívání a diagnózu obezita a vytvořit tak ideovou základnu pro kvantitativní výzkum, který byl realizován v období květen až listopad 2014. Data byla získána u nás nově standardizovaným dotazníkem Škála sebepojetí u dětí Piers-Harris 2. Hlavním cílem výzkumu bylo porovnat hrubé skóry Celkového skóru (TOT) a šesti subškál sebepojetí tohoto standardizovaného dotazníku mezi skupinou dospívajících s diagnózou obezita a kontrolní skupinou běžné populace dospívajících se záměrem zjistit, zda se úroveň jejich sebepojetí v jednotlivých ukazatelích bude statisticky významně lišit, a to jak nezávisle na pohlaví, tak pro dívky a chlapce zvlášť. Dalším stanoveným cílem bylo zjistit, zda existuje statisticky významná souvislost mezi indexem tělesné hmotnosti (BMI) a Celkovým skórem (TOT) Škály sebepojetí u dětí Piers-Harris 2 u skupiny dospívajících s diagnózou obezita. Na základě těchto cílů byly zformulovány čtyři hypotézy.

Výzkum probíhal v rámci projektu ESF *Rozvoj a podpora kvality ve vzdělávání* č. CZ.1.07/1.1.38/02.0034, který je realizován Krajskou pedagogicko-psychologickou poradnou a Zařízením pro další vzdělávání pedagogických pracovníků ve Zlíně. V rámci tohoto projektu byla Škála sebepojetí u dětí Piers-Harris 2 vždy administrována skupinově počítačovou formou společně s dalšími třemi psychodiagnostickými metodami (Pětifaktorovým osobnostním inventářem pro děti, Testem pozornosti d2 a Dotazníkem sebepojetí školní úspěšnosti dětí). Pro účely tohoto výzkumu byla použita pouze data

ze Škály sebepojetí u dětí Piers-Harris 2. Po celou dobu sběru dat byly dodržovány etické zásady výzkumu jako dobrovolnost účasti a možnost kdykoli od výzkumu odstoupit. V případě nezletilých jedinců byl zajištěn písemný informovaný souhlas zákonného zástupce, přičemž byly následně dodrženy všechny požadavky na práci s důvěrným materiálem včetně ochrany osobních údajů v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb.

Výzkumný soubor tvoří 102 dospívajících (67 dívek a 35 chlapců) narozených v letech 1996 až 2003 s lékařem diagnostikovanou obezitou (E66). Výběr výzkumného souboru byl proveden na základě dostupnosti v moravských Státních léčebných lázních Bludov a v Dětské léčebně Křetín. Kontrolní skupinu běžné populace dospívajících tvoří vyvážený výběr 156 jedinců narozených v letech 1996 až 2003 ze standardizačního vzorku české verze Škály sebepojetí u dětí Piers-Harris 2, který byl získán od jeho autorů (Obereignerů et al., v tisku). Tento výběr byl vyvážen na základě pohlaví a roku narození, což bylo ověřeno porovnáním jednak procentuálního zastoupení dívek a chlapců v jednotlivých rocích narození, jednak průměrů hrubých skóre Celkového skóre (TOT) a šesti subškál sebepojetí Škály sebepojetí u dětí Piers-Harris 2.

Ověřením stanovených hypotéz bylo zjištěno, že mezi skupinou dospívajících s diagnózou obezita a kontrolní skupinou běžné populace dospívajících není ve všech ukazatelích sebepojetí zjišťovaných standardizovaným dotazníkem Škála sebepojetí u dětí Piers-Harris 2 statisticky významný rozdíl. Rovněž bylo zjištěno, že mezi skupinou dospívajících dívek s diagnózou obezita a kontrolní skupinou běžné populace dospívajících dívek není v Celkovém skóre (TOT) tohoto standardizovaného dotazníku statisticky významný rozdíl. Zatímco mezi skupinou dospívajících chlapců s diagnózou obezita a kontrolní skupinou běžné populace dospívajících chlapců byl v Celkovém skóre (TOT) tohoto standardizovaného dotazníku statisticky významný rozdíl naměřen. Z hlediska míry účinku (effect size) má tento výsledek střední efekt. Dále bylo zjištěno, že mezi indexem tělesné hmotnosti (BMI) a Celkovým skórem (TOT) Škály sebepojetí u dětí Piers-Harris 2 neexistuje u skupiny dospívajících s diagnózou obezita statisticky významná souvislost.

Důvodem rozdílné úrovně v sebepojetí u chlapců s diagnózou obezita oproti chlapcům z běžné populace dospívajících může být omezení v pohybových aktivitách v důsledku nadměrných fyzických proporcí, což bývá příčinou jejich vyřazení z kolektivu. Skutečnost, že v úrovni sebepojetí nebyl ani u dívek, ani nezávisle na pohlaví prokázán mezi skupinou dospívajících s diagnózou obezita a kontrolní skupinou běžné populace dospívajících statisticky významný rozdíl, může být způsobeno jednak tím, že obezita je

v současnosti velmi rozšířený fenomén a jednak tím, že tělesná hmotnost nemá na úroveň celkového sebepojetí vliv.



## LITERATURA

---

- Balcar, K. (1991). *Úvod do studia psychologie osobnosti* (2. vyd.). Praha: MACH.
- Blatný, M. (2001). *Sebepojetí v osobnostním kontextu*. Brno: Masarykova univerzita v Brně.
- Blatný, M. (2010). Sebepojetí z pohledu sociálně-kognitivní psychologie. In Blatný, M. (Ed.), *Psychologie osobnosti: hlavní témata, současné přístupy* (105-136). Praha: Grada.
- Blatný, M., & Plháková, A. (2003). *Temperament, inteligence, sebepojetí: nové pohledy na tradiční témata psychologického výzkumu*. Brno: Sdružení SCAN.
- Burniat, W., Cole, T., Lissau, I., & Poskitt, E. (2002). *Child and Adolescent Obesity: Causes and Consequences, Prevention and Management*. New York: Cambridge University Press.
- Campbell, J. D., Trapnell, P. D., Heine, S. J., Katz, I. M., Lavallee, L. F., & Lehman, D. R. (1996). Self-Concept Clarity: Measurement, Personality Correlates, and Cultural Boundaries. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(1), 141-156.
- Cole, T. J., Bellizzi, M. C., Flegal, K. M., & Dietz, W. H. (2000). Establishing a Standard Definition for Child Overweight and Obesity Worldwide: International Survey. *BMJ*, 320, 1-6.
- Cooley, C. H. (1902). *Human Nature and the Social Order*. New York: Charles Scribner's Sons.
- Damasio, A. (2010). *Self Comes to Mind: Constructing the Conscious Brain*. Získáno 20. října 2014 z [https://ahandfulofleaves.files.wordpress.com/2013/07/self-comes-to-mind\\_damasio.pdf](https://ahandfulofleaves.files.wordpress.com/2013/07/self-comes-to-mind_damasio.pdf)
- Drapela, V. J. (2008). *Přehled teorií osobnosti* (5. vyd.). Praha: Portál.
- Edwards-Beckett, J. (1995). Parental Expectations and Child's Self-Concept in Spina Bifida. *Children's Health Care*, 24(4), 257-267.
- Erikson, E. H. (2002). *Dětství a společnost*. Praha: Argo.
- Fialová, L. (2001). *Body image jako součást sebepojetí člověka*. Praha: Karolinum.

- Fraňková, S. (2007). Psychologické aspekty dětské obezity. In Pařízková, J., Lisá, L., Bláha, P., Fraňková, S., Hainerová, I., Hlavatá, K., ... Vignerová, J., *Obezita v dětství a dospívání: terapie a prevence (175-192)*. Praha: Galén.
- Fraňková, S., Pařízková, J., & Malichová, E. (2013). *Jídlo v životě dítěte a adolescenta: Teorie, výzkum, praxe*. Praha: Univerzita Karlova v Praze.
- Hartl, P., & Hartlová, H. (2010). *Velký psychologický slovník* (4. vyd.). Praha: Portál.
- Haslam, D., & Wittert, G. (2009). *Fast Facts: Obesity*. Health Press Limited.
- Hayesová, N. (2009). *Základy sociální psychologie* (5. vyd.). Praha: Portál.
- Hendl, J. (2009). *Přehled statistických metod: Analýza a metaanalýza dat* (3. vyd.). Praha: Portál.
- James, W. (1890). *The Principles of Psychology*. London: Macmillan and Co.
- James, W. (1992). *Writings 1878 – 1899: Psychology, Briefer Course / The Will to Believe and Other Essays in Popular Philosophy / Talks to Teachers on Psychology and to Students on Some of Life's Ideals / Selected Essays*. New York: The Library of America.
- Janošová, P. (2008). *Dívčí a chlapecká identita: vývojová úskalí*. Praha: Grada.
- Janssen, I., Craig, W. M., Boyce, W. F., & Pickett, W. (2004). Associations Between Overweight and Obesity With Bullying Behaviors in School-Aged Children. *Pediatrics*, *113*(5), 1187-1194.
- Kalra, G., De Sousa, A., Sonavane, S., & Shah, N. (2012). Psychological Issues in Pediatric Obesity. *Industrial Psychiatry Journal*, *21*, 11-17.
- Krajská pedagogicko-psychologická poradna Zlín (2013a). *Zavádění nových diagnostických nástrojů do škol a školských zařízení*. Získáno 8. února 2015 z <http://ppporzl.cz/doc/INFORMACE%20%20TESTECH%20-%20projekt%20KVALITA.pdf>
- Krajská pedagogicko-psychologická poradna Zlín (2013b). *Informovaný souhlas*. Získáno 8. února 2015 z [http://ppporzl.cz/doc/Souhlas\\_PROJEKT.pdf](http://ppporzl.cz/doc/Souhlas_PROJEKT.pdf)
- Langmeier, J., & Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie* (2. vyd.). Praha: Grada.
- Linville, P. W. (1985). Self-Complexity and Affective Extremity: Don't Put All of Your Eggs in One Cognitive Basket. *Social Cognition*, *3*(1), 94-120.

- Macek, P. (2003). *Adolescence* (2. vyd.). Praha: Portál.
- Macek, P. (2008). Sebesystém, vztah k vlastnímu já. In Výrost, J., & Slaměník, I. (Eds.), *Sociální psychologie* (2. vyd.) (89-108). Praha: Grada.
- Marinov, Z., Barčáková, U., Nesrstová, M., & Pastucha, P. (2011). *S dětmi proti obezitě*. Praha: IFP Publishing & Engineering.
- Marinov, Z., & Zemková, D. (2012). Podklady dětské obezity. In Marinov, Z. (Ed.), *Praktická dětská obezitologie* (13-58). Praha: Grada.
- Markus, H., & Wurf, E. (1987). The Dynamic Self-Concept: A Social Psychological Perspective. *Annual Review of Psychology*, 38, 299-337.
- Mead, G. H. (1934). *Mind, Self and Society*. Chicago: University of Chicago Press.
- Müllerová, D. (2009a). Úvod. In Müllerová, D. (Ed.), *Obezita – prevence a léčba* (17-19). Praha: Mladá fronta.
- Müllerová, D. (2009b). Epidemiologie obezity. In Müllerová, D. (Ed.), *Obezita – prevence a léčba* (20-23). Praha: Mladá fronta.
- Obereignerů, R., Orel, M., & Reiterová, E. (v tisku). *Škála sebezpojetí u dětí Piers-Harris 2: manuál*. Praha: Testcentrum.
- Pastucha, D. (2011). Obezita. In Pastucha, D., Filipčíková, R., Bezdičková, M., Blažková, Z., & Hyjánek, J., *Pohyb v terapii a prevenci dětské obezity* (11-17). Praha: Grada.
- Piers, E. V., & Herzberg, D. S. (2002). *Piers-Harris 2, Piers-Harris Children's Self-Concept Scale* (2. vyd.). Los Angeles: Western Psychological Services.
- Plháková, A. (2006). *Dějiny psychologie*. Praha: Grada.
- Puhaj, S., Matejek, Č., & Planinšec, J. (2013). Physical Self-Concept, Anthropometry and Body Composition in Preadolescents. *Annales Kinesiologiae*, 4(1), 17-28.
- Říčan, P. (2004). *Cesta životem* (2. vyd.). Praha: Portál.
- Sebastian, C., Burnett, S., & Blakemore, S. J. (2008). Development of the Self-Concept During Adolescence. *Trends in Cognitive Sciences*, 12(11), 441-446.
- Shavelson, R. J., Hubner, J. J., & Stanton, G. C. (1976). Self-Concept: Validation of Construct Interpretations. *Review of Educational Research*, 46(3), 407-441.
- Sigmund, E. (24. ledna 2012). *Vybrané metodologické aspekty etiky výzkumu*. Získáno z [http://ftk.upol.cz/fileadmin/user\\_upload/FTK-dokumenty/Komise/Metodologicke\\_aspekty\\_etiky\\_vyzkumu.pdf](http://ftk.upol.cz/fileadmin/user_upload/FTK-dokumenty/Komise/Metodologicke_aspekty_etiky_vyzkumu.pdf)

- Smékal, V. (2007). *Pozvání do psychologie osobnosti: člověk v zrcadle vědomí a jednání* (2. vyd.). Brno: Barrister & Principal.
- Svoboda, M. (2001). Dotazníky. In Svoboda, M. (Ed.), *Psychodiagnostika dětí a dospívajících* (319-371). Praha: Portál.
- Svoboda, M. (2010). *Psychologická diagnostika dospělých* (4. vyd.). Praha: Portál.
- Šašinka, M., Šagát, T., & Kovács, L. (2007). *Pediatrics, Díl 1* (2. vyd.). Bratislava: Herba.
- Šimíčková-Čížková, J., Binarová, I., Holásková, K., Petrová, A., Plevová, I., & Pugnerová, M. (2003). *Přehled vývojové psychologie* (2. vyd.). Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Vágnerová, M. (2000). *Vývojová psychologie: Dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál.
- Vágnerová, M. (2001). Posuzovací škály. In Svoboda, M. (Ed.), *Psychodiagnostika dětí a dospívajících* (372-398). Praha: Portál.
- Vágnerová, M. (2005). *Vývojová psychologie I: Dětství a dospívání*. Praha: Karolinum.
- Vágnerová, M. (2006). Dotazníky a posuzovací škály. In Říčan, P., Krejčířová, D. et al., *Dětská klinická psychologie* (4. vyd.) (453-476). Praha: Grada.
- Vignerová, J., & Bláha, P. (2007). Obezita u dětí a dorostu v České republice: dlouhodobé změny, metody sledování. In Pařízková, J., Lisá, L., Bláha, P., Fraňková, S., Hainerová, I., Hlavatá, K., ... Vignerová, J., *Obezita v dětství a dospívání: terapie a prevence* (27-66). Praha: Galén.
- Wadden, T. A., Foster, G. D., Brownell, K. D., & Finley, E. (1984). Self-Concept in Obese and Normal-Weight Children. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 52(6), 1104-1105.
- World Health Organization (2008). MKN-10: Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, desátá revize (aktualizované vydání k 1.1.2013), sv.1. Získáno 16. ledna 2015 z <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>
- World Health Organization. (leden 2015). *Obesity and overweight*. Získáno z <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>

## SEZNAM PŘÍLOH

---

Příloha č. 1: Formulář zadání diplomové práce

Příloha č. 2: Český a cizojazyčný abstrakt diplomové práce

Příloha č. 3: Informovaný souhlas

Příloha č. 4: Hrubé skóry Celkového skóru (TOT) Škály sebepojetí u dětí Piers-Harris 2 výzkumného souboru a kontrolní skupiny

# Příloha č. 1: Formulář zadání diplomové práce

Univerzita Palackého v Olomouci  
Filozofická fakulta  
Akademický rok: 2013/2014

Studijní program: Psychologie  
Forma: Prezenční  
Obor/komb.: Psychologie (PS)

## Podklad pro zadání DIPLOMOVÉ práce studenta

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA	OSOBNÍ ČÍSLO
ŠUTOVÁ Pavlína	Nová 878, Kostelec na Hané	F100574

### TÉMA ČESKY:

Sebepečetí u dětí s obezitou

### NÁZEV ANGLICKY:

Self-concept of children with obesity

### VEDOUCÍ PRÁCE:

PhDr. Radko Obereignerů, Ph.D. - PCH

### ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

- 1; Studium literatury z oblasti vývojové psychologie, psychologie osobnosti, sociální psychologie, klinické psychologie, pediatrie a somatopatologie.
- 2; Zvláštní orientace: Použití psychodiagnostických testů PHCSCS-2, FFPI-C, B-JEPI a SPAS u dětí ve školním věku s obezitou k zjištění jejich sebepečetí.
- 3; DP bude zaměřena na děti školního věku splňující kritéria pro obezitu. Předpokladem je, že se sebepečetí dětí s obezitou bude významně lišit od dětí bez obezity. Teoretická část práce bude obsahovat popis tělesného, citového a sociálního vývoje cílové skupiny, definici a epidemiologii obezity, zdravotní následky obezity, vymezení pojmu sebepečetí, popis použitých psychodiagnostických metod. Výzkumná část bude založena na zadávání dotazníků u dětí školního věku.
- 4; Cílem práce je porovnat sebepečetí dětí s obezitou a dětí bez obezity a zjistit tak, zda se sebepečetí dětí s obezitou významně liší.
- 5; Zkoumaný soubor: Skupina min. 40ti dětí splňující kritéria pro obezitu, skupina 80ti dětí bez obezity. Doporučení, aby velikost zkoumaných souborů odpovídala normám pro zpracování výsledků parametrickými statistickými metodami.
- 6; Parametry práce: V souladu s metodickými pokyny katedry.
- 7; Statistické zpracování: analytické nástroje programu STATISTICA-10.

### SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

- CAKIRPALOGLU, P. (2012). Úvod do psychologie osobnosti. Praha: Grada.  
LANGMEIER, J. & KREJČÍŘOVÁ, D. (2006). Vývojová psychologie. Praha: Grada.  
ŘÍČAN, P. & KREJČÍŘOVÁ, D. (2006). Dětská klinická psychologie. Praha: Grada.  
SLAMĚNÍK, I. & VÝROST, J. (2008). Sociální psychologie. Praha: Grada.  
ŠAŠINKA, M. et al. (2007). Pediatría. Bratislava: Herba.  
VÁGNEROVÁ, M. (2005). Vývojová psychologie I. Děťství a dospívání. Praha: Karolinum.

Podpis studenta:

Datum: 28.11.2013

Podpis vedoucího práce:

Datum: 28.11.2013

## **Příloha č. 2: Český a cizojazyčný abstrakt diplomové práce**

### **ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE**

**Název práce:** Sebepojetí dospívajících s diagnózou obezita (E66)

**Autor práce:** Pavlína Šutová

**Vedoucí práce:** PhDr. Radko Obereignerů, Ph.D.

**Počet stran a znaků:** 77 / 140 924

**Počet příloh:** 4

**Počet titulů použité literatury:** 58

#### **Abstrakt:**

Cílem diplomové práce bylo porovnat výsledky standardizovaného dotazníku mezi dospívajícími s diagnózou obezita a běžnou populací dospívajících se záměrem zjistit, zda se úroveň jejich sebepojetí statisticky významně liší. Teoretická část práce se zabývá třemi tématy, a to sebepojetím, vývojovými specifiky dospívání a diagnózou obezita. Kvantitativní výzkum byl realizován v rámci projektu ESF *Rozvoj a podpora kvality ve vzdělávání* č. CZ.1.07/1.1.38/02.0034. Sběr dat probíhal na počítači metodou Škála sebepojetí u dětí Piers-Harris 2. Výzkumný soubor tvoří 102 respondentů narozených v letech 1996 až 2003 s diagnózou obezita (E66). Kontrolní skupinu běžné populace dospívajících tvoří 156 respondentů narozených v letech 1996 až 2003 získaných ze standardizačního vzorku české verze použité metody. Z výsledků výzkumu vyplynulo, že v úrovni sebepojetí mezi skupinou dospívajících s diagnózou obezita a kontrolní skupinou běžné populace nezávisle na pohlaví statisticky významný rozdíl není. V závislosti na pohlaví byl statisticky významný rozdíl prokázán pouze u chlapců. Souvislost mezi indexem tělesné hmotnosti a Celkovým skórem tohoto standardizovaného dotazníku u dospívajících s diagnózou obezita prokázána nebyla.

#### **Klíčová slova:**

sebepojetí, dospívání, diagnóza obezita (E66), Škála sebepojetí u dětí Piers-Harris 2

## ABSTRACT OF THESIS

**Title:** Self-Concept of Adolescents with Obesity Diagnosis (E66)

**Author:** Pavlína Šutová

**Supervisor:** PhDr. Radko Obereignerů, PhD.

**Number of pages and characters:** 77 / 140 924

**Number of appendices:** 4

**Number of references:** 58

### **Abstract:**

The purpose of this thesis is to compare the results of standardized questionnaire between adolescents with obesity diagnosis and standard adolescent population with the aim to find out, if the level of their self-concept shows statistically significant difference. The theoretical part of the thesis deals with three topics – self-concept, developmental specifics of adolescence, and obesity diagnosis. The quantitative research was performed under the ESF project *Development and support of quality in education* nr. CZ.1.07/1.1.38/02.0034. The collection of empirical data was carried out on a computer using the Piers-Harris Children's Self-Concept Scale 2 method. Research sample is made up of 102 respondents born in the period between 1996 and 2003 with obesity diagnosis (E66). The control group of standard adolescent population is made up of 156 respondents born in the period between 1996 and 2003 and obtained from the standardization sample of the Czech version of the used method of measurement. The results of the research shows that there is no statistically significant difference in the level of self-concept between the group of adolescents with obesity diagnosis and the control group of standard population without relation to sex. In relation to sex however, a statistically significant difference was proved only in the male population. The statistical relationship between the Body mass index and the Total score of the standardized questionnaire among adolescents with obesity diagnosis was not proved.

### **Keywords:**

self-concept, adolescence, obesity diagnosis (E66), Piers-Harris Children's Self-Concept Scale 2



## Příloha č. 3: Informovaný souhlas



Korespondenční adresa: Křížkovského 10, 771 80 Olomouc  
Sídlo: Vodární 6, 779 00 Olomouc  
Tel.: +420 585 633 501 | Fax: +420 585 633 700  
Email: [psychologie@upol.cz](mailto:psychologie@upol.cz) | [www.psych.upol.cz](http://www.psych.upol.cz)

Vážený rodiče,

jmenuji se **Pavlna Šutová** a jsem studentkou psychologie na Univerzitě Palackého v Olomouci. V rámci své diplomové práce se podílím na projektu *Rozvoj a podpora kvality ve vzdělávání*, který je realizován Krajskou pedagogicko-psychologickou poradnou Zlín a Filozofickou fakultou Univerzity Palackého v Olomouci. Cílem projektu je prostřednictvím dotazníkového šetření zjistit spokojenost, úroveň pozornosti a základní charakteristiky osobnosti žáků základních a středních škol.

Cílovou skupinou mojí diplomové práce jsou dospívající narození v letech 1996 až 2003 s diagnózou obezita. Dotazníkové šetření bude realizováno na počítačích a nezabere déle než 45 minut, přičemž všechny použité testy jsou standardizované. Na realizaci a zpracování výstupů se budou ve spolupráci s odborníky z Filozofické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci také podílet odborní pracovníci Krajské pedagogicko-psychologické poradny Zlín. Zpracované výsledky nebudou zveřejňovány a budou sloužit pouze výzkumným účelům.

Obracím se proto na Vás s prosbou, zda byste níže přiloženým souhlasem svému dítěti umožnili zúčastnit se během jeho pobytu v léčebném zařízení tohoto dotazníkového šetření. V případě jakýchkoliv dotazů k výzkumu, jeho průběhu či k mé osobě, prosím, kontaktujte mě, ráda Vám odpovím prostřednictvím mého e-mailu: [sutova.pavlina@email.cz](mailto:sutova.pavlina@email.cz)

*Níže uvedenou část – informovaný souhlas, prosím, vyplňte a odevzdejte mi ji. Děkuji.*

### INFORMOVANÝ SOUHLAS

se skupinovým šetřením (dle vyhlášky č. 72/2005 Sb.) a zpracováním osobních údajů (dle zákona č. 101/2000 Sb.).

Souhlasím s tím, aby se můj syn/moje dcera (*jméno, příjmení*).....

během pobytu v léčebném zařízení zúčastnil/a dotazníkového šetření zaměřeného na základní charakteristiky osobnosti, pozornost a spokojenost ve škole. Souhlasím se zpracováním osobních údajů mého dítěte ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů v platném znění s tím, že **žádné osobní údaje nebudou zveřejňovány**.

V ....., dne .....

Podpis zákonného zástupce: .....



**Příloha č. 4: Hrubé skóry Celkového skóru (TOT) Škály sebepojetí u dětí Piers-Harris 2 výzkumného souboru a kontrolní skupiny**

Celkový skór (TOT) Výzkumný soubor (n = 102)			Celkový skór (TOT) Kontrolní skupina (n = 156)				
30	51	51	23	55	45	22	28
9	44	26	39	37	43	12	30
52	36	30	51	50	33	49	41
46	51	49	48	44	42	49	49
38	28	17	37	49	48	25	57
33	35	43	23	38	32	43	37
32	53	41	33	32	35	51	44
35	42	38	32	52	31	41	41
47	51	37	33	37	33	33	53
34	28	26	30	44	25	46	49
53	31	31	42	51	48	38	52
11	47	46	49	50	51	49	33
48	14	42	14	39	48	26	38
15	39	30	39	48	45	53	38
36	35	35	47	24	35	43	25
47	31	48	27	25	29	40	52
35	36	41	29	26	51	51	47
45	40	38	49	31	31	34	51
45	33	36	45	30	38	46	22
29	33	36	42	43	49	27	49
48	50	29	43	41	57	54	
23	39	38	31	41	49	34	
25	22	51	53	47	50	41	
47	36	15	53	49	52	20	
37	43	43	36	52	38	46	
40	35	32	20	43	49	38	
27	7	44	48	36	57	56	
17	15	38	33	38	46	42	
44	49	19	38	46	37	28	
29	45	32	25	14	50	28	
40	53	24	44	42	35	39	
33	18	54	24	30	27	28	
35	27	30	37	7	32	48	
26	49	11	49	48	44	37	